

11676385 - CONTESTAÇÃO (2747125 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 02/09/2020 09:59:34

Microsoft Word - 2747125\_CONTESTACAO

1 / 10

2747125- C3/ 2020-03214/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08111044820208180140



Número: **0811104-48.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **11/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                        |                    | Procurador/Terceiro vinculado               |                         |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|-------------------------|
| ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA (AUTOR)                           |                    | GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO) |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                    |                                             |                         |
| Documentos                                                    |                    |                                             |                         |
| Id.                                                           | Data da Assinatura | Documento                                   | Tipo                    |
| 11676<br>386                                                  | 02/09/2020 09:59   | <a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>     | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624569

Vítima: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

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

Carta nº 15066311

Pag. 00967/00968 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190624569**

**Vítima: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 08/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA**

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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000003506-8**

**Conta: 0000036926-8**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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: 061.260.943-01 4 - Nome completo da vítima: Italo Luis Barbosa da Silva

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

5 - Nome completo: Italo Luis Barbosa da Silva 6 - CPF: 061.260.943-01  
7 - Profissão: Vendedor 8 - Endereço: R. Diadema C. Branco 9 - Número: 1374 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Parque Alvorada 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64005-310  
15 - E-mail: edianeaseguros@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: Brasil  
AGÊNCIA: 3506 8 CONTA: 36.926 8

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 (vai 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 - Imprensa digital de quem assina a rogo/a pedido  
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, Teresina - PI 30/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Italo Luis Barbosa da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  
43 - Assinatura do Procurador (se houver):



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
23/09/2019 AUTO-ATENDIMENTO 12,26 51  
839773411

SALDO DE CONTA CORRENTE  
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: ITALO LUIS BARBOSA SILVA  
AGENCIA: 3506-8 36,926-8

Saldo

JUROS DISPONIVEL IOF

INFORMACOES CDC INDISPONIVEIS

O SEU CARTAO JA ESTA DISPONIVEL EM SUA AGENCIA.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003657/2019-05**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Rep. pelo Registro: Jerônimo Soares Lima Júnior

Data/Hora: 23/09/2019 - 12:01

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA PEDRO BRITO, Nº:

Complemento

557341

Data/Hora

08/08/2019 - 14:15

Bairro

PARQUE ALVORADA

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

RG: 3559935

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: LILIA PATRICIA BARBOSA DA SILVA

Pai: ANTONIO LUIS ALVES DA SILVA

Endereço: RUA DÍDIMO CASTELO BRANCO, Nº 1374

Bairro: PARQUE ALVORADA

Cidade: TERESINA

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA CG 160 FAN, PLACA PIZ-8859, COR BRANCA, RENAVAL 01169151822, PROPRIEDADE DE SAMARA DE SOUSA BARROS FEITOSA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO AO PASSAR SOB UM BURACO PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR. QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HUT (PRONT. 331679). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Jerônimo Soares Lima Júnior - Mat.  
AGENTE DE POL.

ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA  
ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parreira  
Delegada Geral de Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7





# 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: 061.260.943-01 4 - Nome completo da vítima: Italo Luis Barbosa da Silva

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

5 - Nome completo: Italo Luis Barbosa da Silva 6 - CPF: 061.260.943-01  
7 - Profissão: Vendedor 8 - Endereço: R. Didimo C. Branco 9 - Número: 1374 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Parque Alvorada 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64005-310  
15 - E-mail: ediane@seguros2@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6569

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:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Brasil  
AGÊNCIA: 3506 8 CONTA: 36.926 8  
(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) ☐ 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

Informação digital de quem assina a rogo/a pedido

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, Teresina - PI 30/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Italo Luis Barbosa da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)







Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                                                                                                             |                                                                        |                                                                                                                                                   |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Chamado       | 01 N° do chamado<br>1244                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 02 Data do chamado<br>08/08/13    | 03 PRO (código)<br>2858                                                                                                     | 04 Saída do PA<br>1445                                                 | 05 Chegada ao local<br>1459                                                                                                                       |
|                        | 06 Saída do local<br>1505                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 07 Chegada ao 1° hospital<br>1518 | 08 Saída do 1° hospital                                                                                                     | 09 Chegada ao 2° Hospital                                              |                                                                                                                                                   |
| Local da Ocorrência    | 10 Endereço<br>Z. Paulo Brito.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                                                                                                             |                                                                        |                                                                                                                                                   |
|                        | 11 Bairro<br>P. Alvarado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 12 Município UF<br>Teresina PI    | Código IBGE                                                                                                                 |                                                                        |                                                                                                                                                   |
|                        | 13 Ponto de referência<br>cris. Zelia Brito                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |                                                                                                                             |                                                                        |                                                                                                                                                   |
| Dados do Paciente      | 14 Nome<br>Italo Luis Barbosa da Silva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                                                                                                             | 15 Sexo<br>Masculino                                                   |                                                                                                                                                   |
|                        | 16 Idade 28<br>19/04/1985                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |                                                                                                                             | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?<br>1-Sim 2-Não 9-Ignorado |                                                                                                                                                   |
| Tipo de Ocorrência     | 18 Tipo de ocorrência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                                                                                                                             |                                                                        |                                                                                                                                                   |
|                        | 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros<br>02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido<br>03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado<br>04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência<br>05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares |                                   |                                                                                                                             |                                                                        |                                                                                                                                                   |
| Acidente de Transporte | 19 Vítima<br>1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   | 20 Meio de locomoção<br>1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado |                                                                        | 21 Outra parte envolvida<br>1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado |
|                        | 22 Equipamentos de segurança<br>Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/><br>Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                                                                                                             |                                                                        |                                                                                                                                                   |
| Exame Físico           | 23 Glasgow = 15<br>ABERTURA OCULAR<br>3 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   | RESPOSTA VERBAL<br>3 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma           |                                                                        | 24 Sinais Vitais<br>Pulso 75<br>Resp. 20<br>PA 140/80<br>TAX. 28.1<br>SatO2 98.1                                                                  |
|                        | 25 Local da lesão<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   | 26 Pupilas<br>1 - Iguais 2 - Desiguais                                                                                      |                                                                        |                                                                                                                                                   |
| Hospital de Destino    | 27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/><br>1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   | 28 Sangramento<br>1 - Sim 2 - Não                                                                                           |                                                                        |                                                                                                                                                   |
|                        | 29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                   | 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito                                                                                     |                                                                        |                                                                                                                                                   |
| Assistência            | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                                                                             |                                                                        |                                                                                                                                                   |
|                        | 32 Hospital de Destino: HUI <input type="checkbox"/> Não Removido<br>33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado<br>34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não<br>35 Observações Interdisciplinares:                                                                                                                                                                                                        |                                   |                                                                                                                             |                                                                        |                                                                                                                                                   |

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 10:01:32

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020959329900000011056247

Número do documento: 2009020959329900000011056247

Num. 11676386 - Pág. 7



HUT  
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

Ontopédia

Imp: 08/08/2019 15:48:43  
(User: DALLARA BARROSO)  
(Estação: CONSULPA03)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

|                                                                                                       |                                         |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Nome: <b>ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA</b>                                                              |                                         | Prontuário: <b>331679</b>                        |
| Mãe: <b>LILIA PATRICIA BARBOSA DA SILVA</b>                                                           | Pai: <b>ANTONIO LUIS ALVES DA SILVA</b> |                                                  |
| End.Resid.: <b>RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b> |                                         |                                                  |
| Nascimento: <b>19/01/1995</b>                                                                         | Idade: <b>24a6m20d</b>                  | Sexo: <b>Masculino</b> Fone: <b>86-94774-635</b> |
| Responsável: <b>SAMARA</b>                                                                            | CNS: <b>898003446158393</b>             |                                                  |
| Profissão: <b>VENDEDOR</b>                                                                            | Documento: <b>RG: 3559935 - SSP-PI</b>  |                                                  |
| G. Instrução: <b>Fundamental Incompleto</b>                                                           | E.Civil: <b>Solteiro(a)</b>             |                                                  |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                                                           |                                     |                        |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Código: <b>735075</b>                                                                                     | Entrada: <b>08/08/2019 15:19:56</b> | Convênio: <b>S U S</b> | Proced: <b>0301060061</b> |
| Motivo da Procura<br>(Conforme Paciente/Acomp): <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b> |                                     |                        |                           |
| Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>                                                                       |                                     |                        |                           |

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                                                                                                                                              |                                       |                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação:<br><b>TRAUMA MAIOR</b>                                                                                                                                                                                        | Classificação:<br><b>Dor moderada</b> | Cor:<br><b>Amarelo</b>                                                      |
| Breve História Clas. Risco:<br>HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO "CAIU EM BURACO" HÁ 30MIN.RELATO DE TCE, TRAUMA EM MSD, R LOMBAR, MMII, ESCORIAÇÃO EM JOELHO E NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC)<br>ECG=15<br>FAZIA USO DE CAPACETE, MAS SACOU-O. (SIC) |                                       | CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES<br>COREN PI 138833<br>Em: 08/08/2019 15:33:06 |

### SSVV:

(Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

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

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente sofreu acidente de trânsito (motocicleta) há aproximadamente 40 minutos. Fazia uso de capacete no momento do acidente. Trazido pelo SAMU com uso de colar cervical. Nega vômitos, otorragia e epistaxe, e nega perda de consciência no momento do acidente. Queixa-se de dor em mão e punho direito.

Vias aéreas pervias, fonação preservada. AP: MV+AHT, SRA, expansibilidade preservada, sem dor ao movimento respiratório. AC: BNF, RR2T, SS. Abd plano, flácido, depressível, indolor à palpação. Pelve estável, indolor à mobilização. Extremidades normoperfundidas. ECG: 15. Pupilas isocóricas, fotorreagentes. Escoriações braço, mão, joelho e tornozelo esquerdos e cotovelo direito.

Diagnóstico Inicial:  
?

CID:

### Exames Complementares:

(1279878) - MÃO DIREITA  
(1279879) - PUNHO DIREITO

### Prescrição Médica:

### Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Antonio de Alencar  
CRM 1391  
MARIA DALLARA BARROSO E SILVA  
CRM: 6815 - PI Em: 08/08/2019 15:48:41



# 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: | 19/11/2019 |
|------------------------|------------|

|                      |  |
|----------------------|--|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |  |
|----------------------|--|

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 1.687,50 |
|--------------|----------|

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

CLIENTE: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03506-8

CONTA: 000000036926-8

---

---

Nr. da Autenticação BBE22A638283181D





Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

1682118-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal

027173807

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS  
SETEMBRO/2019  
VENCIMENTO  
19-09-2019  
CONSUMO (KWh)  
75  
TOTAL A PAGAR (R\$)  
74,30

LILIA PATRICIA BARBOSA FRANCO  
R DIDIMO C BRANCO 1374 1 PARQUE ALVORADA  
CPF: 00002802302302

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |                        | DATAS DA LEITURA             |            |
|------------------------------|------------------------|------------------------------|------------|
| Atual:                       |                        | Atual:                       |            |
| Anterior:                    | 451                    | Anterior:                    | 12/09/2019 |
| Constante de Multiplicação:  | 376                    | Próxima Leitura:             | 13-08-2019 |
| Consumo Medido:              | 1,000                  | Emissão:                     | 14-10-2019 |
| Consumo Faturado:            | 75                     | Apresentação:                | 11-09-2019 |
| Forma de Faturamento:        | Có 75 de Irregular FCM | Dias de Consumo:             | 12-09-2019 |
| Classe/Subclasse             | NORMAL                 | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | 30         |
| Ligação                      |                        | Número Medidor               |            |
| Poste                        |                        | Código Pac.                  |            |
| Média 12 meses               |                        |                              |            |

RESIDÊNCIA Nº MONO AZ186093 INSCRIÇÃO DA CONTA 1.1.1.1 68

|        |     |                                |                     |       |
|--------|-----|--------------------------------|---------------------|-------|
| AGO/19 | 82  | CONSUMO                        | 75 A R\$ 0.912203 = | 68,41 |
| JUL/19 | 72  | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) |                     | 5,89  |
| JUN/19 | 73  | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -  | 2,99                |       |
| MAI/19 | 76  |                                |                     |       |
| ABR/19 | 73  |                                |                     |       |
| MAR/19 | 0   |                                |                     |       |
| FEV/19 | 66  |                                |                     |       |
| JAN/19 | 63  |                                |                     |       |
| DEZ/18 | 63  |                                |                     |       |
| NOV/18 | 115 |                                |                     |       |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
Q A 75 - 0,655118

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27-09-2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na CADINRA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

### RESERVADO AO FISCO

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |                                             | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$     |        |
|---------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|--------|
| Distribuição:             | 0547. B8AD. FAC3.3F33.0127 C0351. AC4D.9300 |                             |        |
| Energia:                  |                                             | Alíquota ICMS:              |        |
| Transmissão:              | 14,39                                       | Valor do ICMS:              | 68,41  |
| Encargos:                 | 27,77                                       | Valor do PIS:               | 22,00% |
| Tributos:                 | 4,69                                        | Valor do COFINS:            | 15,05  |
|                           | 2,30                                        | INDICADORES DE CONTINUIDADE | 1,40%  |
|                           | 19,26                                       | PTC                         | 6,49%  |
|                           |                                             | IMC                         | 3,46%  |
| Limite                    |                                             |                             |        |
| Realizado                 |                                             |                             |        |
| Conjunta                  | 5,08                                        | 10,15                       | 20,30  |
|                           | 0,00                                        | 0,00                        | 0,00   |

TERESINA

SEU CÓDIGO 07/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 74,30



1682118-1  
MESTRADO

74,30  
VENCIMENTO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

09/2019  
Nota Fiscal:

19-09-2019

027173807 FCM

836800000000 9 74300017000 6 00000001682 4 11810919008 2



UF: 00002 UC: 1682118 1 DT. LEIT: 12/09/2019 T. ENTR.: 03  
IPA: 451 NORMAL TOTAL: 74,30 CARGA: 026  
DT. VENC.: 19-09-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 9122



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 10:01:32

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020959329900000011056247

Número do documento: 2009020959329900000011056247

**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/BIBLIOTECASWEB/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 Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Italo Luis Barbosa Da Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 061.260.943/01 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima  
Italo Luis Barbosa Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.260.943/01, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso 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                 |                         | Número     | Complemento            |
| <u>Rua 24 de Janeiro</u> |                         | <u>544</u> | <u>Sala</u>            |
| Bairro                   | Cidade                  | Estado     | CEP                    |
| <u>Antis</u>             | <u>Teresina</u>         | <u>PI</u>  | <u>64000-235</u>       |
| Email                    | Telefone comercial(DDD) |            | Telefone celular (DDD) |
|                          |                         |            | <u>(86) 99534-6565</u> |

Teresina, 30 de outubro de 2019  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Samara de Sousa Barros Feitosa,  
RG nº 2.670.851, data de expedição 23/02/05  
Órgão SSP / PI, portador do CPF nº 041.783.623-64,  
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Didimo C Branco Parque Alvorada, nº 1374,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Italo Luis Barbosa da Silva, cujo o condutor era  
Italo Luis Barbosa da Silva.  
Veículo: motocicleta Modelo: Honda / CG 160 Fan Ano: 2018  
Placa: PJZ 8859 Chassi: 9C2KC22001R175961  
Data do Acidente: 08/08/19

Local e Data: Teresina Piauí 23/09/19

Samara de Sousa Barros Feitosa

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

ANTONIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º Ofício de Notas  
Alexandro Alves de Sousa  
Escritório Autorizado  
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua: Uirapuru, 1071 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina - PI - Fone: (86) 3321-6111 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
Titular: Antônio Themistocles Sampaio

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SAMARA DE SOUSA BARROS FEITOSA. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.  
Teresina-PI, 23/09/2019. Selo: AAJ44245-T54D  
[www.tjpi.jus.br/portalexta](http://www.tjpi.jus.br/portalexta).

ALEXANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO  
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 172  
DECLARAÇÃO DE PROP DE VEÍCULO

ANTONIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

**Dados do Chamado**

01 N° do chamado: 1244  
02 Data do chamado: 09/08/19  
03 PRO (código): 2888  
04 Saída do PA: 1445  
05 Chegada ao local: 1459  
06 Saída do local: 1505  
07 Chegada ao 1º hospital: 1518  
08 Saída do 1º hospital:   
09 Chegada ao 2º Hospital:   
10 Endereço: Z. P. Brito.  
11 Bairro: P. Alvarado  
12 Município UF: Teresina PI  
13 Ponto de referência: Cruz. Zelia Brito.  
Código IBGE:   
14 Nome: Italo Luis Barbosa da Silva  
15 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado  
16 Idade: 26  
1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado  
17 Indiclos de ingestão de bebida alcoólica?  
1-Sim ☒ Não ☐ Ignorado

**Local da Ocorrência**

10 Endereço: Z. P. Brito.  
11 Bairro: P. Alvarado  
12 Município UF: Teresina PI  
13 Ponto de referência: Cruz. Zelia Brito.  
Código IBGE:   
14 Nome: Italo Luis Barbosa da Silva  
15 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado  
16 Idade: 26  
1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado  
17 Indiclos de ingestão de bebida alcoólica?  
1-Sim ☒ Não ☐ Ignorado

**Dados do Paciente**

14 Nome: Italo Luis Barbosa da Silva  
15 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado  
16 Idade: 26  
1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado  
17 Indiclos de ingestão de bebida alcoólica?  
1-Sim ☒ Não ☐ Ignorado

**Tipo de ocorrência**

01 - Acidente de transporte  
02 - Agressão física-espantamento  
03 - Agressão física-FAF  
04 - Agressão física-FAB  
05 - Urgência psiquiátrica  
06 - Tentativa de suicídio  
07 - Envenenamento  
08 - Afogamento  
09 - Queimadura  
10 - Choque elétrico  
11 - Queda  
12 - Urgência clínica  
13 - Urgência obstétrica  
14 - Transferência  
15 - Exames complementares  
16 - Outros  
17 - Já removido  
18 - Falso chamado

**Acidente de Transporte**

19 Vitima: ☒ 1 - Pedestre ☒ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado  
20 Meio de locomoção: ☒ 1 - A pé ☐ 2 - Automóvel ☐ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado  
21 Outra parte envolvida: ☐ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado  
22 Equipamentos de segurança: ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinturo de segurança ☐ Assento para criança

**Exame Físico**

23 Glasgow = 15  
ABERTURA OCULAR: ☒ Espontânea ☐ 3 - À voz ☐ 2 - À dor ☐ 1 - Nenhuma  
RESPOSTA VERBAL: ☒ Orientada ☐ 4 - Confusa ☐ 3 - Palavras inapropriadas ☐ 2 - Palavras incompreensíveis ☐ 1 - Nenhuma  
RESPOSTA MOTORA: ☒ Obedece a comandos ☐ 5 - Localiza dor ☐ 4 - Movimento de retirada ☐ 3 - Flexão anormal ☐ 2 - Extensão anormal ☐ 1 - Nenhum  
24 Sinais Vitais: Pulso: 75 Resp. PA: 140/80 TAX: 28 SatO2: 98%  
25 Local da lesão:

**Exame Físico**

26 Pupilas: ☒ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais  
27 Pulso: Radial ☒ Central ☐ 2 - Fino ☐ 3 - Ausente  
28 Sangramento: ☒ 1 - Sim ☐ 2 - Não  
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10  
30 Fratura: 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☒ 3 - Suspeito ☐

**Assistência**

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):  
☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia  
☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso  
☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c)  
32 Hospital de Destino: HUI ☐ Não Removido

**Hospital de Destino**

33 Condições de entrada: ☒ 1 - Melhorado ☐ 2 - Piorando ☐ 3 - Inalterado  
34 Óbito: ☐ Antes do socorro ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte

**Observações Interdisciplinar**

Refere dor em umass região lombos.  
Sic.

**Assinaturas**

Responsável pela recepção:   
Socorristas Médico: AE/TE:   
Enfermeiro Conductor:

11.2011







**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Italo Louis Barbosa da Silva  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 331679

**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

Ortopedia

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Imp: 08/08/2019 15:48:43  
User: DALLARA BARROSO  
Estação: CONSULPA03

|               |                                                                                    |            |            |                             |           |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------------------------|-----------|
| Nome:         | ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA                                                        |            |            | Prontuário:                 | 331679    |
| Mãe:          | LILIA PATRICIA BARBOSA DA SILVA                                                    |            | Pai:       | ANTONIO LUIS ALVES DA SILVA |           |
| End.Resid.:   | RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |            |            |                             |           |
| Nascimento:   | 19/01/1995                                                                         | Idade:     | 24a6m20d   | Sexo:                       | Masculino |
| Responsável:  | SAMARA                                                                             |            | CNS:       | 898003446158393             |           |
| Profissão:    | VENDEDOR                                                                           |            | Documento: | RG: 3559935 - SSP-PI        |           |
| G. Instrução: | Fundamental                                                                        | Incompleto | E.Civil:   | Solteiro(a)                 |           |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                   |                                                                              |          |                     |           |       |         |            |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------|-----------|-------|---------|------------|
| Código:           | 735075                                                                       | Entrada: | 08/08/2019 15:19:56 | Convênio: | S U S | Proced: | 0301060061 |
| Motivo da Procura | (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC |          |                     |           |       |         |            |
| Indução:          | AMBULÂNCIA DO SAMU                                                           |          |                     |           |       |         |            |

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                                                                                                         |                                                                             |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação:                                                                                                                                                                          | Classificação:                                                              | Cor:    |
| TRAUMA MAIOR                                                                                                                                                                                            | Dor moderada                                                                | Amarelo |
| Breve História Clas. Risco:                                                                                                                                                                             | CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES<br>COREN PI 138833<br>Em: 08/08/2019 15:33:06 |         |
| HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO "CAIU EM BURACO" HÁ 30MIN.RELATO DE TCE,TRAUMA EM MSD,R LOMBAR,MMII,ESCORIAÇÃO EM JOELHO E.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC)<br>ECG=15<br>FAZIA USO DE CAPACETE ,MAS SACOU-O.(SIC) |                                                                             |         |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Paciente sofreu acidente de trânsito (motocicleta) há aproximadamente 40 minutos. Fazia uso de capacete no momento do acidente. Trazido pelo SAMU com uso de colar cervical. Nega vômitos, otorragia e epistaxe, e nega perda de consciência no momento do acidente. Queixa-se de dor em mão e punho direito.                                                                              |
| Vias aéreas pervias, fonação preservada. AP: MV+AHT, SRA, expansibilidade preservada, sem dor ao movimento respiratório. AC: BNF, R2T, SS. Abd plano, flácido, depressível, indolor à palpação. Pelve estável, indolor à mobilização. Extremidades normoperfundidas. ECG: 15. Pupilas isocóricas, fotorreagentes. Escoriações braço, mão, joelho e tornozelo esquerdos e cotovelo direito. |

|                      |      |
|----------------------|------|
| Diagnóstico Inicial: | CID: |
| ?                    |      |

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| Exames Complementares:                               |
| (1279878) - MÃO DIREITA<br>(1279879) - PUNHO DIREITO |

|                    |
|--------------------|
| Prescrição Médica: |
|--------------------|

|                              |           |       |
|------------------------------|-----------|-------|
| Motivo da Alta/Encerramento: |           |       |
| Observação (Adulto)          | DATA: / / | HORA: |

*Samara de Sousa Barros Kilton*  
Assinatura Paciente ou Responsável

*Dr. Antonio de Alencar*  
ORTOPEDIA  
CRM-PI 1391  
MARIA DALLARA BARROSO E SILVA  
CRM: 6815 - PI Em: 08/08/2019 15:48:41





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

231224

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da  
Internação:

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

244785

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

6 - Prontuário: 331679

7-CNS: 898003446158393

8-Nascimento: 19/01/1995

9-Sexo: Masculino

RG: 3559935 - SSP-PI

11-Mãe: LILIA PATRICIA BARBOSA DA SILVA

12-Fone: 86-94774-635

13-Resp: SAMARA

14-Cor: Sem Informação

15-Ende: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010

Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

- Dor em mão e  
punho D.

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do osso navicular [escafoide] da mão

24-CID Prim:

S620

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020466

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

Tempo SUS  
2

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

838.230.773-68

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

34-Data Solicitação:

08/08/2019

Assinatura do Profissional Solicitante/Assistente  
Rocio de Almeida Vasquez  
Médica Cirúrgica Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50- Assinatura Paciente ou Responsável:

Artur da Barbara F. Moura

Assinatura do Profissional Autorizador  
Jorge de Ribamar Santos Filho  
Assessor de Auditoria - DRE-PAV-PAV  
CRM - PI 1988 - CPF: 373.205.453-00  
CNS 1205100533260092  
(Rg.Conselho)  
Endereço: (VALDENICE MENDES)  
Consulta Local: 735075  
Consulta SUS:  
Impressão: 08/08/2019 16:58:18



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 10:01:32

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009020959329900000011056247

Número do documento: 2009020959329900000011056247

|                                                                    |  |                    |
|--------------------------------------------------------------------|--|--------------------|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> |  | Nº LAUDO: 231224   |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                          |  | AJH: 2219101801708 |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                                    |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | CNES<br>5828856 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b><br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | CNES<br>5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                               |                                                 |                                                |                       |                      |
|-------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| CARTÃO SUS<br>898003446158393 | NOME DO PACIENTE<br>ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA | NASCIMENTO<br>19/01/1995                       | SEXO<br>M             | PRONTUÁRIO<br>331679 |
| DOCUMENTO CPF                 | TELEFONE                                        | NOME DA MÃE<br>LILIA PATRICIA BARBOSA DA SILVA | RESPONSÁVEL<br>SAMARA |                      |
| CEP                           | ENDEREÇO - LOGRADOURO                           |                                                | NUMERO / LOTE<br>000  |                      |
| BAIRRO<br>PARQUE ALVORADA     | COMPLEMENTO                                     | MUNICIPIO<br>TERESINA                          | UF<br>PI              |                      |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTOCICLETA) HÁ APROXIMADAMENTE 40 MINUTOS. FAZIA USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE. TRAZIDO PELO SAMU COM USO DE COLAR CERVICAL. NEGA VÔMITOS, OTORRAGIA E EPISTAXE, E NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO ACIDENTE. QUEIXA-SE DE DOR EM MÃO E PUNHO DIREITO. VIAS AERÉAS PERVIAS, FONACÃO PRESERVADA. AP: MV+AHT, SRA. EXPANSIBILIDADE INDOLOR A MOBILIZAÇÃO. EXTREMIDADES NORMOPERFUNDIDAS. ECG: 15. PÚPILAS ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTES. ESCORIAÇÕES BRAÇO, MÃO, JOELHO E TORNZELO ESQUERDOS E COTOVELO DIREITO.

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ACIMA

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

|                                                                                                    |                          |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b><br>S620 - FRATURA DO OSSO NAVICULAR ESCAFOIDE DA MÃO | <b>CID 10 SECUNDÁRIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0408020466 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

|                                                |                                                                                                                                |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LEITO/CLÍNICA</b><br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO<br>CPF: 83823077368 CRM: |
| <b>CARÁTER</b><br>URGENCIA                     | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b><br>08/08/2019                                                                                          |
| <b>DATA ADMISSÃO</b><br>08/08/2019 15:19       | <b>DATA ALTA</b><br>10/08/2019 09:00                                                                                           |
| <b>MOTIVO ALTA</b><br>ALTA MELHORADO           |                                                                                                                                |

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

|               |                 |               |       |                 |              |      |                   |
|---------------|-----------------|---------------|-------|-----------------|--------------|------|-------------------|
| TIPO ACIDENTE | CNPJ SEGURADORA | Nº DO BILHETE | SÉRIE | CNPJ DA EMPRESA | CNAE EMPRESA | CBOR | NATUREZA DA LESÃO |
|               |                 |               |       |                 |              |      |                   |

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

#### AUTORIZAÇÃO

|                                                                                                                                     |                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br>MARCONDES MARTINS SANTOS MOREIRA<br>CPF: 07939480363 CRM: | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b><br>JULIA JACQUES<br>CPF: 07939480363 CRM: |
| <b>DATA ANÁLISE</b><br>08/08/2019 17:17:00                                                                                          | <b>DATA ANÁLISE</b>                                                                                            |

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:









# BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico  
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

## MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul  
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366  
CEP 64.001-310 - Teresina - Piauí  
Insc. Est. nº 19.444.630-1  
CNPJ nº 03.512.566/0001-90  
biosintese@biosinteseprima.com.br

## FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009  
Cond. Metropolitan Market Place - Caiçara  
CEP 65.071-380 - Fone: (55 98) 3227-0640  
São Luís - Maranhão  
Insc. Est. 12.310.276-6  
CNPJ 03.512.566/0002-71  
biosintese\_ma@biosinteseprima.com.br

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT

C.N.P.J. \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Nome: Valdo

Código Ropm Nº \_\_\_\_\_

### DESCRIÇÃO DO MATERIAL

01 mini-parafuso de auto-compressão  
Nº 20



Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 09.08.19

DATA DA ALTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PACIENTE - Nome: Italo Luis Barbosa da Silva

Nº AIH: 244785

Nº do Prontuário: 331679

Data da Internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Procedimento Médico Realizado: 0408020466

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. André

CRM Nº \_\_\_\_\_







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:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação:<br><b>244785</b> |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> |                                           |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                                       |                                    |                             |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 5-Nome:<br><b>ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA</b>                                         | 6 - Prontuário:<br><b>331679</b>   |                             |                             |
| 7-CNS:<br><b>898003446158393</b>                                                      | 8-Nascimento:<br><b>19/01/1995</b> | 9-Sexo:<br><b>Masculino</b> |                             |
| 11-Mãe:<br><b>LILIA PATRICIA BARBOSA DA SILVA</b>                                     | RG:<br><b>3559935- SSP-PI-Exp:</b> |                             |                             |
| 13-Resp:<br><b>SAMARA</b>                                                             | 12-Fone:<br><b>86-94774-635</b>    |                             |                             |
| 15-Ende:<br><b>RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010</b> | 14-Fone:<br><b>86-94774-635</b>    |                             |                             |
| 16-Munic:<br><b>TERESINA</b>                                                          | 17-Cod.IBGE:<br><b>221100</b>      | 18-UF:<br><b>PI</b>         | 19-CEP:<br><b>64000-010</b> |

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

|                                                        |                                                                                                        |                                     |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 31-Cod.Proced.Princip.<br><b>0408020466</b>            | 30 - Procedimento Principal / Descrição:<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO</b> |                                     |
| 31-Cod.Procedi-<br>mento Especial<br><b>0702030619</b> | 32 - Descrição do Procedimento Especial:<br><b>MINI-PARAFUSO DE AUTO-COMPRESSAO</b>                    | Quant. Soli-<br>cidata:<br><b>1</b> |
| Fornecedor da OPM: <b>BIOSINTESE</b>                   |                                                                                                        |                                     |

|                                                                      |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 38-Profissional Responsável:<br><b>ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO</b> | 40-Tp. Documento:<br><b>CPF</b>                  |
| 39-Data Solicitação:<br><b>09/08/2019</b>                            | 40-No.Doc. Méd. Solic.:<br><b>838.230.773-68</b> |

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*FRATURA ESCAFÓIDE.*

AUTORIZAÇÃO

|                                                                     |                                           |                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                              | 47-Data Autorização:<br><b>09/08/2019</b> | 48-CNS/CPF:                                                                                                                                                             |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização:                              | 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)              |                                                                                                                                                                         |
| 50. Nome do Profissional/parecer controle<br>de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização:<br><b>09/08/2019</b> | 52-CNS/CPF:<br><b>Jose de Ribamar Santos Filho</b><br>Assessor de Auditoria - DRCA/FMS<br>CRM-PI-1888- CPF: 373.206.453-00<br>CNS 1706000533260002<br>(ALCINA OLIVEIRA) |





MÉDICO ASSISTENTE

MÉDICO ASSISTENTE

OBSERVAÇÕES

3704410000

---

---

---

---

---

---

100

100

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

[illegible]

**Abstract**

---

---

---

---

---

---

1

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

---

---

[illegible]



TAL DE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**NOME DO PACIENTE**

PACIENTE  
ETAB WIS BAYASA

## PRONTUÁRIO

CÓDIGO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLÍNICA  
Ortopédica

ENF. OU AP

## ENTO

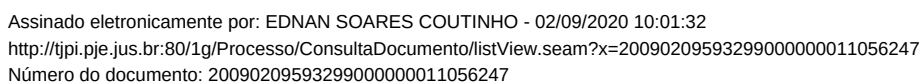
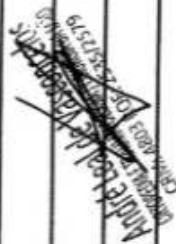
MÉDICO ASSISTENTE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

## HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

| NOME DO PACIENTE    |                   | PRONTUÁRIO | CLÍNICA    | ENF. OU AP | LEITO                   | MÉDICO ASSISTENTE |
|---------------------|-------------------|------------|------------|------------|-------------------------|-------------------|
| LUIZ ALBOSA         |                   |            | Ortopédica | 23416VT.   |                         |                   |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO | PRESCRIÇÃO MÉDICA |            |            | HORÁRIOS   | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |                   |
|                     |                   |            |            |            | OBSERVAÇÕES             |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            |            |                         |                   |
|                     |                   |            |            | </         |                         |                   |





NOME: Idelso Luis Barbosa da Silva PRONTUÁRIO: 334679 IDADE: 234 ANOS ENFERMARIA/LEITO: 234/EYT

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): ( ) MÍNIMOS ( ) INTERMEDIÁRIOS ( ) ALTA DEPENDÊNCIA ( ) SEMI-INTENSIVOS ( ) INTENSIVOS DATA: 09/08/2019

| SINAIS VITAIS |   |   |   |    |                     |            | ENTRADAS |       | SAÍDAS      |         |       |
|---------------|---|---|---|----|---------------------|------------|----------|-------|-------------|---------|-------|
| HORA          | T | P | R | PA | SAT. O <sub>2</sub> | GLIC. CAP. | HV       | HEIRO | SONDA/ ORAL | DIURESE | DRENO |
| 12            |   |   |   |    |                     |            |          |       |             |         |       |
| 18            |   |   |   |    |                     |            |          |       |             |         |       |
| 24            |   |   |   |    |                     |            |          |       |             |         |       |
| 06            |   |   |   |    |                     |            |          |       |             |         |       |

| ESCALA DE BRADEN:                                                                                                                 |                             | PONTOS: |  | CONTROLE: |  | MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X" |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|--|-----------|--|---------------------------------|--|
| 1. PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):<br>1-Totamente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma                                            | ALTO RISCO<br>ARI: <12      |         |  |           |  |                                 |  |
| 2. UMIDADE (Limitação):<br>1-Completamente / 2-Muito / 3-Parcialmente / 4-Nenhuma                                                 | MEDIO RISCO<br>ARI: 12 a 14 |         |  |           |  |                                 |  |
| 3. ATIVIDADE (Limitação):<br>1-Anda / 2-Cadeira rodas / 3-Anda Ocasionalmente / 4-Anda Frequentemente / 5-Anda Pouco / 6-Não anda | BAIXO RISCO<br>ARI: >14     |         |  |           |  |                                 |  |
| 4. NUTRIÇÃO (Limitação):<br>1-Muito pobre / 2-Insuficiente / 3-Adequada / 4-Excedente                                             |                             |         |  |           |  |                                 |  |
| 5. FRICÇÃO E CIRCULHAÇÃO (Limitação):<br>1-Problema / 2-Problema Moderado / 3-Nenhuma Problema                                    |                             |         |  |           |  |                                 |  |
| TOTAL:                                                                                                                            |                             |         |  |           |  |                                 |  |

| ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):                                                                                                  |  | PONTOS: |  | CONTROLE: |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--|-----------|--|
| 1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0                                                                                         |  |         |  |           |  |
| 2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0                                                                                      |  |         |  |           |  |
| 3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO:<br>Mobilidade / Paralela - 30 / Muletas / Rengue / Andador - 15 / Nenhum/Acamado/Ausílio Podológico - 0 |  |         |  |           |  |
| 4. TERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20 / NÃO - 0                                                                                            |  |         |  |           |  |
| 5. MARCHEIA:<br>Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas - 0             |  |         |  |           |  |
| 6. ESTADO MENTAL:<br>Superioridade cognitiva / Espaço limitado - 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade / Limitado - 0     |  |         |  |           |  |
| TOTAL:                                                                                                                             |  |         |  |           |  |

| EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                                        |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 1. Estado Mental: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Torporoso ( )<br>Glasgow: AG / RV / RM                                                                |  |  |
| 2. Locomoção: (X) Deambula ( ) Acamado ( ) Restrito ao leito por orientação ( ) Paratética ( ) Plegia ( ) Hemiparesia ( ) Déficit Motor                  |  |  |
| 3. Respiração: (X) Eupnéico ( ) Dispneico ( ) Taquipnéico ( ) TQT ( )<br>( ) Sem O <sub>2</sub> ( ) Com O <sub>2</sub>                                   |  |  |
| 4. Sistema Cardiovascular: ( ) JBNR ( ) JBNF ( ) 2T (X) Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Outros:                                       |  |  |
| 5. Dieta: (X) VO ( ) SNE/SNG ( ) SOE/SOG ( ) GTT ( ) NPT ( ) Dieta zero ( ) Boa aceitação ( ) Aceita Parcialmente ( ) Não aceita ( )                     |  |  |
| 6. Abdômen: (X) Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Flácido ( ) Rígido/Tenso ( ) Timpânico ( ) Doloroso ( ) Indolor ( ) Outros:                         |  |  |
| 7. Pele e mucosas: ( ) Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Ictérico ( ) Integro ( ) Edema/Anasarca ( ) Hidratado ( ) Lesões Bolhosas ( ) Escoriações ( ) LPPs |  |  |
| 8. Hidratação: ( ) JAVP ( ) JAVC ( ) JOutros:                                                                                                            |  |  |
| 9. Drenos: ( ) Suctor ( ) Torácico ( ) JOVE ( ) Kher ( ) Penrose ( ) Outros:                                                                             |  |  |
| 10. Diurese: (X) Espontânea ( ) Dispositivo Urinário ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Normal ( ) Reduzida ( ) Hematúria ( ) Outros:                                |  |  |
| 11. Evacuações: ( ) Presentes ( ) Constipado ( ) Diarreia ( ) Melena ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( ) Outros:                                           |  |  |
| 12. Admissão: 12.1: Alergias (X) Não ( ) Sim, Quais?                                                                                                     |  |  |
| 12.2: Cirurgia Anterior: ( ) Não ( ) Sim, Quais?                                                                                                         |  |  |
| 12.3: Comorbidades: (X) Não ( ) Sim, Quais?                                                                                                              |  |  |
| 12.4: Medicamentos de uso contínuo: ( ) HAS ( ) JDM ( ) JOutros, Quais?                                                                                  |  |  |
| 17:30 - Paciente admitido nesta clínica, no-<br>bedeira da SRPA no PS de emergência.                                                                     |  |  |



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - POS - OPERATÓRIO - SRPA**

NOME: JOÃO LUIZ B. SILVA IDADE: 30 anos DATA: 01/08/2011

HORÁRIO DE ADMISSÃO: 15h30min TIPO DE ANESTESIA: GERAL RAQUE:    BLOQUEIO:    PERIDURAL:    SEDACÃO:   

CIRURGIA REALIZADA: Osteotomia de crânio CIRURGIÃO:   

| SINAIS VITAIS                   | ADMISSÃO          | HORÁRIO | SAÍDA         |
|---------------------------------|-------------------|---------|---------------|
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | <u>124/68</u>     |         | <u>106/67</u> |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | <u>83</u>         |         | <u>62</u>     |
| SATURACÃO DE O <sub>2</sub> (%) | <u>97</u>         |         | <u>99%</u>    |
| TEMPERATURA AXILAR (°C)         | <u>  </u>         |         | <u>  </u>     |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   | <u>  </u>         |         | <u>  </u>     |
| NOME/MATRÍCULA                  | <u>João Silva</u> |         |               |

**ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK**

| ATIVIDADE MUSCULAR                                                                          | ADMISSÃO | SAÍDA    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| Movimenta os quatro membros                                                                 | <u>2</u> | <u>2</u> |
| Movimenta dois membros                                                                      | <u>1</u> | <u>1</u> |
| É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                                | <u>0</u> | <u>0</u> |
| É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente                                   | <u>2</u> | <u>2</u> |
| Apresenta dispnéia ou limitação da respiração                                               | <u>1</u> | <u>1</u> |
| Tem apnéia                                                                                  | <u>0</u> | <u>0</u> |
| PA em 20% do nível pré-anestésico                                                           | <u>2</u> | <u>2</u> |
| PA em 20-49% do nível anestésico                                                            | <u>1</u> | <u>1</u> |
| PA em 50% do nível pré-anestésico                                                           | <u>0</u> | <u>0</u> |
| Esta lúcido e orientado no tempo e espaço                                                   | <u>2</u> | <u>2</u> |
| Desperta, se solicitado                                                                     | <u>1</u> | <u>1</u> |
| Não responde                                                                                | <u>0</u> | <u>0</u> |
| É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente        | <u>2</u> | <u>2</u> |
| Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%                             | <u>1</u> | <u>1</u> |
| Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub> | <u>0</u> | <u>0</u> |

**ESCALA DE DOR ADMISSÃO**

**ESCALA DE DOR ALTA**

TOTAL: 09

ASS: Indelino 484.168

| SONDA VESICAL | DRENO DE SUÇÃO | DRENO TORACICO | DVE   | COLOSTOMIA | SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE |
|---------------|----------------|----------------|-------|------------|---------------------------|
| hs mL         | hs mL          | hs mL          | hs mL |            |                           |
| hs mL         | hs mL          | hs mL          | hs mL |            |                           |

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:**

Paciente admitido na SRPA em POE de  
osteotomia de crânio; segue calmo, consciente, aa.  
Enfª Indelino 484.168

**RAIO-X REALIZADO**  
 DATA: 01/08/11 HORA: 12:00h  
 TÉCNICO:   

**ESCRITURA MÉDICA**

ALTA SRPA: Antonio Cortez  
 Anestesiologista  
 CRM-PI 3.736

**CAMINHAMENTO** [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]

STO: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] MORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD [ ]





EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

ME: Stela Luis Barbosa Silva PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA/LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 09-08-19

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: ( ) MÍNIMOS ( ) INTERMEDIÁRIOS ( ) SEMI-INTENSIVOS ( ) INTENSIVOS

| SINAIS VITAIS                                                                            |   |   |   |    |        | ENTRADAS                   |                                                                                                                                                                              |      |             | SAÍDAS  |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|----|--------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|---------|-------|
| ORA                                                                                      | T | P | R | PA | SAT. O | GLIC. CAP.                 | HV                                                                                                                                                                           | HEMO | SONDA/ ORAL | DIURESE | DRENO |
|                                                                                          |   |   |   |    |        |                            |                                                                                                                                                                              |      |             |         |       |
| 12                                                                                       |   |   |   |    |        |                            |                                                                                                                                                                              |      |             |         |       |
| 18                                                                                       |   |   |   |    |        |                            |                                                                                                                                                                              |      |             |         |       |
| 24                                                                                       |   |   |   |    |        |                            |                                                                                                                                                                              |      |             |         |       |
| 06                                                                                       |   |   |   |    |        |                            |                                                                                                                                                                              |      |             |         |       |
| ESCALA DE BRADEN:                                                                        |   |   |   |    |        | CONTROLE                   | MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"                                                                                                                                              |      |             |         |       |
| PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):<br>Acumado/ 2-Muito/ 3-Levemente/ 4-Nenhuma             |   |   |   |    |        | ALTO RISCO<br>AR: <12      | <br> |      |             |         |       |
| UMIDADE (Molhado):<br>Completo/ 2-Muito/ 3-ocasionalmente/ 4-<br>semente                 |   |   |   |    |        |                            |                                                                                                                                                                              |      |             |         |       |
| ATIVIDADE:<br>Acumado/ 2-Cadeira rodas/ 3- Ando/Ocasionalmente/ 4-<br>dal/frequentemente |   |   |   |    |        | MÉDIO RISCO<br>MR: 12 a 14 |                                                                                                                                                                              |      |             |         |       |
| MOBILIDADE (Limitação):<br>Acumado/ 2-Muito/ 3-Levemente/ 4-Nenhuma                      |   |   |   |    |        |                            |                                                                                                                                                                              |      |             |         |       |
| NUTRIÇÃO:<br>Acumado/ 2-Inadequada/ 3-Adequada/ 4-Exceção                                |   |   |   |    |        | BAIXO RISCO<br>BR: > 14    |                                                                                                                                                                              |      |             |         |       |
| FRICÇÃO E CISALHAMENTO:<br>Acumado/ 2-Problema Potencial/ 3-Nenhuma/Problema             |   |   |   |    |        | CLASSIFICAÇÃO              | 21                                                                                                                                                                           |      |             |         |       |
| TOTAL:                                                                                   |   |   |   |    |        |                            |                                                                                                                                                                              |      |             |         |       |

| ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:                                                                                 |  |  | PONTOS: |  | CONTROLE:      |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------|--|----------------|-----------|
| HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0                                                                           |  |  | 0       |  | SEM RISCO      | SR: 0-24  |
| DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0                                                                        |  |  | 0       |  | BAIXO RISCO    | BR: 25-50 |
| AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO:                                                                                           |  |  | 0       |  | ALTO RISCO     | AR: > 51  |
| Tabuleiro / Parede - 30 / Muletas / Bergal/Andador - 15 / Nenhum/Acamado/Auiliado/Profissional/Saúde 0            |  |  | 0       |  | CLASSIFICAÇÃO: |           |
| TERAPIA ENDÓGENOSA: SIM - 20 NÃO - 0                                                                              |  |  | 0       |  | 20             |           |
| MARCHA:                                                                                                           |  |  | 0       |  | 52             |           |
| Impronehida / Instável - 30 / Fraca - 15 / Normal / Semideambulação, acamado, cadeira de rodas - 0                |  |  | 0       |  |                |           |
| ESTADO MENTAL:                                                                                                    |  |  | 0       |  |                |           |
| Impronehida/Incapacidade / Especto/Inteligência - 15 / Orientado / Capacitamento a sua capacidade / Limitação - 0 |  |  | 0       |  |                |           |
| OTAL:                                                                                                             |  |  | 0       |  |                |           |

- EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
- Estado Mental: ☒ Consciente ☐ Orientado ( ) Torporoso Glasgow:
  - Locomoção: ☒ Deambula ☐ Acamado ☐ Restrito ao leito por orientação ( ) Parêntese ( ) Plegia ( ) Hemiparesia ( ) Déficit Motor
  - Respiração: ☒ Supnêico ( ) Dispneico ( ) Taquipneico ( ) TQT ( ) Sem O<sub>2</sub> ( ) Com O<sub>2</sub>:
  - Sistema Cardiovascular: ( ) BNR ( ) JBNF ( ) J2T ( ) Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Outros:
  - Dietas: ☒ SNE/SNG ( ) SOE/SOG ( ) GTT ( ) NPT ☒ Dieta zero ( ) Boa aceitação ( ) Aceita Parcialmente ( ) Não aceita ( )
  - Abdômen: ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Flácido ( ) Rígido/Tenso ( ) Timpânico ( ) Doloroso ( ) Indolor ( ) Outros:
  - Pele e mucosas: ☒ Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Ictérico ( ) Integra ( ) Edema/Anasarca ( ) Hidratado ( ) Lesões Bolhosas ( ) Escoriações ( ) LPPs
  - Hidratação: ☒ JAVP ☒ JAVC ( ) Outros:
  - Drenos: ( ) Suctor ( ) Torácico ( ) JDOVE ( ) Kher ( ) Penrose ( ) Outros:
  - Diurese: ☒ Espontânea ( ) Dispositivo Urinário ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Normal ( ) Reduzida ( ) Hematúria ( ) Outros:
  - Evacuações: ☒ Presentes ( ) Constipado \_\_\_\_\_ dias ( ) Diarréia ( ) Melena ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( ) Outros:
  - Alergias ( ) Não ( ) Sim-Quais: 1ª Causa de alergia a Sina  
Enfermeira  
COREN: 149472



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

| NOME DO PACIENTE             |                                        | PRONTUÁRIO                                          | CLÍNICA   | ENF. OU AP            | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE                             |
|------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-------|-----------------------------------------------|
| ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA  |                                        | 331679                                              | Ortopedia | conceder              |       |                                               |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO          |                                        | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                   |           | HORÁRIOS              |       | OBSERVAÇÕES / ALERGIAS                        |
| FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO |                                        |                                                     |           |                       |       | NEGA DM E HAS                                 |
| 08/08/19                     |                                        |                                                     |           |                       |       | 18h Prescrito AUP com<br>feleco nº 20 - 100mg |
| 1                            | Dieta oral LIVRE                       |                                                     |           |                       |       |                                               |
| 2                            | SF 0,9% 1000 ml EV P/ 24H              |                                                     |           |                       |       |                                               |
| 3                            | Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h         | Lactação Diária<br>Visto Nutricional<br>GENIPI 4434 |           | 24.06.18              |       |                                               |
| 5                            | TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H     |                                                     |           | 24.06.18              |       |                                               |
| 6                            | Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS |                                                     |           |                       |       |                                               |
| 7                            | CCGG E SSW                             |                                                     |           |                       |       |                                               |
| 8                            |                                        |                                                     |           |                       |       |                                               |
| CLINICA AMVAP 7h - 13h       |                                        |                                                     |           | 13h - 17h             |       |                                               |
| DA RUA RUBEN                 |                                        |                                                     |           | Cirurgia 27 de Agosto |       |                                               |
|                              |                                        |                                                     |           |                       |       | 16.07                                         |



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

24: 331679

|                            |                                                |  |  |
|----------------------------|------------------------------------------------|--|--|
| Nome do Paciente           | ITALO LUIZ BARBOSA <del>(RUBEN)</del> DA SILVA |  |  |
| Diagnóstico pré-operatório | FRATURA ESCAFÓIDE (D)                          |  |  |
| Operação - Tipo            | OSTEOSSÍNTESE ESCAFÓIDE.                       |  |  |
| Cirurgião                  | 1º Assistente                                  |  |  |
| 2º Assistente              | 3º Assistente                                  |  |  |
| Instrumentador(a)          | Anestesia                                      |  |  |
| Anestésico(a)              |                                                |  |  |

|                  |        |     |
|------------------|--------|-----|
| Data da Operação | Início | Fim |
|------------------|--------|-----|

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Diagnóstico Pós-operatório |  |
|----------------------------|--|

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Relatório Imediato do Patologista |  |
|-----------------------------------|--|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Acidente Durante a Operação |  |
|-----------------------------|--|

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

- (1) PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO + SEDAR
- (2) ASSÉPSIA, ANTISSEPSIA + CAMPOS
- (3) REDUÇÃO INCRUENTA + PINAGEM PERCUTÂNEA COM PORAFUSO DO HERBERT 20. APÓS FIO GUIA
- (4) CONFERÊNCIA COM RADIOSCOPIA
- (5) SUTURA + CURATIVO + TALA

Mod. 76 HUT



**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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 331679)  
Endereço: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 19/01/1995 Idade: 24a6m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735075  
Requisição: 985554 Solicitação: 08/08/2019 Solicitante: MARIA DALLARA BARROSO E SILVA  
Controle: 1279879 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 08/08/2019

**PUNHO DIREITO**

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes no osso escafoide do carpo e no estiloide ulnar.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/08/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 331679)  
Endereço: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 19/01/1995 Idade: 24a6m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735075  
Requisição: 985554 Solicitação: 08/08/2019 Solicitante: MARIA DALLARA BARROSO E SILVA  
Controle: 1279878 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 08/08/2019

**MAO DIREITA**

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes no osso escafoide do carpo e no estiloide ulnar.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 13/08/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



# FOLHA DE ANESTESIA



|                                    |                                                      |                  |                |              |                     |
|------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------|----------------|--------------|---------------------|
| NOME DO PACIENTE                   |                                                      | UNIDADE DE SAÚDE |                |              |                     |
| DATA: 09/08/2019                   | P. ARTERIAL: 125x75                                  | PULSO            | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA  | Nº DE REGISTRO      |
| EXAMES DE SANGUE                   | GR. SANGÜÍNEO                                        | HEMATIMETRIA     | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | PESO ALTURA         |
| EXAMES DE URINA                    |                                                      |                  |                |              | GLICEMIA DOS. URÉIA |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA                |                                                      |                  |                |              |                     |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO               |                                                      |                  |                |              |                     |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO               |                                                      |                  |                |              |                     |
| SISTEMA DIGESTIVO                  |                                                      |                  |                |              |                     |
| ESTADO MENTAL                      |                                                      |                  |                |              |                     |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO         |                                                      |                  |                |              |                     |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)      |                                                      |                  |                |              |                     |
| APLICADO AS EFEITOS                |                                                      |                  |                |              |                     |
| AGENTES ANESTÉSICOS                | OXIGÊNIO                                             |                  |                |              | TOTAL DE DOSES      |
| LÍQUIDOS                           | SO-UTO 500<br>SANGUE 400<br>OUTROS 300<br>200<br>100 |                  |                |              | 3549,1 500uf        |
| TEMPERATURA                        | 38                                                   |                  |                |              |                     |
| P. ARTERIAL<br>V. O<br>PULSO       |                                                      |                  |                |              |                     |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA             |                                                      |                  |                |              |                     |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO              |                                                      |                  |                |              |                     |
| RESPIRAÇÃO                         |                                                      |                  |                |              |                     |
| SÍMBOLOS                           |                                                      |                  |                |              |                     |
| TÉCNICAS                           |                                                      |                  |                |              |                     |
| OPERAÇÕES                          |                                                      |                  |                |              |                     |
| CIRURGIÕES                         |                                                      |                  |                |              |                     |
| ANESTESISTAS                       |                                                      |                  |                |              |                     |
| CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS |                                                      |                  |                |              |                     |
| PARITICULARIDADES                  |                                                      |                  |                |              |                     |

MOD 76 - HUT





# 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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 331679)  
Endereço: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 19/01/1995 Idade: 24a6m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735075  
Requisição: 985578 Solicitação: 08/08/2019 Solicitante: MARIA DALLARA BARROSO E SILVA  
Controle: 1279935 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 08/08/2019

### TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/08/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





# 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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 331679)  
Endereço: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 19/01/1995 Idade: 24a6m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735075  
Requisição: 985578 Solicitação: 08/08/2019 Solicitante: MARIA DALLARA BARROSO E SILVA  
Controle: 1279933 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 08/08/2019

### OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/08/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





# 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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 331679)  
Endereço: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 19/01/1995 Idade: 24a6m27d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 244785  
Requisição: 985899 Solicitação: 09/08/2019 Solicitante: ANDRE LEAL DE VASCONCELOS  
Controle: 1280570 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 28

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 09/08/2019

### PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no osso escafoide do carpo fixada com parafuso metálico.
- Tala gessada.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

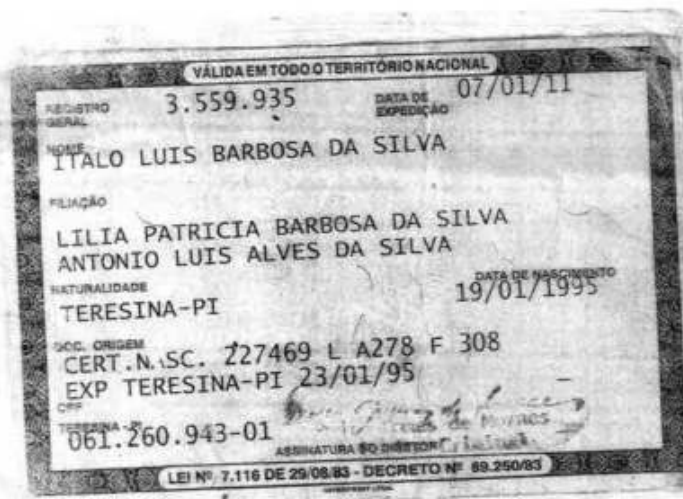
TERESINA - PI 15/08/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





[illegible]



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389059/19

Vítima: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

CPF: 061.260.943-01

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 08/08/2019

Titular do CPF: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

#### ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA : 061.260.943-01

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: 06/11/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190624569 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 08/08/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 13/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO. P8/14

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS. P7/15  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                   | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>punhos | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                            |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190624569 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 08/08/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 13/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO. P8/14

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS. P7/15  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                   | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>punhos | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                            |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Italo Luis Barbosa Da Silva  
 RG: 3.559.935 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 07/08/11  
 CPF: 061.260.943-01 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Vendedor  
 ENDEREÇO: R. Didaxo c Branco Nº: 1374  
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Parque Alvorada  
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64005-310 TELEFONE:

## OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSS/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14  
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: RECUSO  
 ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO Nº: 544  
 BAIRRO: CENTRO CIDADE: TERESINA UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Italo Luis Barbosa Da Silva

Data do acidente de trânsito: 08/08/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

1º OFÍCIO LOCAL / DATA: Teresina Piauí 23/09/19.  
ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

**SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO**  
 Rua David Cárdenas, 495 - Centro - Teresina - PI - CEP 64001-100  
 Contador: (91) 3221-0153 - Insc. com ar - 14892 Qual. com In  
 Bala: Maria Elizabeth Paiva e Silva Muller

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR. EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. TERESINA, 23/09/2019 13:02:54  
 SELO AAJ54890 - SRH9 CONSULTE A AUTENTICIDADE EM [www.tjpi.jus.br/portalexta](http://www.tjpi.jus.br/portalexta)

**SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO**  
 Notas - Registro de Imóveis 2ª Zona  
Louany Lima Coimbra-Melo  
 ESCRIVENTE AUTORIZADA  
 Teresina-Piauí

**OMBRA MELO - ESCRIVENTE**  
 15 077 MP - R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,36

GANTE (BENEFICIÁRIO).

utêntica e verdadeira

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389059/19

**Vítima:** ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

**CPF:** 061.260.943-01

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 08/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

#### ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA : 061.260.943-01

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: 06/11/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

