

Imp: 03/02/2019 00:37:06

(User: BRUNO MOURA)

(Estação: SALADEGESSO-PI)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA		Prontuário: 138192	
Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA		Pai: GONCALO PEREIRA DE MOURA	
End.Resid.: AV CELSO PINHEIRO, 3572 - PARQUE RODOVIARIO - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 23/11/1981	Idade: 37a2m9d	Sexo: Masculino	Fone: -
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: Reg.Nasc:	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local: - - -			

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 326843	Entrada: 02/02/2019 22:32:08	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Dor intensa	Laranja

## Breve História Clas. Risco:

VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ APROXIMADAMENTE 3H, PACIENTE RELATA QUE SE DESLOCAVA DO SEU LOCAL DE TRABALHO PARA SUA RESIDÊNCIA, QUANDO PROXIMO DE CHEGAR EM SUA CASA UM CACHORRO ADENTRA INESPERADAMENTE A FRENTE DE SUA MOTOCICLETA. APRESENTA ANTEBRAÇO DIREITO DESLOCADO. FACIE DE DOR INTENSA. NEGA CEFALÉIA E VERTIGEM, NEGA DOR TORÁCICA.

ISAAC ALCOFORADO  
COREN PI - 315.296  
Em: 03/02/2019 00:04:12

## SSVV:

(Hora: : )

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MULTIPLOS TRAUMATISMOS REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO. GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABEÇA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORACICA E LOMBAR. trauma de antebraço direito que erulstou em dor e edema

CNPJ: 05.522.917/0035-19  
UPA - RENASCENÇA  
Rua Rio Verde, nº 2810  
Renascença III - CEP 64.082-110  
Teresina - Piauí

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

## Exames Complementares:

rx fratura de galeazzi

Confere Com o Original

Inamat

280219

## Prescrição Médica:

1. DIETA ORALLivre
2. SF 0,9% 1000ML EV P/24H
3. OMEPRAZOL 40MG 1 AMP EV 1X/DIA
4. DIFIRONA 1 AMP + AD EV 6/6 HORAS
5. TILATIL 40 MG + AD EV 12/12h

## Motivo da Alta/Encerramento:

Alta Administrativa

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

BRUNO WILSON DA SILVA MOURA  
CRM-5338 Em: 03/02/2019 00:37:05



**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**  
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: UPA Renascença

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 02/02/2019

Id Paciente: UR138192

Data do laudo: 19-02-2019

**Raio X de Antebraço Direito**

- Fratura no terço médio/ distal da diáfise radial, com dsvio entre os segmentos.
- Restante da estrutura óssea íntegra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dr. Everardo Leal Abreu  
Médico Radiologista  
CRM-PI: 5067

CNPJ: 05.522.917/0035-19  
UPA - RENASCENÇA  
Rua Rio Verde, nº 2810  
Renascença III - CEP 64.082-110  
Teresina - Piauí



Fundação Municipal de Saúde

**SUS**

17 577 205/ 0015 - 32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde Nº 2810  
Renascença III -  
CEP 64082-110  
Teresina-PI



**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

De: UPA Renascença III	Para: HUT(ORTOPEDIA)
PACIENTE: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA	Registro:
<p><b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO</b></p> <p>PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MULTIPLOS TRAUMATISMOS LEVES REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES. TRAUMATISMO DE ANTABRAÇO DIREITO QUE RESULTOU EM DOR E EDEMA</p> <p>APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO. GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABEÇA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE.</p> <p>AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORACICA E LOMBAR.</p> <p>rx fratura de galeazzi</p> <p>cid s52</p> <p>CD . ENC P CIRURGIA</p>	
TERESINA-PI 03/02/2019 00:40	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

**FICHA DE RETORNO**

De:	Para:
<b>DIAGNÓSTICO</b>	
<p>TERESINA-PI _/_/_</p>	
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	





Fundação Municipal de Saúde

**SUS**

17 577 205/ 0015 - 32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde Nº 2810  
Renascença III -  
CEP 64082-110  
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA Renascença III	Para: HUT(ORTOPEDIA)
PACIENTE: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA	Registro:
<p align="center"><b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO</b></p> <p>PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MULTIPLOS TRAUMATISMOS LEVES REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES. TRAUAMTSIMO DE ANTABRAÇO DIREITO QUE RESULTOU EM DOR E EDEMA</p> <p>APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO. GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABEÇA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE.</p> <p>AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORACICA E LOMBAR.</p> <p>rx fratura de galeazzi</p> <p>cid s52</p> <p>CD . ENC P CIRURGIA</p>	
TERESINA-PI 03/02/2019 00:40	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
<p align="center"><b>DIAGNÓSTICO</b></p>	
TERESINA-PI _/_/_	
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

*Confere Com o Original*  
*frama*  
CNPJ: 05.522.917/0035-19  
UPA - RENASCENÇA  
Rua Rio Verde, nº 2810  
Renascença III - CEP 64.082-110  
Teresina - Piauí  
280219

**RETIFICAÇÃO**

No boletim de entrada 326843 onde se lê:


**Pai: GONCALO PEREIRA DE MOURA**

Leia-se:

**Pai: GONÇALO FERREIRA DE MOURA**

CNPJ: 05.522.917/0035-19  
UPA - RENASCENÇA  
Rua Rio Verde, nº 2810  
Renascença III - CEP 64.082-110  
Teresina - PI

Teresina (PI), 28 de fevereiro de 2019

  
Eduardo Oliveira da Silva  
Chefe de Recursos Humanos  
Mat: 78670  
UPA Renascença

**AUXILIAR ADMINISTRATIVO**



## Ficha de Prescrição e Evolução Médica

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:			
<u>Nome:</u> JOSE JOELSON DA SILVA MOURA		<u>Prontuário:</u> 138192	<u>Local:</u>
<u>Tipo Sanguíneo:</u>	<u>Fator RH:</u>	<u>Peso (Kg):</u> 0,00	<u>Altura (m):</u> 0,00
		<u>IMC (Kg/m<sup>2</sup>):</u>	0,00
		<u>Leito:</u>	

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	SINAIS VITAIS:							
			HORA:	T:	P:	R/Sato2:	PA:	DOF:	Glicemia	Diurese
1.	DIETA ORALLIQUA		06:00	36	80		110/70		121	
2.	SF 0,9% 1000ML EV P/24H									
3.	CHEPARAZOL 40MG 1 AMP EV 1X/DIA									
4.	DIFENHIDRAMINA 1 AMP + AD EV 6/6 HORAS									
5.	TIATIL 40 MG + AD EV 12/12h									
6.	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SOS									
7.	BROMOFRIDA 10MG 1 AMP + AD EV 8/8 HS - SOS									
8.	MANTER MEMBRO ELEVADO									
9.	MANTER EM OBSERVAÇÃO ATÉ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR									
10.	SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS									

Original Com o Original

2024/19

flamant

Rua Rio Verde, nº 2510  
 Teresina - Piauí  
 CNPJ: 05.522.917/0035-19  
 UPA - RENASCENÇA  
 Renscença III - CEP 64022-110



# CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

<b>AUTORIZAÇÃO: 506891933</b>	<b>Nº REGULAÇÃO: 59331</b>	<b>TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL</b>
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b>	7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 323 7074	
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b>	5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
<b>LEITO:</b>	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
<b>PACIENTE:</b>	JOSE JOELSON DA SILVA MOURA	
	<b>NASCIMENTO:</b> 23/11/1981	

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MÚLTIPLOS TRAUMATISMOS LEVES REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES. TRAUMATISMO DE ANTEBRACO DIREITO QUE RESULTOU EM DOR E EDEMA. APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO, GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABECA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA A DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORÁCICA E LOMBAR. RX FRATURA GALEAZZI ENCAMINHO PARA CIRURGIA.

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

#### EXAMES SOLICITADOS:

RX

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRAT DO ANTEBRACO

#### COMORBIDADE:

**PRESSÃO ARTERIAL:**

**FREQ. CARDÍACA:**

**SATURAÇÃO:**

**FREQ. RESPIRATÓRIA:**

**GLICEMIA:**

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:**

**USO DE O2:**

#### USO DROGAS VASOATIVAS:

#### USO ANTIBIÓTICOS:

#### USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

**DATA:** 03/02/2019 01:41:06

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



Alto



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: JOSE JOSEFON DA SILVA MELO  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 501542

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 03/02/2019 09:32:41  
(User: CAMILA NORBERTA)  
(Estação: RECEPCAO2)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> JOSE JOELSON DA SILVA MOURA		<b>Prontuário:</b> 501542
<b>Mãe:</b> MARIA PEREIRA DE MOURA		<b>Pai:</b> GONCALO FERRERIA DE MOURA
<b>End.Resid.:</b> AV CELSO PINHEIRO 3572 - PARQUE RODOVIARIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 23/11/1981	<b>Idade:</b> 37a2m10d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-98811-8376
<b>Responsável:</b> LUCIA		<b>CNS:</b> 702603291209848
<b>Profissão:</b> OPERADOR DE MAQUINA		<b>Documento:</b> CPF: 034.385.713-82
<b>G. Instrução:</b> Médio Completo		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)
<b>End.Local.:</b> - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

<b>Código:</b> 705844	<b>Entrada:</b> 03/02/2019 09:28:46	<b>Convênio:</b> S U S	<b>Proced:</b>
<b>Motivo da Procura</b> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b>
		Indefinido
<b>Breve História Clas. Risco:</b>		

<b>SSVV:</b>	(Hora: ____:____)			
<b>Peso:</b> Kg	<b>Altura:</b> M	<b>IMC:</b> Kg/m2	<b>Pulso:</b> bpm	<b>Pressão:</b> mmHg

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Acidente com dor no pulso

(7)

Diagnóstico Inicial: fratura do pulso

Exames Complementares:

R224

Dr. Hugo  
Ortopedia

### Prescrição Médica:

### Motivo da Alta/Encerramento:

DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Paciente ou Responsável



## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 03/02/2019 09:32:41  
(CAMILA NORBERTA)

### DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> JOSE JOELSON DA SILVA MOURA		<b>Prontuário:</b> 501542
<b>Mãe:</b> MARIA PEREIRA DE MOURA		<b>Pai:</b> GONCALO FERRERIA DE MOURA
<b>End.Resid.:</b> AV CELSO PINHEIRO 3572 - PARQUE RODOVIARIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 23/11/1981	<b>Idade:</b> 37a2m10d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-98811-6376
<b>Responsável:</b> LUCIA	<b>CNS:</b> 702603291209848	
<b>Profissão:</b> OPERADOR DE MAQUINA	<b>Documento:</b> CPF: 034.385.713-82	
<b>G. Instrução:</b> Médio Completo	<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)	
<b>End.Local.:</b> - - -		

### DOS DO ATENDIMENTO:

<b>Código:</b> 705844	<b>Data:</b> 03/02/2019 09:28:46	<b>Clas. Cor:</b> Indefinido
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> S U S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

**Data/Hora Solicitação:** \_\_/\_\_/\_\_:\_\_ **ESPECIALISTA:**

**MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:**

**DADOS DO PARECER:** **Data/Hora:** \_\_/\_\_/\_\_:\_\_ **Carimbo/Assinatura Solicitante**

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

**Data/Hora Solicitação:** \_\_/\_\_/\_\_:\_\_ **ESPECIALISTA:**

**MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:**

**DADOS DO PARECER:** **Data/Hora:** \_\_/\_\_/\_\_:\_\_ **Carimbo/Assinatura Solicitante**

**Carimbo/Assinatura Prof. Parecer**





## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

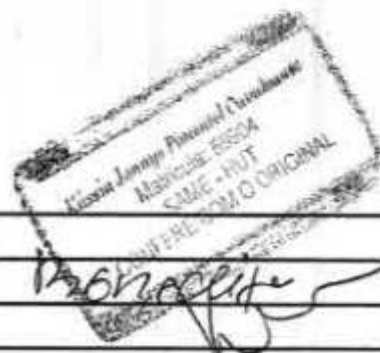
## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 05/02/19

NOME DO PACIENTE:	Jose Jackson da Silva	PRONTUÁRIO Nº	501547
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Bloqueio	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Fernando Costa	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Conceição	CPF Nº:	
ANESTESISTA:	Josão	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Marcia Gomes	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30x8	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	01	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 6.5 7.0	PAR	01	ende
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	110		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		adl/6/10/2018	11	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Exepom	11	03	
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	30	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	20	01		CIRCULANTE:			
PROLENE							





**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente Jose Jackson da Silva Moura  
Diagnóstico pré-operatório Fratura - Luxação de Coluna  
Operação - Tipo R.A.F.T. e placa + parafusos + Fio K  
Cirurgião Fernando Couto de Oliveira 1º Assistente Conceição  
2º Assistente João 3º Assistente João  
Instrumentador(a) Marcos Gomes Anestesia B.P. Bbomacal  
Anestésico(a) Alcino e Espregina 2% 40 mL  
Data da Operação 05-02-19 Início 11:00 h Fim 12:00 h  
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Corte dds sob suguento de presso
- 2) Preparo hab. fio
- 3) Via dorsal + via medial + dissecação
- 4) Localização do Fracamento de radio
- 5) Redução
- 6) Fixação com placa + parafusos
- 7) Fixação do c.t.c. radio-umeral distal e f
- 8) Lavagem e SF O.G.
- 9) Suturas
- 10) Curativo

Dr. Fernando C. de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 3467 - TEOT 11913





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>23223</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA			6 - Prontuário: 501542	
7-CNS: 702603291209848	8-Nascimento: 23/11/1981	9-Sexo: Masculino	CPF: 034.385.713-82	
11-Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA			12-Fone: 86-98811-8376	
13-Resp: LUCIA			14-Fone: 86-98811-8376	
15-Ender: AV CELSO PINHEIRO 3572 - PARQUE RODOVIARIO - CEP: 64000-010				
6-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010	

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip.  0408020458	30 - Procedimento Principal / Descrição:  TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI	
31-Cod.Procedi- mento Especial  0702030899	32 - Descrição do Procedimento Especial:  PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidata:  1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: <b>FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	 <b>Dr. Fernando C. de Oliveira</b> Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3457-TEOT 11913 41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: <b>05/02/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>217.817.218-07</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Fract. dist. rádio*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)





## FICHA DE ANESTESIA

FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIANome: João de DeusProcedimento: Osteomielite fúrcula com antebraço

Sala:

Alergia:

Data: 04/02/19

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Clotaxim 1g													
2 Midazolam 5mg													
3 Fentanyl 50mcg													
4 Gabapentina 150mg													
5 Propofol 200mg													
6 Lidocaina 100mg													
7 Ropivacaina 100mg													
8 Diprivan 1g													
9 Desamfetamina 10g													
10 Desamfetamina 10g													
11 Anestesia 10g													
12													
13													
Oxigênio													
Volatil	%												

## Acesso Vascular

- ☒ Periférico 10  
 Cat. Venoso nº    G  
☐ Dificuldade aces. venoso  
 Gastos cateteres  
☐ Central

## Via Aérea

- ☒ Cateter nasal  
☐ IOT nº     
☐ LMA nº

## Monitorização:

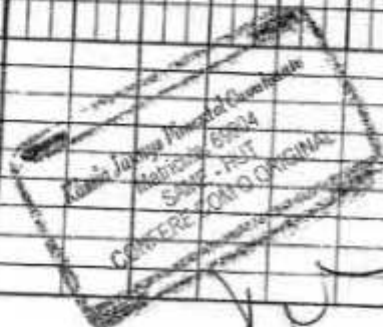
- ☒ Cardioscopia  
☒ PAHI  
☒ Oxímetro de pulso  
☐ ETCO2  
☐ Outros

## Anestesia:

- ☐ Geral Venosa  
☐ Geral Balanceada  
☐ Raqui-anestesia  
☐ Peridural  
☒ Bloqueio Periférico pl. 10  
☐ Outros

Decúbito: Dorsal

SPO2 (%)	100	100	100
ETCO2 (mmHg)	100	100	100
Aces. Venoso			
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			



Descrição da Anestesia:

Dr. João de Freitas  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PI 5876

Anestesiologista

# LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - PI

05.522.917/0036-08  
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU/ARAUJO  
Rua Magalhães Filho, nº 1 - J. C. Araújo  
CEP: 64001-350  
Teresina - PI

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

União Amara

2 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE

JOSE JOSELY DA SILVA NOVA

3 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

8 - NOME DA MÃE

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

13 - SEXO

MASC. ☐

FEM. ☐

14 - RAÇA/COR

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

## PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

Fizic. Motora

21 - CID-10

20

## JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

pos. q. degenerativa FMT L4-5 @

23 - CID-10 PRINCIPAL

S52.3

24 - CID-10 SECUNDÁRIO

25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

T.M.T.M. L4 M4 @ - NÚMERO DO PUNTO E 2003  
- LUMIN. HABILITADA

## SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

30 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPP

31 - Nº DOCUMENTO(CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

64435123-81

## AUTORIZAÇÃO

32 - CID-10

33 - CID-10 DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

35 - CDD. ORGÃO EMISSOR

36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

37 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)



**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**  
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo  
Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA  
Data do exame: 25/02/2019

Id Paciente: LA412225  
Data do laudo: 27-02-2019

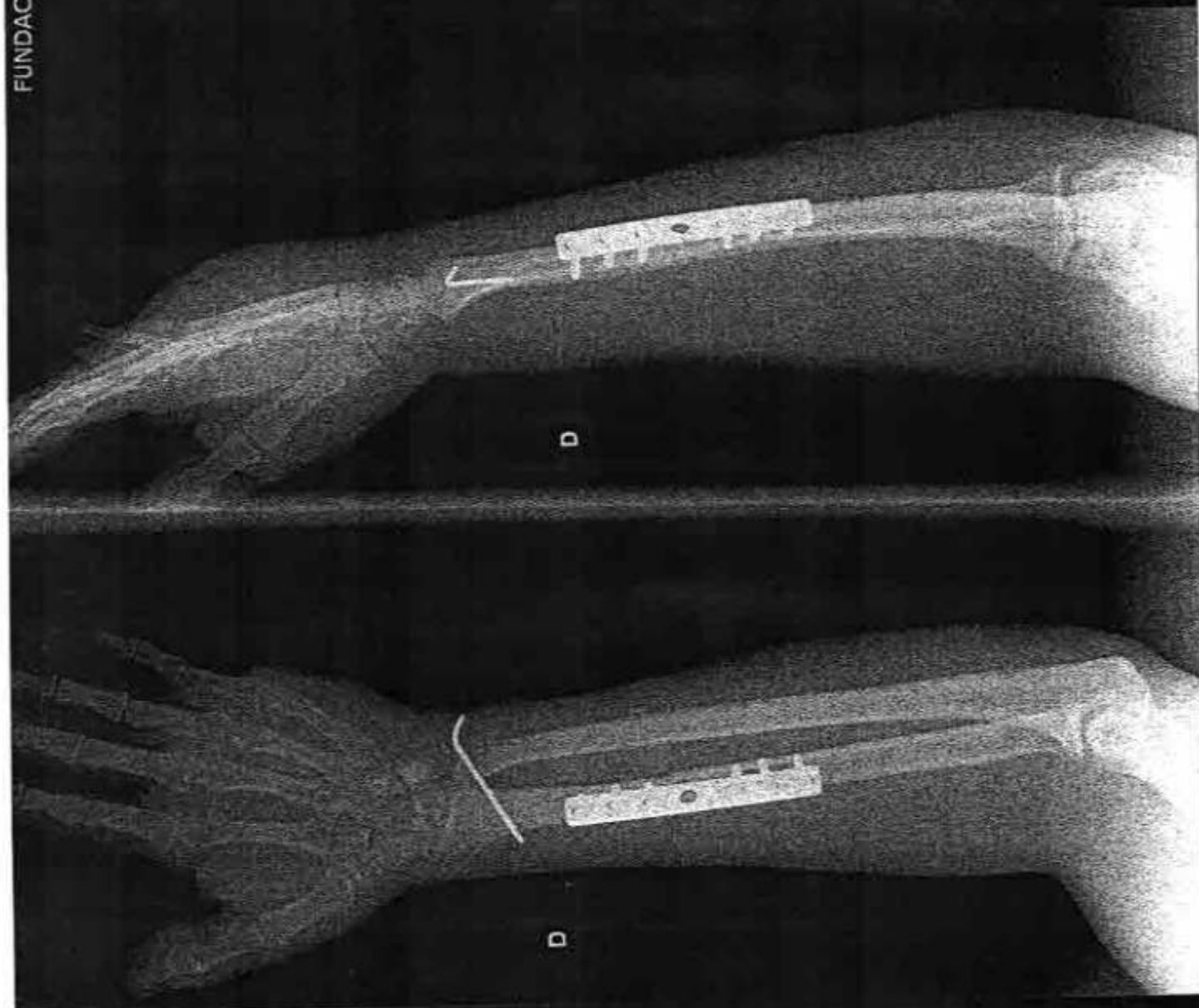
**Raio X de Antebraço Direito**

Aspecto pós-cirúrgico com materiais metálicos na diáfise média do rádio e na extremidade distal radio-ulnar.

---

Dra. Lara Medeiros  
Médica Radiologista  
CRM-PI: 3373

JOSE, JELSON DA SILVA MOURA  
037Y O LA412225  
Nasc: 23/11/1981  
ANTE-BRACO, FRN  
UP\_EXM  
2140 X 1760





**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**  
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE JELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 25/02/2019

Id Paciente: LA412225

Data do laudo: 11-03-2019

**Raio X de Punho Direito**

- deixa eu matar colocar alisado nas porções distais do rádio e Ulna.

Placa e parafusos localizados na porção distal do rádio.

- Estrutura óssea íntegra.

- Espaços articulares preservados.

- Partes moles sem particularidades.

Dr. Joelson Oliveira Moreira  
Médico Radiologista  
CRM-PI: 2353

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA  
25/02/2019  
13:22:35

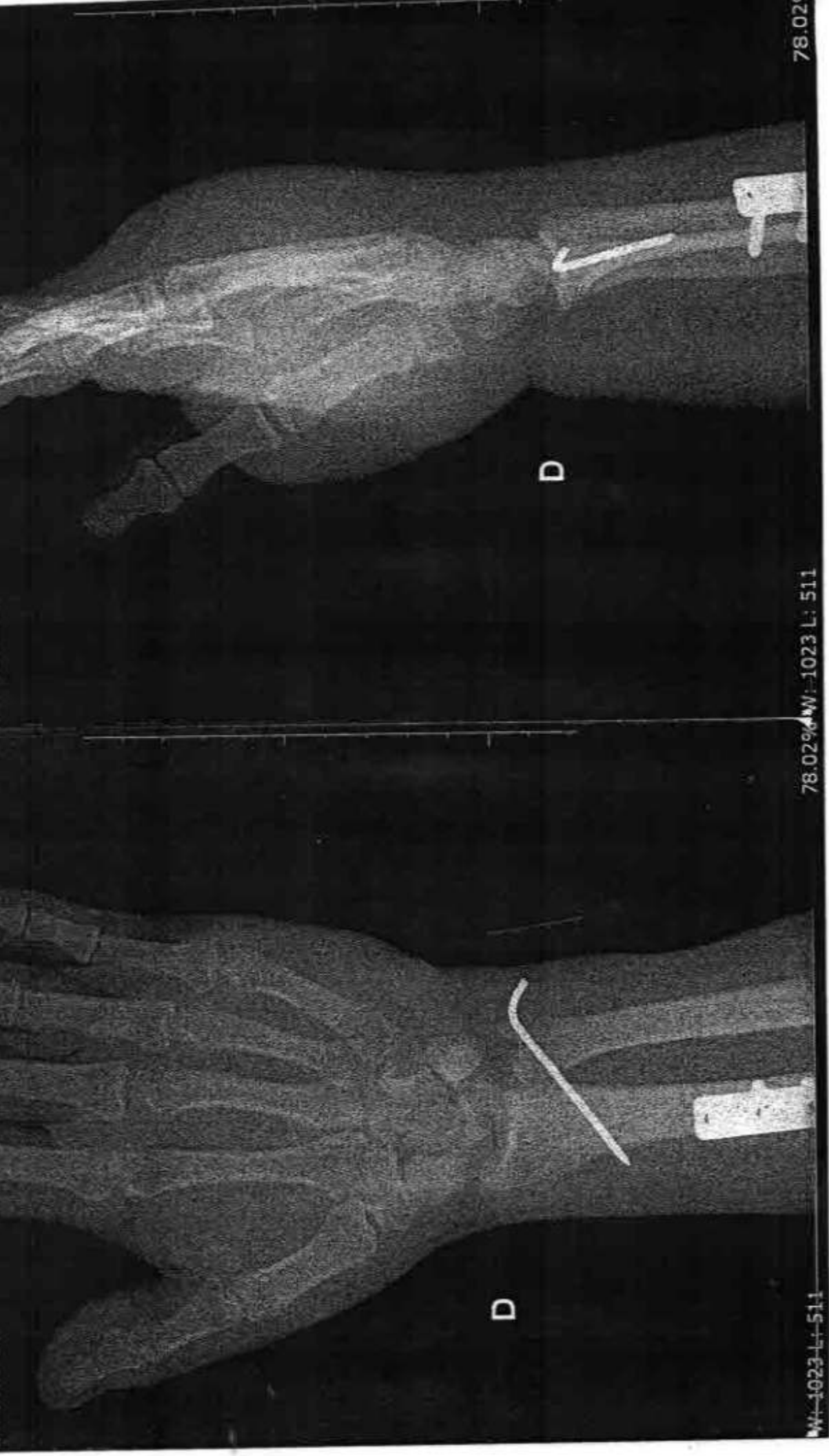
FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA  
25/02/2019 037Y O LA412225  
13:22:35 Nasc: 23/11/1981

JOSE, JELSON DA SILVA MOURA  
037Y O LA412225  
Nasc: 23/11/1981

COTOVELO, LAT  
UP\_EXM  
Im: 2 / 2  
2370 X 1770

COTOVELO AP  
UP\_EXM  
Im: 1 / 2  
2370 X 1770

2370 X 1770





**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**  
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 29/03/2019

Id Paciente: LA412225

Data do laudo: 02-04-2019

**Raio X de Antebraço Direito**

Aspecto pós-cirúrgico de osteossíntese da diáfise média do rádio, com placa e parafusos metálicos de fixação.

Espaços articulares preservados.

---

Dra. Lara Medeiros  
Médica Radiologista  
CRM-PI: 3373

JOSE, JOELSON DA SILVA MOURA FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA JOSE, JOELSON DA SILVA MOURA FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA  
037Y LA412225 29/03/2019,037Y LA412225 29/03/2019,  
Nasc: 23/11/1981 13:53:44 Nasc: 23/11/1981 13:53:44  
ANTE-BRACO,FRN ANTE-BRACO,LAT  
UP\_EXM UP\_EXM  
Im: 1 / 2 Im: 2 / 2  
1976 X 1576 1976 X 1576

D

D



**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**  
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE JELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 25/02/2019

Id Paciente: LA412225

Data do laudo: 27-02-2019

**Raio X de Cotovelo Direito**

- Estrutura óssea íntegra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

---

Dra. Lara Medeiros  
Médica Radiologista  
CRM-PI: 3373

JOSE, JELSON DA SILVA MOURA  
037Y O LA412225

Nasc: 23/11/1981

COTOVELO AP/PERFIL

UP\_EXM

1576 X 1976

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA

25/02/2019

13:23:57

D

D

W: 1023 L: 511

80.18%



**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

**Unidade:** CIS Lineu Araújo

**Nome:** JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

**Data do exame:** 29/03/2019

**Id Paciente:** LA412225

**Data do laudo:** 03-04-2019

**Raio X da Mão Direita**

- Antecedente de manipulação cirúrgica no rádio e na ulna.
- Superfícies e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

---

Dra. Lara Medeiros  
Médica Radiologista  
CRM-PI: 3373

JOSE GILSON DA SILVA VIGORA FUNGUA COSPIATAP DE TERESINA  
037Y LA412225  
Nasc: 23/11/1981  
MÃO, FRN  
UP\_EXM  
Im: 1 / 2  
2370 X 1770

D

JOSE GILSON DA SILVA VIGORA FUNGUA COSPIATAP DE TERESINA  
037Y LA412225  
Nasc: 23/11/1981  
MÃO, OBL  
UP\_EXM  
Im: 2 / 2  
2370 X 1770

D



W: 1023 L: 511

78.02% W: 1023 L: 511

78.02%

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



*Jose Joelson da Silva Moura*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

13/03/19

2.702.305

DATA DE  
EXPIRAÇÃO

JOSÉ JOELSON DA SILVA MOURA

REGISTRO  
GERAL

NOME

FILIAÇÃO

MARIA PEREIRA DE MOURA

GONÇALO FERREIRA DE MOURA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SÃO FÉLIX DO PIAUÍ-PI

23/11/1981

SOL. ORDEN

CERT. NASC. 6703 L 11A F 287

EXP. SÃO FÉLIX DO PIAUÍ 11/01/82

CPF

034.385.713-82

Assinatura do Titular: José Joelson da Silva Moura

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83 - DECRETO Nº 89.350/83

- ☐ 01. MUDOU-SE  
☐ 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE  
☐ 03. NÃO EXISTE N° INDICADO  
☐ 04. FALECIDO  
☐ 05. DESCONHECIDO  
☐ 06. RECUSADO  
☐ 07. AUSENTE  
☐ 08. NÃO PROCURADO  
☐ 10. OBJETO DANIFICADO  
☐ 11. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE  
☐ 12. FALTA COMPLEMENTO (COLETTV/GUI)  
☐ 13. CAIXA POSTAL CANCELADA

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /

RUBRICA DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

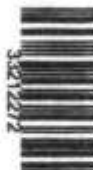


## MUDE PARA A CONTA ONLINE.

VOCÊ ACESSA SUA CONTA DE ONDE ESTIVER.  
SAIBA MAIS EM [OLCOM.BR/MINHAOI](http://OLCOM.BR/MINHAOI).



CTCE VILA MARIA SPM PL15  
ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA  
RUA MARIA CARLOS DA SILVA,2527  
SAO BENEDITO  
65636-230 TIMON MA



7213512820 08630 00000112857 30 240119

FALE COM A GENTE - GRÁTIS ..... 103 31  
INTERNET ..... [OLCOM.BR](http://OLCOM.BR)  
AUXÍLIO À LISTA ..... 102\*

\*Serviço sujeito a cobrança. Consulte seus operadores.

### INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento em lotérico, sem a apresentação do fatura, está sujeita a cobrança. Para mais informações ligue 103 31.

PARA CONFIRMAR O CÓDIGO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA (CSPL) DISPONÍVEL NA SUA LOCALIDADE, LIGUE PARA 102.  
21 Oi • 12 CTBC • 13 Fone • 16 Telefônica • 18 Viacom • 17 Transit • 19 Embratel • 23 Intelig • 24 Primeira Escolha • 25 GVT  
26 IOT • 28 Alparmayo • 29 T-este • 32 Convergê • 34 ETEL • 35 Easytone • 37 Golden Line • 38 TEGA • 39 Engevox • 41 TIM • 42 GT Group  
43 Sercomtel • 46 Global Crossing • 48 Hoje Telecom • 47 BT Communication • 53 OBTARA • 57 Itacru • 68 Votex • 82 Option • 83 Hello Brazil  
85 Telecom 95 • 87 ALDOLA • 71 Dollarphone • 81 Sermatel • 84 GBT • 85 America Net • 91 PCorp • 99 Amigo Telecom

ANATEL - 1331

## COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO E GANHE BENEFÍCIOS.



Com o Débito Automático, você não corre o risco de perder a data do vencimento.

LIGUE 103 31 OU ACESSE [OLCOM.BR/MINHAOI](http://OLCOM.BR/MINHAOI) E SAIBA MAIS.

Preencha este cupom, destaque e entregue em uma agência bancária credenciada. Você só tem a ganhar.	
<b>AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO</b>	
Autorizo debitar mensalmente em minha conta corrente o valor da nota fiscal / fatura, conta telefônica.	
Nome _____	CPI/CNPJ _____
Banco _____ Agência _____	Conta Corrente n° _____
Assinatura _____	Data / / _____
<b>SERVIÇO GRATUITO</b>	

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

160800374461

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Andressa Laurinda da Costa Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.031.113 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ JOELSON DA SILVA MOURA inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.385.713 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima JOSÉ JOELSON DA SILVA MOURA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.385.713 / 82, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <b>Rua Maria Carlos da Silva</b>		Número <b>2527</b>	Complemento <b>casa</b>
Bairro <b>São Benedito</b>	Cidade <b>Timon</b>	Estado <b>MA</b>	CEP <b>65636-230</b>
Email <b>andressa-seguros@hotmail.com</b>		Telefone comercial(DDD) <b>(86) 99819 1714</b>	Telefone celular (DDD) <b>(86) 98836 3230</b>

TIMON-MA, 16 de OUTUBRO de 2019

Local e Data

Andressa Laurinda da Costa Sousa  
Assinatura do Declarante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

034.385.713-82

José Joelson da Silva Moura

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

José Joelson da Silva Moura

034.385.713-82

Operador de Máquina

Rua Raimundo Pereira Magalhães

2364

Casa

Vila Bandeirante

Timuon

MA

65633-260

86-98811 8376

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3389

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 37847

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Timuon-MA 35 de Outubro de 2019

José Joelson da Silva Moura

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio Laurinda da Costa Sousa

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 03/02/2019 00:37:06

(User: BRUNO MOURA)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JOSE JOELSON DA SILVA MOURA			Prontuário:	138192
Mãe:	MARIA PEREIRA DE MOURA		Pai:	GONCALO PEREIRA DE MOURA	
End.Resid.:	AV CELSO PINHEIRO, 3572 - PARQUE RODOVIARIO - TERESINA - PI - CEP: -				
Nascimento:	23/11/1981	Idade:	37a2m9d	Sexo:	Masculino
Responsável:	O MESMO		CNS:		
Profissão:			Documento:	Reg.Nasc:	
G. Instrução:	Não informado		E.Civil:	Ignorado	
End.Local.:	- - -				

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	326843	Entrada:	02/02/2019 22:32:08	Convênio:	S U S	Proced:	0301060096
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO						

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Dor intensa	Laranja
Breve História Clas. Risco:		
VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ APROXIMADAMENTE 3H, PACIENTE RELATA QUE SE DESLOCAVA DO SEU LOCAL DE TRABALHO PARA SUA RESIDÊNCIA, QUANDO PROXIMO DE CHEGAR EM SUA CASA UM CACHORRO ADENTRA INESPERADAMENTE À FRENTE DE SUA MOTOCICLETA. APRESENTA ANTEBRAÇO DIRETO DESLOCADO. FÁCIE DE DOR INTENSA. NEGA CEFALÉIA E VERTIGEM, NEGA DOR TORÁCICA.		ISAAC ALCOFORADO COREN PI - 315.296 Em: 03/02/2019 00:04:12

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MÚLTIPLOS TRAUMATISMOS REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO. GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABEÇA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORÁCICA E LOMBAR. trauma de antebraço direito que evoluiu em dor e edema

CNPJ: 05.522.917/0035-19  
UPA - RENASCENÇA  
Rua Rio Verde, nº 2810  
Renascença III - CEP 64.082-110  
Teresina - Piauí

Diagnóstico Inicial:  
?

CID:

## Exames Complementares:

rx fratura de galeazzi

Confere Com o Original

Inamat

280219

## Prescrição Médica:

1. DIETA ORALLivre
2. SF 0,9% 1000ML EV P/24H
3. OMEPRAZOL 40MG 1 AMP EV 1X/DIA
4. DIPIRONA 1 AMP + AD EV 6/6 HORAS
5. TILATIL 40 MG + AD EV 12/12h

## Motivo da Alta/Encerramento:

Alta Administrativa

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

BRUNO WILSON DA SILVA MOURA  
CRM-5338 Em: 03/02/2019 00:37:05



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001700/2019-14**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO  
Resposta pelo Registro: Almirallice Ribeiro Leão Carlos

Data/Hora: 07/05/2019 - 16:32

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA CELSO PINHEIRO, Nº:

Complemento

553999

554000 (DAMS)

Data/Hora

02/02/2019 - 22:00

Bairro

TRÊS ANDARES

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

RG: 2702305

Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA

Endereço: RUA CELSO PINHEIRO, Nº 3572

Bairro: TRÊS ANDARES

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8811-8376

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150, ANO 2015, PLACA PIC-6852, PROPRIETÁRIO/TESTEMUNHO DO FATO DAVID NUNES DE CARVALHO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO UM CACHORRO PASSOU NA FRENTE DE SUA MOTO, ONDE O MESMO PERDEU O CONTROLE E CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO PROPRIETÁRIO DA MOTO, ENCAMINHADO PARA UPA DO RENASCENÇA, PRONTUÁRIO 138192, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 501542. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Leão Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almirallice Ribeiro Leão Carlos

Escrivã de Polícia

*Jose Joelson da Silva Moura*

JOSE JOELSON DA SILVA MOURA - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587394

Vítima: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000017847-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 034.385.713-82 4 - Nome completo da vítima: José Joelson da Silva Moura

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: José Joelson da Silva Moura 6 - CPF: 034.385.713-82  
7 - Profissão: Operador de Máquina 8 - Endereço: Rua Raimundo Pereira Magalhães 9 - Número: 2364 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Vila Bandeirante 12 - Cidade: Timonium 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65633-260  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 8-98811 8376

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3389 CONTA: 37847 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vulgarmente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Timonium-MA 35 de Outubro de 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



---

**Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190587394**

**Vítima: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA**

**Data do Acidente: 02/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE JOELSON DA SILVA MOURA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000017847-7

---

Nr. da Autenticação 87E93B64F3E131ED

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360608/19

**Vítima:** JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

**CPF:** 034.385.713-82

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/02/2019

**Titular do CPF:** JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSE JOELSON DA SILVA MOURA : 034.385.713-82

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019  
Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA  
CPF: 055.031.113-03

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Danielle Nobre de Sousa

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

NOME: Jose Joelson da Silva Moura  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
IDENTIDADE: 2-902-305  
CPF: 034.385.753-82  
PROFISSÃO: Operador de maquinas  
ENDEREÇO: Rua Raimundo Pereira Magalhães nº 2464 - Vila Bandeirante  
CEP: 65633-260 TELEFONE: (86) 98853 8376  
COBERTURA: Invalidez e DAMS DATA DO ACIDENTE: 02.02.2019

## OUTORGADO:

NOME: **ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA**  
NACIONALIDADE: **BRASILEIRA**  
ESTADO CIVIL: **SOLTEIRA**  
IDENTIDADE: **2.956.420 SSP-PI**  
CPF: **055.031.113-03**  
PROFISSÃO: **AUTONOMA**  
ENDEREÇO: **RUA MARIA CARLOS DA SILVA nº 2527 BAIRRO: SÃO BENEDITO**  
CEP: **65636-230**  
TELEFONE: **86-99819 1714 86-98836 3230**

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar, e/ou requerer quaisquer documento necessário junto à seguradora, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

VITIMA: Jose Joelson da Silva Moura



Timon-MA 14 de Outubro de 2019

( local e data )

Jose Joelson da Silva Moura

reconhecer firma por autenticidade ou verdadeiro



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:  
Jose Joelson da Silva Moura  
Em Testemunho Assento da verdade.  
Timon(MA), 14/10/2019  
Jandaina Jansen Carneiro e Silva  
Escrevente

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190587394 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE JOELSON DA SILVA MOURA **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 13

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**


**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360608/19

**Vítima:** JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

**CPF:** 034.385.713-82

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/02/2019

**Titular do CPF:** JOSE JOELSON DA SILVA  
MOURA

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**JOSE JOELSON DA SILVA MOURA : 034.385.713-82**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019  
Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA  
CPF: 055.031.113-03

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

DENATRAN

CONTRAN

DIETRAM - PI  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA RENOVAR 01/01/2019 03658  
1 01041837353 2019

NOME

DAVID NUNES DE CARVALHO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF / CNP

48110434487

PLACA

PTC-6852

PLACA ANT / LP

9C2KC1680FR580262

EXERCÍCIO

PAS/MOTOCICLETA/NEUTRO

ALCOOL/GAS

MARKA / MODELO

HONDA/CG150 FAN ESD1

ANO FAB. ANO MOD.  
2015 2015

CAR / MOT / CL

002P/0149CC

CATEGORIA

COM MOTORIZANTE

COTA ÚNICA

VEÍCULO COTA ÚNICA

VEÍCULO COTAS

1 1ª IPVA  
2 2ª  
3 3ª PAGAO

P V A

FAZCA IMPVA

PAGAMENTO / COTAS

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVACOES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA

LOCAL

DATA

16/04/2019

ASSINATURA DO DETRAN

PI Nº 014207666601 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAO DPVAT 0600 0222 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 16/04/2019

VIA

1

48110434487

CPF / CNP

PLACA

RENOVAR

01041837353

HONDA/CG150 FAN ESD1

ANO FAB.

2015

COT. ÚNICA

09

9C2KC1680FR580262

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 000,00

DESMATRIAL (R\$)

000,00

QUANTO DO SEGURO (R\$)

QUANTO DO BILHETE (R\$)

000,00

IOF (R\$)

000,00

TAXA A SEGURO (R\$)

000,00

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE OUTRUGA

28/02/2019

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 08.245.000/0001-04



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE CIVIS




Andressa Laurinda da Costa Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

2.956.420

09/11/18

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

FRANCISCA LAURINDA DA COSTA SOUSA

JOSÉ DE RIBAMAR SOUSA

TERESINA-PI

15/07/1993

CERT. NASC. 60160 L 128 F 24

EXP TIMON-MA. 11/08/93

055.031.113-03

LEI Nº 7.418 DE 1986 - DECRETO Nº 88.200/83