
Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190649715

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS 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

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190649715

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

Data do Acidente: 01/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000037342-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 009.025.203-93 4 - Nome completo da vítima: Francisco Das Chagas 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: Francisco Das Chagas Silva 6 - CPF: 009.025.203-93

7 - Profissão: Montador 8 - Endereço: RS Nova Alegria 00-5 Lote 16 9 - Número: 16 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Santo Antonio 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64028-407

15 - E-mail: chagaseguros2@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 ☐ 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: 0029 CONTA: 373427

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 - _____
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 19/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

6277

VALID DATE

10/24

FRANCISCO CHAGAS SILVA

0029 013 00037342-7

elc



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011061/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/11/2019 10:27 Data/Hora Fim: 19/11/2019 10:36
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 01/08/2019 19:00

561123

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: AVENIDA PRINCIPAL DO DIRCEU
Complemento: PRÓXIMO A PRAÇA DOS CORREIOS

Bairro: Itararé

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 12/04/1981
Profissão: Motorista Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: ANTONIA MARIA DA CONCEICAO Nome do Pai: MANOEL CLARINDO DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 009.025.203-93
RG - Carteira de Identidade: 2089651

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: QUADRA DIRCEU ARCOVERDE I Nº: 14
Complemento: Q 42
Bairro: ITARARE CEP: 64.077-120
Telefone: (86) 99818-7535 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 785.619.143-00	Placa PIU5634
Renavam 01131007724	Número do Motor E3L2E-043966
Número do Chassi 9C6KE1920E0009965	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor AZUL	UF Veículo Piauí



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 19/11/2019 10:36
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011061/2019

Município Veículo	Teresina	Marca/Modelo	YAMAHA/YBR125 FACTOR K
Modelo	YAMAHA/YBR125 FACTOR K	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido
Última Atualização Denatran	26/03/2019	Situação do Veículo	NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA	Possuidor		
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon		
Descrição	NÃO IDENTIFICADO	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Desconhecido 1	Possuidor		

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MENCIONADA, PROPRIEDADE DE IRAMILTON DE FREITAS LIMA E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO QUE TRANSITAVA NA MESMA VIA E SENTIDO FEZ UMA MANOBRA INDEVIDA DE MUDANÇA DE FAIXA PROVOCANDO A COLISÃO COM MOTO DO COMUNICANTE, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU (CHAMADO 124) E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA (PRONT. 294724). DECLARAÇÕES DA COMUNICANTE, QUE O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT.

ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Junior
Agente de Polícia
Matrícula 8094781
Responsável pelo Atendimento


FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origin, conforme previsto nos Artigos 338-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 009.025.203-93 3 - CPF da vítima: 009.025.203-93 4 - Nome completo da vítima: Francisco Das Chagas 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: Francisco Das Chagas Silva 6 - CPF: 009.025.203-93
7 - Profissão: montador 8 - Endereço: R. Nova Alegria 00-5 Casa 16 9 - Número: 16 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Santo Antonio 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64028-427
15 - E-mail: lchagasseguros@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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 373427
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/foi reser? ☐ 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 Lider 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

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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 Nº do chamado 129	02 Data do chamado 01/08/19	03 PRO (código) 29070	04 Saída do PA 1930	05 Chegada ao local
	06 Saída do local 1953	07 Chegada ao 1º hospital 20:00	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Principal	11 Bairro D. J. C.	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Fica no Concelho				
Dados do Paciente	14 Nome F. das Chagas Silva	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	16 Idade 12048		
	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 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 2	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 Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. SatO2
	25 Local da lesão 				
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intensa	
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Prancha longa/curta Imobilização de extremidades Oxigênio Colar cervical Reanimação cardiopulmonar Curativos Kred Assistência obstétrica				
	32 Hospital de Destino HUP				
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado				
	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte				
Part. vítima de acidente automobilístico, com lesão no períneo, suspeita de fratura no M.E. (tibia) consciente e orientado. CONFERE COM O ORIGINÁRIO Marília Veloso Cantonheira Gerente Administração SAMU					
Responsável pela recepção Eduardo Campê		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Conductor	



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 35 3218 5443

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-93

NEURO OK
ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA			Imp: 01/08/2019 20:21:34
Mãe:	ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO			(User: MOISES SA)
Pai:	MRWOEL CLARINDO DA SILVA			(Estatão: CONSULPA03)
End.Resid.:	QD. 42 CASA 14 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			Prontuário: 294724
Nascimento:	12/04/1981	Idade:	38a3m19d	Sexo: Masculino
Responsável:	FRANCISCO DAS CHAGAS			Fone: 86- 3233-6918
Profissão:	MONTADOR			CNS: 708604038095481
G. Instrução:	Médio Completo			Documento: CPF: 009.025.203-93
				E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	734040	Entrada:	01/08/2019 20:05:09	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEIDAS	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco:	EDUARDO MELO CAMPELO COREN PI 136.439 Em: 01/08/2019 20:18:01	
ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MIE		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	4,00 Kg	Altura:	0,00 m	IMC:	0,00 kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Pot vítima de acidente motociclistico, trazido pelo SAMU, encontra-se consciente, orientado e cooperativo. Prefere ingestão de bebida alcoólica. Nega vômitos, otorrágia, epistaxe e cefaleia. Refere dor em MIE.

A: vias aéreas pervias, com uso de colar cervical e prancha rígida.

B: MV + bilateralmente, sem RA. SaO2 = 96%

C: AC: BNF, RR em 2T, S/S. Abdome flácido e inerte, pelve estável; pulso 121

D: Glasgow 15, pupilas iso-foto.

E: MIE imobilizado com dor à palpação.

Diagnóstico Inicial:	01/08/19	CID:
----------------------	----------	------

Exames Complementares:

- (1274685) - T.C. DE CRÂNIO
- (1274686) - PERNA ESQUERDA
- (1274687) - TORNOMELO ESQUERDO

Prescrição Médica:

S823	DATA	IZADO
0408030300	TÉCNICO:	HORA

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)	DATA:	HORA:
---------------------	-------	-------

Assinatura Paciente ou Responsável

MOISÉS FRANCO AMORIM VESTRA
CRM 6780 PI Em: 01/08/2019 20:21:34
SAP: 0:20:13:30
SE COM O ORIGINAL

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: 02/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000037342-7

Nr. da Autenticação 81A086313B23519C



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

PARA CONTAR
CONOSCO, PRECISAMOS
DO SEU NÚMERO

SEU CONTRO
1566630-1

Nº da Nota Fiscal 029350696

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

CONTA MÊS
NOVEMBRO/2019

VENCIMENTO
00-11-2019

CONSUMO (kWh)
245

TOTAL A PAGAR (R\$)
253,90

FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA
RS NOVA ALEGRIA S/N QD 5 CASA 16 SANTO ANTONIO
CPF: 00000902520393

CPF: 00000902520393 - TERESINA

DATAS DA LEITURA

Atual:	Anterior:	Atual:	Anterior:
	5633		01/11/2019
Constante de Multiplicação:	5388	Próxima Leitura:	02-10-2019
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	03-12-2019
Consumo Faturado:	245	Apresentação:	01-11-2019
Forma de Faturamento:	245 de Irregular - ECAH	Dias de Consumo:	01-11-2019

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fed.	Média 12 meses
NORMAL					30

RESIDÊNCIA	MONO	A1848969	DESCRIÇÃO DA CONTA	1.1.1	194
Mês/ano consumo					

	CONSUMO	245 A R\$ 0,938816 =	230,00
OUT/19	251	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	18,55
SET/19	237	MULTA POR ATRASO DE 10/19-00	0,39
AGO/19	181	MULTA POR ATRASO 10/19-00	4,88
JUL/19	177	JUROS POR ATRASO 10/19-00	0,08
JUN/19	214	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	3,54
MAI/19	173	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,34
ABR/19	190		
MAR/19	167		
FEV/19	179		
JAN/19	160		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 245 - 0,631199

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 01-11-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você tem até 05 dias antes do vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes de cancelar por meio das mesmas opções de atendimento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	082F.E152.DD17.6428	2465	3248.33AB.B3C6				
Energia:				Alíquota ICMS:			
Transmissão:	45,24			Valor do ICMS:	230,00	167,90	
Encargos:	87,40			Valor do PIS:	27,00%		
Tributos:	14,78			Valor do COFINS:		62,10	
	7,23	INDICADORES DE CONTINUIDADE	1,40%			2,36	
	75,35			PIC	6,49%	10,89	
Limite							
Realizado							
Conjunto	5,08	10,15	20,30	3,43	6,86	13,70	2,86



Para contato
compreco, informe
o seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

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 9-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS VENCIMENTO
OUTUBRO/2019 31/10/2019
CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
394 411,88

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	21824	Atual: 24/10/2019
Anterior:	21430	Anterior: 24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 25/11/2019
Consumo Medido:	394	Emissão: 23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação: 24/10/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh	Descrição da Conta	
Máximo consumo		
SET/19 368	CONSUMO 394 A R\$ 0,944936 =	372,30
AGO/19 285	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	30,03
JUL/19 222	MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00	0,57
JUN/19 205	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00	0,13
MAI/19 204	MULTA POR ATRASO 09/19-00	7,18
ABR/19 178	JUROS POR ATRASO 09/19-00	1,67
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	4,70
FEV/19 297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,12
JAN/19 365		
DEZ/18 57		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 - R\$ 555,10

VERIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO - MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Verifique aqui o status de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 e 25, entre em contato por meio das opções acima de atendimento.
RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.84BF.0DDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 73,20	Base de Cálculo: 372,30
Energia: 141,48	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 23,93	Valor do ICMS: 100,52
Encargos: 11,71	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 121,98	Valor do COFINS: 6,49%

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			DMC	DS-10
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Composto: TERESINA-MACALÉIA Período de observação: 08/2019 Valor: 100,93

ROT: 17.001.31.11.020500



SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$
0051869-7 411,88
MÊS FATURADO VENCIMENTO
10/2019 31/10/2019

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

Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

83650000004 4 11880017000 3 000000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT. LEIT.: 24/10/2019 F. ENTR.: 09
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010
DT. VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² 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 Francisco Das Chagas Da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 009.025.203/93, do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima
Francisco Das Chagas Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.025.203/93, 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
Rua 24 De Janeiro		544	Sala
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Teresina	PI	64000-235
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			(86) 99534-6565

Teresina, 20 de Novembro de 2019
Local e Data

x Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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, IRAMILTON DE FREITAS LIMA

RG nº 450674959

data de expedição 16/06/1995

Órgão SSP/MA

portador do CPF nº 785 619 143-00

com domicílio na cidade de TERESINA - PI

no Estado de

PIAUÍ

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Q 6 C-23 RESIDENCIAL VILANOVA

nº

complemento AROEIRA

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

cujo o condutor era

FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

Veículo: MOTO

Modelo: YAMAHA YBR 125 FACTOR K

Ano: 2014

Placa: PEU 5639

Chassi: 9C6KE1920E0009965

Data do Acidente: 01/08/2018

Local e Data: TERESINA EM: 18.11.19

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 2ª Circunscrição - Teresina - Piauí
Teresina - PI - CEP 64.040-507 / fone: (085) 3304-2130 e-mail: cartoriohpi@gmail.com
Bel Marysley de Oliveira Souza / Talita Moreira / Rômulo de Almeida / FAPVCE/ESP/2ª Teresina-Piauí

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE IRAMILTON DE FREITAS LIMA, EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ.
TERESINA, 18/11/2019 16:38:47
SELO AAN02444 - X76L CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portalextra



Consulte 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° de chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança
	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
Exame Físico	26 Pupilas		27 Pulso Radial		28 Sangramento
	29 Dor		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
Assistência	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	35 Observações Interdisciplinares		36 Responsável pela recepção		37 Socorristas



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Isolina dos Chagas Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 234324

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.

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula 47490
SAH HUT
CONFERE COMO ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.512.917/0001-92

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

Prontuário: 294724

Mãe: ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: MANOEL CLARINDO DA SILVA

End.Resid.: QD. 42 CASA 14 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 12/04/1981

Idade: 38a3m19d

Sexo: Masculino

Fone: 86- 3233-6918

Responsável: FRANCISCO DAS CHAGAS

CNS: 708604038095481

Profissão: MONTADOR

Documento: CPF: 039.025.203-93

G. Instrução: Médio Completo

E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 734040

Entrada: 01/08/2019 20:05:09

Convênio: S U S

Proced: 0301060029

Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

Amarelo

QUEIXAS

Dor moderada

Breve História Clas. Risco:

ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MIE

EDUARDO MELO CAMPELO

COREN PI 136.439

Em: 01/08/2019 20:18:21

SSVV:

(Hora: :)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Pct vítima de acidente motociclistico, trazido pelo SAMU, encontra-se consciente, orientado e cooperativo. Refere ingestão de bebida alcoólica. Nega vômitos, otorragia, epistaxe e cefaleia. Refere dor em MIE.

A: vias aéreas pervias, com uso de colar cervical e prancha rígida.

B: MV + bilateralmente, sem RA. SaO2 = 96%

C: AC: ENF, RR em 2T, S/S. Anconeus flácido e inerte, palpe estável; pulso 121

D: Glasgow 15, pupilas iso-foto.

E: MIE imobilizado com dor à palpação.

Dr. Eduardo M. Raulino Neto
Proctologia / Cir. Geral

Diagnóstico Inicial:

D
E

01/08/19
Lr
6 P.12

CID:

Exames Complementares:

(1274685) - T.C. DE CRÂNIO

(1274686) - PERNAS ESQUERDA

(1274687) - TORNZELO ESQUERDO

Prescrição Médica:

S823

0408030300

DATA

TÉCNICO:

HORA

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA
CRM 6780 PI Em: 01/08/2019 20:58

SAV 10:44
SERE COMO ORIGINAL

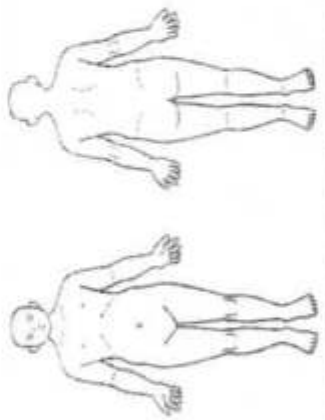
ESCALAS DE GRAU DE DEPENDÊNCIA E AVALIAÇÕES DE RISCO

NOME: Francisco dos Santos PRONTUÁRIO: 33777 IDADE: ENFERMARIA/LEITO:

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () ALTA DEPENDÊNCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 27/08/2012

SINAIS VITAIS					ENTRADAS			SAÍDAS	
HCRA	T	P	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO ORAL	DIURESE	CRENO
12									
18									
24									
06									

ESCALA DE BRADEN		ALTO RISCO AR: < 12	MEDIO RISCO MR: 12 a 14	BAIXO RISCO BR: > 14	CLASSIFICAÇÃO
1. PERCEÇÃO SENSORIAL (Limitação) 1- Totalmente 2- Muito 3- Levemente 4- Nenhum					
2. MOVIMENTO (Limitação) 1- Totalmente 2- Muito 3- Levemente 4- Nenhum					
3. ATIVIDADE (Limitação) 1- Totalmente 2- Muito 3- Levemente 4- Nenhum					
4. TRANSFERÊNCIA (Limitação) 1- Totalmente 2- Muito 3- Levemente 4- Nenhum					
5. CONTINÊNCIA (Limitação) 1- Totalmente 2- Muito 3- Levemente 4- Nenhum					
6. COGNIÇÃO (Limitação) 1- Totalmente 2- Muito 3- Levemente 4- Nenhum					
7. NUTRIÇÃO (Limitação) 1- Muito pobre 2- Moderada 3- Adequada 4- Excelente					
8. FRICÇÃO E CORTAMENTO (Limitação) 1- Problema 2- Problema Potencial 3- Nenhum Problema					
TOTAL:					
ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):					
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0					
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0					
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilidade (Pentele) - 30 / Muletas (Bengala/Auxiliar) - 15 (Nenhuma/Auxiliar/Audifoneo/Profissional Saúde) - 0					
4. TERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20 NÃO - 0					
5. MARCHA: Comprometida - 30 / Fraca - 15 / Normal / Saneada/Deambulação, acamado, cadeira de rodas - 0					
6. ESTADO MENTAL: Superfaturação/capacidade / Esquecimento / Orientação / Capacidade e capacidade / Limitação - 0					
TOTAL:					



EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso () Glasgow: AO/RV/RM =	
2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrição de locomoção () Paratetraparesia () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor	
3. Respiração: () Eupneico () Dispneico () Taquipneico () TQT () () Sem O ₂ () Com O ₂ :	
4. Sistema Cardiovascular: () BNP () BNF () J2T () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:	
5. Dieta: () VO () SNE/SNC () SCE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceitação parcial () Náusea () Vômito	
6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:	
7. Pele e mucosas: () Normocorada () Hipocorada () Ictérico () Integra () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriações () LPPs	
8. Hidratação: () JVP () JAVC () Outros:	
9. Drenos: () Suctor () Torácico () JVE () Kher () Penrose () Outros:	
10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros:	
11. Evacuações: () Presentes () Constipação () Diarréias () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:	
12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais?	
12.2: Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais? Data?	
12.3: Comorbidades: () Nega () SIM () HAS () Outros, Quais?	
12.4: Medicamentos de uso contínuo:	
<u>Não. Admitido no 1º, com uma</u> <u>ferida de 1cm de comprimento, com</u> <u>um pouco de sangue, sangue</u> <u>na urina com sangue, sangue</u> <u>na urina.</u> <u>Sobretudo de 1cm de comprimento</u> <u>na urina.</u>	

OME Maneiro das chagas felix IDADE anos DATA 02/08 /2019

ORÁRIO DE ADMISSÃO 15 hs 02 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () TRAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

IRURGIA REALIZADA osteotomia de tibia CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

ADMISSÃO

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

SATURAÇÃO DE O₂ (%)

TEMPERATURA AXILAR (°C)

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/ MATRÍCULA

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ADMISSÃO

SAÍDA

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

Movimenta dois membros

1

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

1

Tem apnéia

0

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

PA em 20-49% do nível anestésico

1

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

2

Desperta, se solicitado

1

Não responde

0

É capaz de manter saturação de O₂ maior de 92% respirando em ar ambiente

2

Necessita de O₂ para manter saturação maior que 90%

1

Apresenta saturação de O₂ maior que 90%, mesmo com suplemento de O₂

0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR



TOTAL

ASS.

() Sonda Vesical

() Dreno de Sucção

() Dreno Torácico

() 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 tibia; segue curativo; hemodinâmico; a.c.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

Flávia C. M. Nogueira
Anestesiologista
CRM-PI 5812

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO () 11 () 12 () 13 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 14 () QUEIM. CLÍNICA () PED. MORT () NEU () CIR () MÉD ()

#NEUROCIRURGIA 12 01/02/19, 20:20h

TCE. Glasgow 15.

TC de crânio: Linha média típica; sulcos e cisternas preservadas;
sem hemorragias.

cd.: Sem conduta neurocirúrgica

Dr. João Augusto Félix
Neurocirurgia
CRM-PI 2308

01/08/2019.

Relatório de Siquiente de
Trefeço nos 1 dia e 2 dias de
Na Siquente
- Roberto E. Freitas Trefeço E.
L. H. H. - Unifor.
TASA Unifor.

João Augusto Félix
Neurocirurgia / Traumatologia
CRM-PI 2308

Joana Luísa de Jesus da Mota
Médica - 47.580
SAU - HUT
CONFERE



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente			Francisco dos Reis S. Jr		
Diagnóstico pré-operatório			Fr. de fr. de fêmur E		
Operação - Tipo			Osteotomia e fixação		
Cirurgião		1º Assistente			
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador(a)		Anestesiologista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					
O. m.					

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Incisão em S na região
2. Mobilização de pele e tecido subcutâneo
3. Exat. de fr. de fêmur em fêmur E
4. Suturas de pele e tecido subcutâneo
5. Suturas e fixação do fêmur com placa DP e parafusos 4,5
6. Propriedade com + drenagem de sangue 32
7. Sutura 7-0 e pele + pontos

Dr. [Assinatura] 3063
3063

Joana Lúcia [Assinatura]
Núcleo de Anestesia
SAE - HUT
COORDENADOR



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/08/19

NOME DO PACIENTE: <i>Francisco da Costa Silva</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>294724</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Em defesa de Vito</i>	CIRURGIA: <i>Dois e plac. Ruptura</i>
ANESTESIA: <i>Loque</i>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <i>Dr. Almeida</i>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <i>Dra. Vivian</i>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <i>Benedita</i>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		CREPON	UNID.	43	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		<i>Drum Victor 3-2</i>	UNID.	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON Nº 2.0	UNID.	01					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 0	UNID.	01		CIRCULANTE: <i>Caemilda</i>			
PROLENE		—					

Joana Lúcia Mendes de Albuquerque
Núcleo de Registro
SAÚDE - HUT
CONFERE CUIDADO



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

1796

CNPJ: 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax: 3221-0318 CEP: 64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

**Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais
Especiais - OPM**

061

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Francisco das Chagas Silva

Nº AIH 244323

Nº PRONTUÁRIO 294724

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE D702030902

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME Dr. Wilmarildo

CRM Nº

CPF Nº

DATA INTERNAÇÃO

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

02.08.2019

MATERIAL UTILIZADO

CÓDIGO OPM
(Tabela SUS)

QUANT.

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL
(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)

01

Placa DCP Estreita 4.5mm

03

Parafusos corticais

DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA:

Spine medical

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM 02.08.2019

EM _____

Médico Responsável
(Assinatura e carimbo)

Responsável pela autorização
(Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor, 3ª via - Processo de pagamento.



* Identificação do Estabelecimento de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

38-Profissional Responsável: YURI JIVAGO FELIX	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 02/08/2019	40-No. Doc. Med. Solic.: 001.663.217-61	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITACAO

For $\alpha \in \mathbb{R}$ define $\mathbb{E}_\alpha$

AUTORIZAÇÃO

50- Nome do Profissional/parecer, controle de avaliação/auditoria	51- DATA AUTORIZAÇÃO: 03 / 09 / 19	52-CNS/CPF: Antônio Carlos Assessor de Auditoria Fiscal/FMS CPF: 013.084.233-26 53-Ass.Carim. (Ass. Conselho)
--	--	--

(ANTONIO EURIVAN)

Joanna Lukaszuk
Mentor
SAE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

229151

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código de Internação
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
1- Nome do estabelecimento executor:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	24432

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome:	FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA		
7- CNS:	706604038035491	8- Nascimento:	12/04/1981
11- Mãe:	ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO		
12- Resp:	FRANCISCO DAS CHAGAS		
13- Endere:	QD. 42 CASA 14 - DISCU AFROVERDE - CEP: 64000-010		
16- Munic:	TERESINA		
17- Cod. IBGE:	221100	18- UF:	PI
19- CEP:	64000-010		
6 - Prontuário:	294724		
CPF:	009.025.203-93		
12- Fone:	86- 3233-6918		
14- Cor:	Sem Informação		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

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

Doença de fratura e
diagnóstico de fratura
de fratura

Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24- CID Prim: 8822 25- CID Sec.: 26- CID C. Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18- Cod. Proced.:	27- Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
0408050500	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	4
29- Clínica:	30- Caráter: Ident.: 31- Docum.: 32- Doc. Méd. Solic.:	
	02 01 CPF 001.663.217-61	
33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34- Data Solicitação:	
YURI JIVAGO FELIX	01/08/2019	
35- Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de trânsito	37- Data do acidente:	40- No. Bilhete:	41- Série:
38- () Acidente Trabalho Típico	42- CNES Empresa:	43- CNES Empresa:	44- CBOR:
39- () Acidente Trabalho Típico			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47- Data Autorização:	50- Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	03/09/19	
48- Documento:	49- Num. Documento:	
() CNS () CPF		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		
Maria Antonia da Silva		
Usuário: (FLAVIA MENDES)		
Consulta Local: 734040		
Consulta SUS:		
Impressão: 01/09/2019 14:00		

Antônio Castela Júnior de Deus
Assessor de Auditoria - ORCAA/FMS
CRM-PI 45717-0/013.094.233-26
CNS 98001588016402

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 229151
	AIH: 2219101778300
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 709604053095481	NOME DO PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA	NASCIMENTO 12/04/1981	SEXO M	PRONTUÁRIO 294724
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 989600005	NOME DA MÃE ANTÔNIA MARIA DA CONCEIÇÃO	RESPONSÁVEL MARIA ANTONIA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO Q 42 C 14	NUMERO / LOTE SN		
BAIRRO DIRCEU ARCOVERDE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA MOTOCICLISTICO, TRAZIDO PELO SAMU, ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO E COOPERATIVO. REFERE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA, NEGA VÔMITOS, OTORRAGIA, EPITAXE E CEFALEIA. REFERE DOR EM MIE. A: VIAS AEREAS PERVIAS, COM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA. B: MV + BILATERALMENTE, SEM RA. SADO = 96% AC, BNF, RR EM 27, S/S. ABDOME FLACIDO E INOCENTE, Pelve ESTAVEL; PULSO 121/D. GLASGOW 15, PUPILAS ISO-CÓTIAS; MIE IMOBILIZADO COM DOR A PALPAÇÃO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGICA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO, RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 040050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA		
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) YURI IVAGO FELIX CPF: 00168331751	
CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 01/06/2019	CRM:
DATA ADMISSÃO 01/06/2019 20:05	DATA ALTA 07/06/2019 09:00	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FRANCA PATRICIA CHAVES CPF: 2967141106	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPM DATA ANÁLISE
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

João Luis...
M...
S...
CONFERE...



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Cyba 1828 - Resende - Fone: 35 3218 3443

TERESINA-PI CEP: 64017-170 - E-mail: 35.322.917/0021-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA** (Prontuário: 294724)
 Endereço: OD. 42 CASA 14 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 12/04/1981 Idade: 38a3m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734040
 Requisição: 583095 Solicitação: 01/08/2019 Solicitante: MOISÉS FRANÇO AMORIM VIEIRA DE SA
 Controle: 1274555 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/08/2019

T.C. DE CRÂNIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULTI-PLANO, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 02/08/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

Joana Lúcia
 May 2019 / 7340
 CONFERE C...



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA** (Prontuário: 294724)
Endereço: QD. 42 CASA 14 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/04/1981 Idade: 38a3m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734040
Requisição: 963096 Solicitação: 01/08/2019 Solicitante: MOISES FRANCO AMORIM VIEIRA DE SA
Controle: 1274686 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060165

Data Exame: 01/08/2019

PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas obliquas completas nas diáfises distais da tibia e fíbula.

LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 07/08/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Joana Lúcia Brito da Mota
Médica
SAPE - HUT
CONFERE COM O ORT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redenção - Fone: 3210 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA** (Prontuário: 294724)
 Endereço: QD. 42 CASA 14 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP. 64000-010
 Nascimento: 12/04/1991 Idade: 38a3m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734040
 Requisição: 983096 Solicitação: 01/08/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
 Controle: 1274687 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060037

Data Exame: 01/08/2019

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em
 pa/pérfil.

Os seguintes aspectos observados:

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

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 07/08/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

José Luis Almeida
 Médico
 SAM 5-0000
 CONFERE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Cícero Tito 1820 - Redenção - Edm: 88 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-070 CNPJ: 05.521.917/0002-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA** (Prontuário: 294724)
Endereço: QD. 42 CASA 14 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/04/1981 Idade: 38a3m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 244323
Requisição: 963404 Solicitação: 02/08/2019 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 1275388 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

Cod. SIA: 0204060168

RELATÓRIO:

Data Exame: 02/08/2019

PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas obliquas completas recentes alinhadas na diáfise dos ossos da perna com presença de placa e parafusos metálicos na tibia.
- Aumento de volume das partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

João Medeiros
SANE-1977
CONFETE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1235108115	NOME FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF 2089651 SSP PI
	CPF 009.025.203-93
	DATA NASCIMENTO 12/04/1981
	FUNÇÃO MANOEL CLAUDIO DA SILVA ANTONIA MARIA DA CONCEICAO
1235108115 PROVISOR PLASTIFICADA	PERMISSÃO AD
	Nº REGISTRO 03203332065
	VALIDADE 05/11/2020
	F. HABILITAÇÃO 12/05/2011
	OBSERVAÇÕES HABILITADO P/ TRANSPORTE PRODUTOS PERIGOSOS HABILITADO P/ TRANSPORTE COLETIVO PASSAGEIRO APTO PARA TRANSPORTE REMUNERADO
1235108115	ASSINATURA DO PORTADOR <i>Francisco das Chagas Silva</i>
	LOCAL TERESINA
	DATA DE EMISSÃO 22/12/2015
	82748461897 PI316388599
	ASSINATURA DO EMISOR <i>Arão Martins do Lago</i> DIRETOR GERAL DE LICENCIAMENTO
DETRAN-PI (PIAUI)	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 013937089550 Nº 013937089550
CERTIFICADO DE REGISTRO E CANCELAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1131007724 R.N.T.A.C. 2019

IRAILTON DE FREITAS LIMA

78561914300 PLACA PIU-5634

9C6KE1920E0009965

PAS/MOTOCICLO/NEHUMA GABOLINA

YAMAHA/YBR125 FACTOR K 2014 2014

002P/124CC PARTIC AZUL

1º IPVA 2º 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICOES

TERESINA 8/5/2019

ANEXO 17/2019 DO DETRAN - PI
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS, OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013937089550 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 78561914300 CPF / CNPJ PLACA PIU-5634

1131007724 YAMAHA/YBR125 FACTOR K

2014 09 9C6KE1920E0009965

PREMIO TARIFARIO

36,04 4,00 40,04

4,15 0,32 84,58

X COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITACAO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0409216/19

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

CPF: 009.025.203-93

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/08/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS
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

FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA : 009.025.203-93

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 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: 21/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
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: 3190649715 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA **Data do acidente:** 01/08/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS P.7,8)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190649715 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA **Data do acidente:** 01/08/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS P.7,8)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Francisco Das Chagas Silva			
RG: 2089 651	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 22/12/14	
CPF: 009.025.203-93	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO: Montador	
ENDEREÇO: RS Nova Alegria S/N QD-5 C-16	Nº: 16		
COMPLEMENTO: Casa	BAIRRO: Santo Antonio		
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64028-427	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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Francisco Das Chagas Silva

Data do acidente de trânsito: 03/08/2019

Cobertura da vítima: Imobilidade

LOCAL / DATA: TERESINA - PI 19.11.19

x Francisco das Chagas Silva

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
José Hamilton A. Cardoso
Escritor Autorizado
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Llanito Nogueira, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina/PI - Fone: (86) 3221-0100 - E-mail: sanderson@cartorio3pi.com.br
Tribunal Antártica Genética de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 19/11/2019. Selo: AAM77012-LJEX
www.tjpi.jus.br/portalestra

Jose Hamilton Alves Cardoso-Escritor Autorizado

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL