
Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200055628

Vítima: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200055628

Vítima: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

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: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 004

Agência: 00000056

Conta: 000002911-7

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 817 778 761 68 3 - CPF da vítima: 817 778 761 68 4 - Nome completo da vítima: Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira 6 - CPF: 817 778 761 68
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: R. D. Costa 12 Pq. Fátima Filho 9 - Número: 19 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Maria da Calpi 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012 377
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86 99423 8073

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 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 POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: 056 CONTA: 2911

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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/fetossos? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000262/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora início do Registro: 06/01/2020 13:58 Data/Hora Fim: 06/01/2020 14:23
Delegado de Polícia: Erika Mourão Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato(s): Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 30/10/2019 17:20

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: Avenida Presidente Kennedy

Bairro: Piquarreira
Nº: 3736
CEP: 64.058-310

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: PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA (VÍTIMA - COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Nacionalidade.PI: Livre de Trânsito Sexo: Masculino Nascimento: 12/10/1976
Profissão: Motorista
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Joaquina Rodrigues dos Santos Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 617.778.761-68

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: QUADRA D - CASA 19
Bairro: SANTA MARIA

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

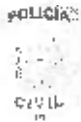
Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoceta
CPF/CNPJ do Proprietário: 396.130.623-00	Placa: PID7555
Renavam: 01065107487	Número do Motor: JC41E1E407838
Número do Chassi: 9C2JC4110ER407838	Ano/Modelo Fabricação: 2014/2014
Cor: VERMELHA	UF Veículo: PI
Município Veículo: Teresina	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralício Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 06/01/2020 14:24
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000262/2020

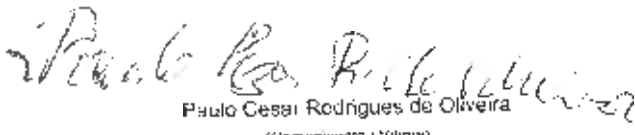
Última Atualização Denatran: 07/08/2014	Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido:	Envolvimentos:
Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VÍTIMA QUE TRAFEGAVA EM ENDEREÇO CITADO, QUE DEVIDO PERSEGUIÇÃO DE DOIS INDIVÍDUOS A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO E COLIDIU COM UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO. SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT. DECLARAÇÕES PRESTADA PELA VÍTIMA.

ASSINATURAS


Almiralício Ribeiro Lebre Carlos
Escrivão
Matrícula 0097616
Responsável pelo Alargamento


Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira
(Comunicante - Vítima)

*Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) responsável pelas informações contidas neste boletim de ocorrência e assumo a responsabilidade pela veracidade das informações prestadas, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 339 do Código de Processo Penal e no artigo 339 do Código de Processo Civil.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 817 778 761 68 3 - CPF da vítima: 817 778 761 68 4 - Nome completo da vítima: Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira 6 - CPF: 817 778 761 68
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: R. D. Costa 12 Pq. Fátima Filho 9 - Número: 19 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Maria da Calpi 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: P. 14 - CEP: 64012 377
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86 99423 8073

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 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 POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine 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: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: 056 CONTA: 2911 7
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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/futuro(a)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - 03/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00056

CONTA: 000000002911-7

Nr. da Autenticação 152226D6647E7199



AGUAS DE

TERESINA

CNPJ: 07.123.456/0001-00 - 08 219900174
Av. Prof. Camilo Filho, 2900, Tefes em Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ext 115 / (86) 98124-31391-01-019
20/05/2019

14867894-6

1985343
16/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR JOZIANE CASTRO OLIVEIRA
PROPRIETÁRIO: JOZIANE DOS SANTOS CASTRO OLIVEIRA
PAR FIRMINO FILHO B SANTA ROSA Q---D-CASA-019-STA MARIA DA
CODIPI-TERESINA-PI-cep:64012377

LOCALIZAÇÃO
018-00005-006135

GRUPO
018

NÚMERO DE METER
Y195269514

MÊS/ANO	VALOR	FAZENDA
01/2019	1,00	1,00
02/2019	1,00	1,00
03/2019	1,00	1,00
04/2019	1,00	1,00
05/2019	1,00	1,00
06/2019	1,00	1,00
07/2019	1,00	1,00
08/2019	1,00	1,00
09/2019	1,00	1,00
10/2019	1,00	1,00
11/2019	1,00	1,00
12/2019	1,00	1,00

ECONOMIA - CATEGORIA / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 25/09/2019 19
ATUAL 25/10/2019 26

CONSUMO MÊS AN
10

VALOR DE MÊS AN
R\$ 30,66

CONSUMO MÊS AN
10

TABELA DE TARIFAS

DESCRIÇÃO	VALOR
RESIDENCIAL	30,66
PAQUETE DE CONSUMO RESIDENCIAL	30,66
JUROS DE FINANCIAMENTO	15,00
MULTA DO PARCELAMENTO	2,00
PARCELAMENTO	100,87

RESIDENCIAL
PAQUETE DE CONSUMO RESIDENCIAL

RESIDENCIAL
PAQUETE DE CONSUMO RESIDENCIAL

VENCIMENTO
06/11/2019

TOTAL A PAGAR
154,50

REGRAS DE USO / ANOMALIAS

NOTAS: ARQUIVOS ACUSAÇÃO 2 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Adm. de Res. do Vencimento: O não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.
Atenção: Ligar para o 0800 223 2000 ext 115 para mais informações.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.942.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM OBRIGATORIEDADE	AMOSTRAS EM OBRIGATORIEDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2984	2965	19	1,37	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	2,276	2,000	17	4,40	Infinito a 15

Imp: 30/10/2019 19:31:31

(Case: JUDGEIA AGUIAR)

Internet: ACCRQ.

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA		<u>Prontuário:</u> 163509	
<u>Mãe:</u> JOAQUINA RODRIGUES DE OLIVEIRA		<u>Pai:</u> ARIOSVALDO GOMES DE OLIVEIRA	
<u>End.Resid.:</u> QD D CASA 19 - SANTA MA. CODIFI - TERESINA - PI - CEP: 54000-030			
<u>Nascimento:</u> 12/10/1976	<u>Idade:</u> 43a0m18d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 86- 9533-7448
<u>Responsável:</u> PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA		<u>CNS:</u> 706907148267639	
<u>Profissão:</u> MOTORISTA		<u>Documento:</u> CPF: 817.778.761-68	
<u>Instrução:</u> Fundamental Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)	
<u>End.Local.:</u> - - -			

OS DO ATENDIMENTO:

Código: 749281	Data: 30/10/2019 19:25:32	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundario: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	ORTOPEDISTA	Amarelo
<u>Breve História:</u> PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. CONSCIENTE, ORIENTADO. NEGA TRAUMA CEFÁLICO OU TORÁCICO, RELATA ESTAR DE CABACETE NO MOMENTO DO OCORRIDO. REFERE DOR EM MSD. NEGA OUTRAS QUEIXAS. <u>DESACOMPANHADO.</u>			<u>Profissional Class. Risco:</u>  JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 EM: 30/10/2019 19:31:30

DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____:_____)

Teresa Raquel Peretru de Sousa Lopo
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confirmação de Matrícula

PA _____ X _____ mmHg	Pulse: _____	EC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

[illegible]

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: <u> / / </u>		HORA: <u> : </u>		Procedimento	CID
-----------------------	--	--------------------	--	--------------	-----

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

**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

alter

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 30/10/2019 19:44:11

(User: GILBERTO)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA		Prontuário: 163509
Mãe: JOAQUINA RODRIGUES DE OLIVEIRA	Pai: ARIOSVALDO GOMES DE OLIVEIRA	
End.Resid.: QD D CASA 19 - SANTA MA, CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-030		
Nascimento: 12/10/1976	Idade: 43a0m18d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9533-7448
Responsável: PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA		CNS: 706907148267639
Profissão: MOTORISTA		Documento: CPF: 817.778.761-68
Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 749281	Entrada: 30/10/2019 19:25:32	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforma Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. CONSCIENTE, ORIENTADO. NEGA TRAUMA CEFALICO OU TORACICO, RELATA ESTAR DE CAPACETE NO MOMENTO DO OCORRIDO. REFERE DOR EM MSD. NEGA OUTRAS QUEIXAS. DESACOMPANHADO.		JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 Em: 30/10/2019 19:33:58

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO(MOTO/MOTO) COM USO DE CAPACETE, HÁ APROX 30 MIN. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, RINORRAGIA, OTORRAGIA. APRESENTA LESÃO EM MÃO DIREITA. REFERE DOR EM MÃO DIREITA. A) VIAS AERÉAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL(RETIRADO PELO PROPIO PCT) E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, ; SRA; SATOS2 - PA: 150:100MMHG C) BNF, RR, 2T; ABDOME GLOBOZO, INDOLOR À PALPAÇÃO; PELVE ESTÁVEL; D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15. E) DOR EM MÃO DIREITA	
--	--

Teresa Rangel Pereira de Sousa, J. J. J.
Matrícula: 090234
SAME HUT
Confere Original

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

Exames Complementares: (1348649) - MÃO DIREITA (1348650) - PUNHO DIREITO

Prescrição Médica: TRAMADOL 50mg - Q1 AMP + SF 0,9% 100mL, IV, AGORA
--

RECEBIZADO
DATA 30/10/2019
TÉCNICO

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

Assinatura Paciente ou Responsável

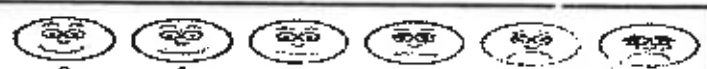
ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 30/10/2019 19:44:10

NOME **PAULIN CESAR RODRIGUES** IDADE **48** anos DATA **02/11/2019**
 HORÁRIO DE ADMISSÃO **15 hs 10 min** TIPO DE ANESTESIA **GERAL** () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA **fratura punho** CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	144/85	149/67
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	114	88
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	93	96%
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	Elenor	Elenor

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO  TOTAL

ESCALA DE DOR ALTA  ASS.

() Sonda Vesical () Dreno de Sucção () Dreno Torácico () DVE () Colostomia Sonda () Nasog () Nasoe

hs mL hs mL hs mL hs mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
15:10h Admitido na PRV no pos de punho radio distal (D). Sob efeito de Bp3 + sedação. Bom estado geral.
João Carlos Almeida

Teresa Raquel Pereira de Sousa
 Matrícula 059236
 SAM - HUT
 Conferência

RAIO-X REALIZADO
DATA 02/11/19 HORA
TÉCNICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA ALTA SRPA

Caio César S. de Castro Noleto
 Anestesiologista
 CRM-SP 1285
 ANESTESIOLOGISTA

HORÁRIO **17h**

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

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () INE () CIR () MÉD



**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:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código de
Internação:

4-CNES

5828856

250704

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA**

6 - Prontuário: **163509**

7-CNS: **705907148267639**

8-Nascimento: **12/10/1976**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **817.778.761-68**

11-Mãe: **JOAQUINA RODRIGUES DE OLIVEIRA**

12-Fone: **86- 9533-7448**

13-Resp: **PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA**

14-Fone: **86- 9533-7448**

15-Endereço: **QD D CASA 19 - SANTA MÃ, CODIPI - CEP: 64000-030**

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod. IEGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-030**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod. Proced. Princip.

0408020407

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

31-Cod. Procedi-
mento Especial

0702030996

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-
cidada:

1

Fornecedor da OPM: **SPINE**

38-Profissional Responsável:

MERGIEL BARBOSA BEZERRA

40-Tp. Documento:

CPF

40-Nº. Doc. Méd. Solic.:

809.651.803-87

39-Data Solicitação:

02/11/2019

41-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura de rádio ulna do antebraço

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lima
Matrícula: **059234**

CAMÉL HUT
Conferência On-line

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass. Carimbo (Bg. Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

09/12/19

53-Ass. Carimbo (Bg. Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 257177 AIH: 2219102330005
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 706907148267639	NOME DO PACIENTE PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA	NASCIMENTO 12/10/1976	SEXO M	PRONTUÁRIO 163509
DOCUMENTO CPF 8699151152	TELEFONE 3699151152	NOME DA MÃE JOAQUINA RODRIGUES DE OLIVEIRA	RESPONSÁVEL PAULO CESAR	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO QUADRA D			NÚMERO / LOTE 19
BAIRRO PARQUE FIRMINO FILHO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIRURGICA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME FISICO,RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME - HUT CRM: Conferência Original
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 30/10/2019
DATA ADMISSÃO 30/10/2019 19:25	DATA ALTA 03/11/2019 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)) LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 48061079313	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 30/10/2019 20:52:19
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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**250704****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**4-Nome: **PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA**5 - Prontuário: **163509**7-CNS: **706907148267639**8-Nascimento: **12/10/1976**9-Sexo: **Masculino**CPF: **817.778.761-68**11-Mãe: **JOAQUINA RODRIGUES DE OLIVEIRA**12-Fone: **86- 9533-7448**13-Resp: **PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA**14-Cor: **Parda**15-Endereço: **QD D CASA 19 - SANTA MA. CODIFI - CEP: 64000-030**16-Munic: **TERESINA**17-Cod. IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-030****JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL D

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim:

S525

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408020407

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS

2

29-Clinica:

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

02**01**

CPF

809.651.803-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

34-Data Solicitação:

30/10/2019

35-Ass. Carimbo Med. Bol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

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:

09/12/19

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (BERGIEL BEZERRA)

Consulta Local: 749281

Consulta SUS:

Impressão: 30/10/2019 20:28:52



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	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			
Tipo de Ocorrência	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	
Exame Físico	25 Local da lesão				
	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de Dor	
Assistência	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino		
	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinar		

Águaro Braga
Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Georgi Luiz Rocha da Paz
Téc. em Farmácia
COKEN-PI 080-107

Enfermeiro
Condutor

Edoardo Silva

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Paulo César Rodrigues de Oliveira

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de Rádio distal Direita

Operação - Tipo

Ortopedia

Cirurgião

Dr. B. P. Pereira

1º Assistente

2º Assistente

Dr. B. P. Pereira

3º Assistente

Instrumentador(a)

Jackson

Anestesista

Dr. Lape

Anestesia

bloqueio + sedação

Anestésico(a)

Data da Operação

02.11.19

Início

14:20h

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em posição supina
Anestesia e antissepsia da região
Incisão vertical na parte distal
proxi. de fratura do rádio distal com
placa "T" 3.5mm sob radiografia
Fechamento por planos
Curativo

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lape
Matrícula: 059284
SAME - HUT
Cirurgiã de Ortopedia

RECEBUEMOS
O RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
EM 02/11/2019 ÀS 14:20h
Pelo(a) Dr(a) B. P. Pereira

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONquite
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES
LIQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	38					
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3219 5445

TERESINA-PI CEP: 64011-710 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 163509)
Endereço: QD D CASA 19 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-030
Nascimento: 12/10/1976 Idade: 43a0m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimentos: 749281
Requisição: 1018778 Solicitação: 30/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1348649 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 30/10/2019

MAO DIREITA

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

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na base do 5º metacarpiano.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 04/11/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.628.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa, UFG
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferência Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1822 Redenção - Fone: 96 3238 3445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.502.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 163509)
Endereço: QD D CASA 19 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP. 64000-030
Nascimento: 12/10/1976 Idade: 43a0m24d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 260704
Requisição: 1019894 Solicitação: 02/11/2019 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 1351093 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 02/11/2019

PUNHO DIREITO

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

- Fratura recente alinhada no rádio distal fixada com placa e parafusos metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 05/11/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa
Matrícula 059234
SANE - HUT
Conferido com Orig.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Rodençã - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 163509)
Endereço: QD D CASA 19 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64090-030
Nascimento: 12/10/1976 Idade: 43a0m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 749281
Requisição: 1018778 Solicitação: 30/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1348650 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 30/10/2019

PUNHO DIREITO

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

- Fratura cominutiva na metáfise distal do rádio.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 04/11/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.628.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopo
Matrícula: 059234
SANE - HUT
Conferência Original



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

Unidade: H. Mat. Satélite

Nome: PAULO CEZAR RODRIGUES OLIVEIRA

Data do exame: 21/11/2019

Id Paciente: HS797240

Data do laudo: 22-11-2019

Raio X de Punho Direito

- controle evolutivo de fratura no rádio distal fixada com placa e parafusos metálicos
- fratura cominutiva na base do quinto metacarpo
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dr. Leonardo do Rego Motta Veloso
Médico Radiologista
CRM-PI: 3013

PACIENTE: GILBERTO RODRIGUES OLIVEIRA
043Y M HS797240
Nasc: 12/10/1976
PUNHO PA
UP: EXM
2370 X 1770

HOSPITAL: DO SANTIAGO
21/11/2019 043Y M HS797240
14:29:25 Nasc: 12/10/1976
PUNHO PERFIL
UP: EXM
2370 X 1770

HOSPITAL: DO SANTIAGO
21/11/2019
14:30:34

D



D



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170573013 Nº 013937327346
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1045107487 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
PAULO RODRIGUES DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ
39613082300

PLACA
PID-7555

PLACA ANT. AUF

CHASSI

9C2JC4110ER407838

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NEHUNA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CD 125 FAN KS

ANO FAB.

ANO MOD.

2014

2014

CAP / POT / CL.

002P/124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

I
P
V
A

1º IPVA

PAGA ÚNICA

PARCELAMENTO / COTAS

2º

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

OBSERVAÇÕES

A/FID

ADMINISTRADORA DE CONS M

TERESINA

LOCAL

DATA

7/6/2019

ARÃO MARTINS DO REGO LOBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

ESPEDIENTE

DETRAN

CONTRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200055628 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO À DIREITA.
FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (RÁDIO: PLACA E PARAFUSOS), CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos 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: 3200055628 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO À DIREITA.
FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (RÁDIO: PLACA E PARAFUSOS), CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045697/20

Vítima: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

CPF: 817.778.761-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 30/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO CEZAR
RODRIGUES DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA : 817.778.761-68

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: 03/02/2020
Nome: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA
CPF: 817.778.761-68

PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL