

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: 22/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000090213-9

Nr. da Autenticação 2F3B7538170A66F1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190485017 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA **Data do acidente:** 22/01/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEMILUNAR À DIREITA.
FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÊMUR - PLACA E PARAFUSO; FRATURA SEMILUNAR DE FIO DE K.
ALTA MÉDICA. P.09/14/17/20/24

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO E DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO DIREITO E
LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190485017

Vítima: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

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, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190485017

Vítima: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

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\$ 4.050,00

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

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: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000090213-9

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

06/899/19 05026650333 ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

Tel.(DDD):

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333

Profissão: ARTEÃO

Endereço: B10 306, KM-23

Número: 310

Complemento:

Bairro: Chapadinha

Cidade: Foz de Iguaçu

Estado: PR

E-mail:

Tel.(DDD): 04.000-006

CPF: 05026650333





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001132/2019-35

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 27/03/2019 - 14:28

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

ESTRADA DE CHÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/01/2019 - 08:00

Bairro

CHAPADINHA

Ponto de Referência

COLÉGIO MANOEL NOGUEIRA LIMA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA (27 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 3042807 SSP PI

Mãe: ORISMAR CARLOS DOS SANTOS LIMA

Endereço: BR 316 KM 23 CHAPADINHA SUL, Nº

Bairro: POVOADO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/POP 100, COR PRETA, PLACA NIC-9711-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO COLIDIU COM UM GIPE DO RALLY PIOCERÁ, Nº727, QUE SAIU DE UMA VAREDA E INVADIU A PREFERENCIAL DA VÍTIMA, SENDO ESTA SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 103331). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francieleide Lima
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Andre Cicero dos Santos Lima
ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA (27 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

06/899/19 05026650333 ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0989

CONTA:

90213

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (assinale 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

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Vivo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

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 provarão 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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

DPVAT

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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 3177	02 Data do chamado 22.01.2019	03 PRO (código) 2896	04 Saída do PA 08.40	05 Chegada ao local 08.55
	06 Saída do local 08.47	07 Chegada ao 1º hospital 08.12	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço chapadinha - SO	11 Bairro			
	12 Município-UF Teresina - PI		Código BGE		
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Andre Cícero dos Santos Lima				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
	16 Idade 37	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL		24 Sinais Vitais
	ABERTURA OCULAR		RESPOSTA MOTORA		25 Local da lesão
	1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma		1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 1 - Nenhum		
26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento	
1 - Iguais 2 - Desiguais		1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim 2 - Não	
29		ESCALA DE DOR DE 0 A 10		30 Fratura	
0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10				1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	1 - Aspiração 2 - Preencha longa/curta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Oxigênio 5 - Colar cervical 6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Curativos 8 - Kred 9 - Assistência obstétrica				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino				
	33 Condições de entrada				
Observações Interdisciplinar	34 Óbito				
	1 - Melhorado 2 - Plorando 3 - Inalterado 1 - Sim 2 - Não 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar Recebido em 22/01/2019 Responsável pela recepção: [Assinatura] Socorristas: [Assinatura] Médico: [Assinatura] Enfermeiro: [Assinatura] Condutor: [Assinatura]					

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)
Capital 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, André Cícero dos Santos LimaRG nº 3.042.807data de expedição 04/05/18Órgão SSP-PTCPF nº 050.766.503-33

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RD 346, Km - 23,</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Chapadinho</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>64.000-000</u>
Tel. de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

TERESINA(PI); 09/05/2019

X André Cícero dos Santos Lima

Assinatura do Declarante



equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 04.743.000/0001-99; Ins. Estadual: 19.307.383-8
Nota Fiscal nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Regime Especial de Imposto Autorizado pela SEFAZ 06/98

Para gentileza
enviar para: "11.0000"
ou "NUMERO"

SEU CÓDIGO

017351586

Nº da Nota Fiscal

A tarifa Social da Energia Elétrica - TSE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

TOTAL A PAGAR (R\$)
126,20

FEVEREIRO/2019

VENCIMENTO
13/02/2019

RATIMUNDA VIEIRA DE SOUSA LIMA
RD 316 3 B-RURAL
CPF: 000151587803.5

CEP 66.000-000 - TERESINA

Atual	1418	Atual	06/02/2019
Anterior	1291	Anterior	07/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Letura	08/03/2019
Consumo Medido:	127	Emergência	05/02/2019
Consumo Teorizado:	127	Apresentação:	06/02/2019
Forma de Pagamento:	127	Data de Consumo:	06/02/2019
	127		

Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pat.	Méda 12 meses
----------------	---------	----------------	-------	-------------	---------------

MONO	A2885618	ENCARGO DA CONTA	1.1.1.1	162
------	----------	------------------	---------	-----

JAN/19	128	CONSUMO	127 A R\$ 0,889544 =	112,97
DEZ/18	167	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		9,50
NOV/18	204	MULTA POR ATRASO 12/18-00		2,80
OUT/18	213	JUROS POR ATRASO 12/18-00		0,93
SET/18	180			
AGO/18	166			
JUL/18	140			
JUN/18	93			
MAI/18	161			
ABR/18	180			

TARIFAS SEM TRIBUTOS:
R\$ 127 - 0,889544

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mês/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/02/2019, o não pagamento por 30 dias consecutivos e inclusão do nome do consumidor no SANEPI. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-5-10-15-20-25

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
E9BE.13CB.78AF.1C72.A7BB.DA97.9989.6BCE				Risco de Crédito			
Distribuição:				Alíquota ICMS:	112,97		
Energia:	22,87			Valor de ICMS:	22,00%		
Transmissão:	44,16			Valor de PIS:	24,85		
Encargos:	7,47			Valor do COFINS:	1,50		
Tributos:	1,71						
	33,70						
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Unidade							
Residência	5,00	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	27,40
Comércio							

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT

- (86) 9.9404-4764
- (86) 9.8867-8941
- (86) 9.9999-6117
- (86) 9.2857-3724
- (86) 9.9926-9097

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 87, Resolução 456/2000 da ANEEL

NF: 718916

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

RUA BOA VISTA, 497, B-CEDRO

CEP: 64.450-000

MONSENHOR GIL-PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
0447341-3	04/2019	21/02/2019 a 21/03/2019
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
77	25/04/2019	R\$ 64,75

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO
PIAUI****Eletrobras**

Distribuição Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
0447341-3	04/2019	R\$ 64,75

836200000005.544900170009.000000003988.675609150056



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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: 4020-1396 / 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

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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

Maria de Fátima de Paula Brasil

inscrito (a) no CPF/CNPJ

705.927.243,53

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Andre Cicero dos Santos Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.266.503,33

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Andre Cicero dos Santos Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº

050.266.503,33

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

recusome

Renda:

Recusome

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:

Rua Bar Vista

Número:

497

Complemento:

Bairro:

Cerro

Cidade:

Itaó - CE

Estado:

PI

CEP:

64.450-000

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data

TERESINA(PI): 09/05/2019

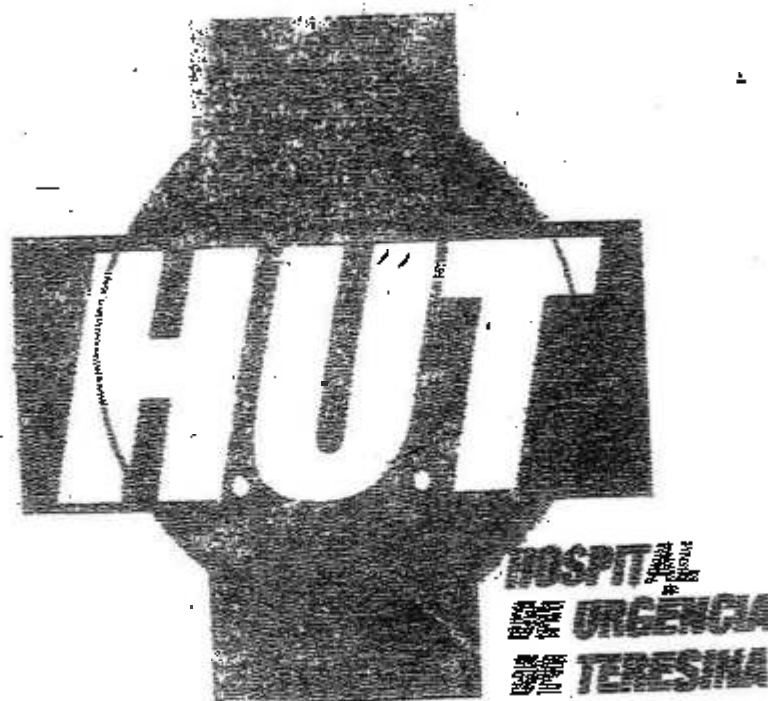
Maria de Fátima de Paula Brasil

Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT



NOME DO PACIENTE: André Cicero dos Santos Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 103 331



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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção Fone: 86 3218 5444
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.922.913/0002-02

05/06/19

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 22/01/2019 09:17:27
User: CMTA
Idade: 27

Nome:	ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA	Prontuário:	103331
Mãe:	ORISMAR CARLOS DOS SANTOS DUTRA	Pai:	ANTONIO PEREIRA LIMA
End. Resid.:	POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	23/05/1991	Idade:	27a7m30d
Responsável:	ANA MARCIA	Sexo:	Masculino
Profissão:	ARTESAO	Fone:	86-98819-3797
G. Instrução:	Médio Completo	CNS:	700606990356667
End. Local.:	- - -	Cpf:	350.266.503-33 * RG: 3042807 - SSP-PI
		E. Civil:	Concubinato

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	704020	Data:	22/01/2019 09:17:27	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Tipico:	Não
				CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico (colisão moto - carro)

Refere dor intensa em punho D.

A - Var. ósseas punho

B - MVQ e PA

C - exame hemodinamicamente

D - ECG IS, hemograma, tomografia

E - Exame em punho direito

IUT DR. ZENON ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME

DATA

22/01/19

SECRETARIA
DE SEGUROS

PA: _____ mmHg Pulso: _____ FC: _____ bpm Temp: 35,5 MAI 2019

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado TC de Crânio e PA de Punho D.

RAIO-X REALIZADO

DATA 22/01/2019

Técnico: *Carvalho*

DPVAT

ALTA:	☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem: ☐ Transferência:
			DATA SAÍDA: ____/____/____
			☐ Internação na Unidade
			Proced. Solicitado:
			CID Compatível:
			Prof. Solicitante Internação:

OBITO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs

DESTINO:

☐ Família
☐ IMI
☐ Anat. Patol.

Patricia Viana
Matrícula: 01
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5443

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 22/01/2019 10:16: -

(CAMILA NORBERTA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA		Prontuário: 103331
Mãe: ORISMAR CARLOS DOS SANTOS DUTRA	Pai: ANTONIO PEREIRA LIMA	
End.Resid.: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-310		
Nascimento: 23/05/1991	Idade: 27a7m30d	Sexo: Masculino Fone: 86-98819-2757
Responsável: ANA MARCIA	CNS: 730606990566867	
Profissão: ARTESAO	Documento: CPF: 050.266.503-33	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Concubinato	
nd.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 704020	Data: 22/01/2019 09:17:27	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____	ESPECIALISTA: <i>Neu</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
<i>Tea</i>	
<i>10/10/1991</i>	
<i>Dr. Carlos N. N.</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
<i>Patricia Viana Sales Leão</i>	
<i>Matricula: 027439</i>	
<i>SAME - HUT</i>	
<i>CONFERE COM O ORIGINAL</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 26628 - Em: (22/01/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
704020	103331	ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA	27/05/1991	SALA DE ESTABILIZAÇÃO			FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:		Relatório de Enfermagem:	
Hora:							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:
	ORAL TIPO ORAL ZERO,						
1	CLORETO DE SÓCIO (SORO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML SIST. FECHADO		1,00	Frasco	EV	24/24h	
2	DIFTERIA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,50	Ampola	EV	6/6h	AD
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL, INJ.		1,00	Ampola	EV	12/12h	AD

Observações Gerais:

CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

Dr. Arthur Lages

Car 3299





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH):

231671

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

231671

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

6 - Prontuário: 103331

7-CNS: 700606990566867

8-Nascimento: 23/05/1991

9-Sexo: Masculino

CPF: 050.266.503-33

11-Mãe: ORISMAR CARLOS DOS SANTOS DUTRA

12-Fone: 86-98819-2797

13-Resp: ANA MARCIA

14-Cor: Sem Informação

15-Ende: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Injúria, dor, deformidade e impo-
tência funcional em zona (S)

21 - Condições que justificam a internação:

TFO cirúrgico

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exame realizado):

Rx

23-Diagnóstico Inicial:

fratura da diáfise do fêmur



PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050519

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Tempo: 30

4

29-Clinica:

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

02

01

CPF

217.817.218-07

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

25/01/2019

35-Ass. Carimbo Med. Soc. (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:

48-Documento:

49-Núm. Documento:

() CNES () CPF

180219
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auxiliar - FMS - Teresina
Assinatura: (Carimbo)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: KARLA BATISTA
Consulta Local: 704003
Consulta SUS:
Impressão: 25/01/2019 16:58:50

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 171354	
	AIH: 2219100062190	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5328836
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5328836

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 70606990348867	NOME DO PACIENTE ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA	NASCIMENTO 23/05/1991	SEXO M	PRONTUÁRIO 103331
DOCUMENTO CPF 3.042.807-55P-21	TELEFONE 86581922553	NOME DA MÃE ORISMAR CARLOS DO SANTOS DUTRA	RESPONSÁVEL ANA MARCIA	
CEP 64022930	ENDEREÇO - LOGRADOURO BR 316 KM 23	NUMERO / LOTE SN		
BAIRRO LAPADINHA SUL	COMPLEMENTO ZONA RURAL	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
POLITRAUMATIZADO, COM LUXAÇÃO DO OSSO SEMILUNAR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAMES CLÍNICOS - RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S72.1 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS P. CORRETORA DE SEGUROS 15 MAI 2019 DPVAT
---	-------------------	---

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
049530519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

LEITO/CLÍNICA ORTOPÉDIA TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA CPF: 21781721807
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 25/01/2019
DATA ADMISSÃO 25/01/2019 - 5:57	DATA ALTA 27/01/2019 09:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) NARCILTONES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 070540050	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 25/01/2019 16:33:30
CPF: 070540050	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Patricia Virna Sales
Matricula: 027493
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25 / 01 / 19

NOME DO PACIENTE: André César dos Santos	PRONTUÁRIO Nº: 103331
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Local	Nº DA SALA: 08
CIRURGIÃO: Dr. Fernando	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Adriano	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Anargleidis	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 70	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 75/80	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	200		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Utensílios	un	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				cateter	un	03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				cateter	un	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				cateter	un	04	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2x0	un	03					
FITA UMBILICAL							
VICRYL 30	un	02					
				ENFERMIA: Alenya			
				CIRCULANTE: cristina			

Patricia Virna Sales
Matricula: 021433
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

André Cicero dos Santos

Diagnóstico pré-operatório

Fratura dist. de Fêmur

Operação - Tipo

R.A.F.I.

Cirurgião

Fernando Carne

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ana Gonçalves

Anestesista

Adriano

Anestesia

Rogério

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Patricia Viana Sales L.
Matrícula: 027459
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Tire o ddo sob raquianestesia
- 2) Prepou habitual
- 3) Via lateral + dissecção
- 4) Redução
- 5) Fixação com placa - perfurada
- 6) Ligadura 1 SF 0,8i.
- 7) Sutura
- 8) Curativo

1193



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

0208

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

CX-224/272

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME André Cicro dos Santos Lima

Nº AIH 234671 Nº PRONTUÁRIO 103331

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030910

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME Dr. Fernando

CRM Nº _____ CPF Nº _____

DATA INTERNAÇÃO

DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

25.01.2019

MATERIAL UTILIZADO

CÓDIGO OPM
(Tabela SUS)

QUANT.

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

01

Placa DCP longa 4,5mm

08

Parafusos verticais

1203
Patrícia Lima Sales L.
Matrícula: 027492
SAME - MULT
CONFERE COM O ORIGINAL

DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA:

Spine Medical

CNPJ Nº

ENDEREÇO:

ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM 25.01.2019

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.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>André Lício dos Santos Lima</u>	IDADE _____ anos	DATA <u>22 / 03 / 2019</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>15</u> hs <u>50</u> min	TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	
CIRURGIA REALIZADA <u>Imun</u>	CIRURGIÃO _____	
SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>139 x 57</u>	<u>130 x 59</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>66</u>	<u>82</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	-	-
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	-	-
NOME/MATRÍCULA	<u>Anucação</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-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 sob comando	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	Está 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	<u>00</u>		<u>00</u>
ESCALA DE DOR ALTA			Assine e escreva o nome completo: <u>Laiane Nunes de Sousa</u> Telefone: <u>359 426</u>			

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

À 15:50h - Admitido no SRPA, no POS de get, com
consciência e orientação, pupila, HV peres, etc.

Laiane Nunes de Sousa
 CRÉDITO: 359 426

RAIO-X REALIZADO
DATA <u>22 / 03 / 19</u>
Técnico: <u>Rafael</u>

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA <u>17:15h</u>	Dr. Luiz Mamede D. de Castro Anestesiologista CRM-PE: 3183
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []	HORÁRIO	ANESTESIOLOGISTA

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] NORT [] NEU [] CIR [] MÉD

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____**Fundação Municipal de Saúde****BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO**

DATA 21/04/19

NOME DO PACIENTE: <u>Anche Lício dos Santos</u>	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Bleopressin</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESISTA: <u>W. Diego</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Ana Glóndes</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.			LUVA Nº 4-0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 8-0/85	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	40	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	120	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500 ML	UNID.	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA: Patrícia Viana Sales Matrícula: 027498 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	<u>Busiane T. Sousa</u>		
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Busiane Lima</u>		
PROLENE							



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA

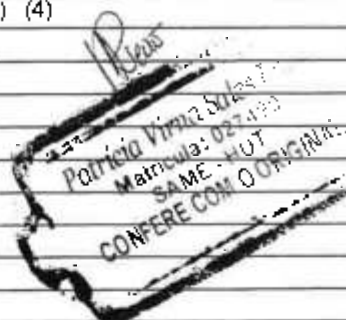
Nome: <u>André Cícero dos Santos Lima</u>	Prontuário: <u>10.3331</u>	Data: <u>22/01/2019</u>
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Idade: <u>47 anos</u>	Peso: <u>60 kg</u>
Procedimento(s) proposto(s): <u>Tratamento cirúrgico para divertículo</u>		Apto? ☐ Sim ☐ Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	☐ Sim	☒ Não
- Patologias respiratórias	☐ Sim	☒ Não
3 - Antecedentes patológicos	☐ Sim	☒ Não
4 - Convulsão	☐ Sim	☒ Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	☐ Sim	☒ Não
Transfusão sanguínea	☐ Sim	☒ Não
Uso de medicação	☐ Sim	☒ Não
- Alergia	☐ Sim	☒ Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	☐ Sim	☒ Não

EXAME FÍSICO

PA: <u>159/92</u>	Pulso: <u>68</u> ☐ arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	☒ Normal ☐ Alterado:	
2. Cardiovascular	☒ Normal ☐ Alterado:	
Neurológico	☒ Normal ☐ Alterado:	
4. Abdome	☒ Normal ☐ Alterado:	
5. Vias aéreas	☐ Possível VAD	
6. Extremidades	☒ Normal ☐ Alterado:	



EXAMES COMPLEMENTARES

HS	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	RX Tórax
ECG:		
ECO:		

ASA: P1 Anestesia proposta: ☐ Geral ☒ Outro: Bloqueio supraclavicular @ + oxido @ + sedação

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista: Diego Nunes de Oliveira CRM: 4926

D. Diego Nunes de Oliveira
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-PA 4926



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: André Cássio dos Santos LimaSala: 02Alergia: NepoData: 22/04/2019Procedimento: Trocanterectomia cirúrgica para
luxação humeralCirurgião: ArthurObservações: jejum completo (24h)
Nepo Zumbos

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol 0,5%	mg	• 90											
2 Lidocaina 1% com epi	mg	• 200											
3 Cetazolin	g	• 2											
4 Pantetina	mg	• 50											
5 Dexametasona	mg	• 8											
6 Bromoprida	mg	• 10											
7 Midazolam	mg	• 2,5	• 5,0										
8 Fentanyl	µg	• 50	• 50										
9													
10													
11													
13													
gênio	hum	02	02	02	02								
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

☒ Periférico NAF 4x (primo, do PI)

Cat. Venoso nº G

☐ Dificuldade aces. venoso

Gastos cateteres

☐ Central 2x

Via Aérea

☒ Cateter nasal

☐ IDY nº

☐ LMA nº

Monitorização:

☒ Cardioscopia

☒ PANI

☒ Oxímetro de pulso

☐ ETCO2

☐ Outros

Anestesia:

☐ Geral Venosa

☐ Geral Balanceada

☐ Raqui-anestesia

☐ Peridural

☒ Bloqueio Periférico Germocel 0,5% + cateter ②

☒ Outros Enxofado

Decúbito: DDA

SPO2 (%)	X 95	98	98	98	X
ETCO2 (mmHg)					
Aces. Venoso	<u>NAF 4x</u>	<u>500</u>		<u>500</u>	
Aces. Venoso					
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia: ① Pêl em 04, monitorizada; Realização de bloqueio supraclavicular ② + axila ③ e técnicas oxímetro e pinças por vs, a r inter. Monitorado e cateter nasal O2 (2l/min.).

Dr. Diego Nunes de Oliveira
ANESTESIOLOGISTA



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Amohe Cicero dos Santos</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>FEED. LESÃO SEMI-MR</i>		
Operação - Tipo <i>DELAÇÃO + FLETO</i>		
Cirurgião <i>W. Arthur</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Ana Gleydes</i>	Anestesiista <i>Dr. Diego</i>	Anestesia <i>Bloqueio</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		

Acidente Durante a Operação

Patricia Viana Sales
Matrícula: 027403
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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

*Asboma e Círculo no M.D.
Resumo (M) MURDA LA CULPA DO SEMI-MR
FLETO CI FIO K PERE-MR VIO
CURRULO-FRAT.*

Dr. Arthur Santos
CM 3200



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

231463

170580

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: 231463
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA	6 - Prontuário: 103331		
7-CNS: 70060699056667	8-Nascimento: 23/05/1991	9-Sexo: Masculino	CPT: 050.266.503-33
11-Mãe: ORISMAR CARLOS DOS SANTOS DUTRA	12-Fone: 86-98819-2797	14-Cor: Sem Informação	
13-Resp: ANA MARCIA			
15-Ende: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - Principais sinais e sintomas clínicos: Politraumatizado, com luxação do osso semilunar	Patricia Virna Sales Matricula: 027433 SAME - HUT CONFERE COM O Q2000	PJ CORRETORA DE SEGUROS 15 MAI 2019 DPVAT
21 - Condições que justificam a internação: Cirurgia		
12 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): Radiografia e ex. físico		
23-Diagnóstico Inicial: Ruptura traumática de ligamento(s) do punho e do carpo	24-CID Prim: 5633	25-CID Sec.: 26-CID T. Aux.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 0408020520	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO	Tempo SUS: 2		
29-Clinica:	30-Caráter: 02	31-Idem.: 01	32-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 643.843.143-53
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA	34-Data Solicitação: 22/01/2019	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (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-CEOR:
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:	Dr. Carlos Alves Araújo Filho ASSESSOR DE AUDITORIA DE CONTAS CRM-PI 1266 - 20/01/2019 CNS 9880-0000036529
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Ana Marcia		Assinatura: ARTHUR SAMPAIO Consulta Local: 704030 Consulta SUS: Impressão: 22/01/2019 15:33:49

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 170580 AIH: 2219100054358
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828956
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828956

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 70606990566867	NOME DO PACIENTE ANDRE C CEREZ DOS SANTOS LIMA	NASCIMENTO 23/05/1991	SEXO M	PRONTUARIO 153201
DOCUMENTO CPF 3142.807.553-PI	TELEFONE 88881922551	NOME DA MÃE ORISMAR CARLOS DO SANTOS DUQUE	RESPONSÁVEL ANA MARCIA	
CEP 64023990	ENDEREÇO - LOGRADOURO BR 315 KM 27	NUMERO / LOTE S/N		
BAIRRO CHAPADINHA SUL	COMPLEMENTO ZONA RURAL	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PULITRAUMATIZADO, COM LUXAÇÃO DO OSSO SEMILUNAR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAMES CLÍNICOS - RAÍON

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S633 - RUPTURA TRAUMÁTICA DE LIGAMENTOS DO PUNHO E DO CARPO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
040820520 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURALUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO) ARTUR E SANTANA SOARES DE SOUSA CPE: 64384514333
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 7/01/2019
DATA ADMISSÃO 32/01/2019 15:53	DATA ALTA 25/01/2019 15:57
MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERAÇÃO	

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 DO CONSELHO) JOSE DE GRACIAS SANTOS F. L. D. CPF: 352284559	NOME DO PROFISSIONAL PARA RECEBER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA Patricia Sales L. D. Matricula: 02 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL
DATA ANÁLISE: 23/01/2019 15:53	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Anche Ciro dos Santos*

Diagnóstico pré-operatório *FEED. ULCERAS DE MUCOSA*

Operação - Tipo *DEBILIDADE + FALTA*

Cirurgião *W. Arthur*

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) *Ana Gleides*

Anestesista *Dy. Diego*

Anestesia *Bloqueio*

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

1000
Patrícia Viana Sales
Matrícula - 027443
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT

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

*Asbema e Curo no M.D.
Resumo (N) MUCOSA DE ULCERAS E S.E. MUCOSA
FILADEL. CI FIO K PERECUTIVO
CURADO TRAT.*

*Dr. Arthur Santos
Cm 3200*



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 21/04/19

NOME DO PACIENTE: <u>Anohe Licerio dos Santos</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Bespaqui</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Dr. Diego</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ana Gláucia</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.			LUVA Nº 4-0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 8-0/18.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	1x0	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	1200	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500 ML	UNID.	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:	DPVAT CORRETORA DE SEGUROS Patricia Viana Sá Matriculada 0273 SAME 1407 CONFERE COMO 03 15 MAI 2019 DPVAT		
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	Guilherme Lima		
VICRYL				CIRCULANTE:	Guilherme Lima		
PROLENE							



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Aníli Cícero dos Santos Lima Sala: 02 Alergia: Nega Data: 22/01/2019
Procedimento: Traqueotomia cirúrgica para Cirurgião: Arthur Observações: Jejum completo (SPH)
luxação crânio-cervical 14:40 15:40 Nega remédios

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. Propofol 2%	mg	• 90											
2. Lidocaina 1% com epi	mg	• 200											
3. Cetorolaco	mg	• 2											
4. Paratidina	mg	• 50											
5. Dexametasona	mg	• 8											
6. Bupivacaína	mg	• 10											
7. Midazolam	mg	• 2,5	• 2,5										
8. Fentanyl	mcg	• 50	• 50										
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio	l/min	02	02	02	02								
AR/N2O													
Volátil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico na mão (primo, do
Cat. Venoso nº 6 PS)
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central 12

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ ID nº
☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☐ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☒ Bloqueio Periférico Cervical (C1-C6)
☒ Outros Exclusão

Decúbito: DDH

SPO2 (%)	X 95	98	98	98	X
ETCO2 (mmHg)					
Aces. Venoso (mmHg)	110/90	110/90	110/90	110/90	110/90
Aces. Venoso					
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia: CPTE em sala, monitorizada; Realização de bloqueio supraclavicular @ + cervical @
y técnica orotracheal - punção por US, a 1.ª tentativa. Montado y controlado nasal O2 (2l/min).

Dr. Diego Nunes de Oliveira
ANESTESIOLOGISTA
11.01.2019 14:26

[illegible]

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 36 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA** (Prontuário: 103331)
Endereço: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/05/1991 Idade: 27a8m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 704020
Requisição: 913649 Solicitação: 22/01/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controlar: 1139981 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 22/01/2019

PUNHO DIREITO

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

- Luxação no carpo.
- Aumento de volume de partes moles.

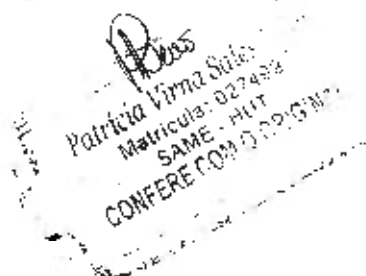
(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 36 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA** (Prontuário: 103331)
Endereço: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/05/1981 Idade: 27a8m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 704020
Requisição: 913649 Solicitação: 22/01/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1139982 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 22/01/2019

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura transversa completa recente desalinhada na diáfise do fêmur.
- Aumento de volume de partes moles.

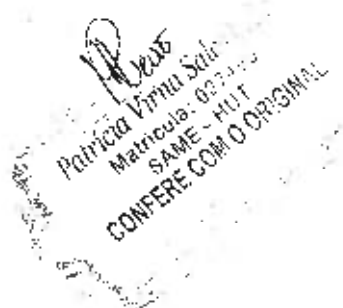
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA** (Prontuário: 103331)
Endereço: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/05/1991 Idade: 27a8m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 704020
Requisição: 913675 Solicitação: 22/01/2019 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1141529 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 22/01/2019

PUNHO DIREITO

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

- Luxação recente no carpo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Patricia Viana Sales
Matricada - 021-33
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CKDJ: 35.520.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA** (Prontuário: 103331)
 Endereço: **POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 23/05/1991 Idade: 27a10m11d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 231871
 Requisição: 914775 Solicitação: 25/01/2019 Solicitante: **FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA**
 Controle: 1141952 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P-1 ENFERMARIA 229 LEITO 219

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 25/01/2019

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura recente alinhada na diáfise femoral fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/04/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tilo 1020 Redenção Fone: 06 3218 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA** (Prontuário: 103331)
Endereço: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/05/1991 Idade: 27a10m0d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 231463
Requisição: 913785 Solicitação: 22/01/2019 Solicitante: ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
Controle: 1140160 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 219

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 22/01/2019

PUNHO DIREITO

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

- Luxação recente radio.
- Aumento de volume de partes moles.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/03/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.473-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA** (Prontuário: 103331)
 Endereço: POV CHAPADINHA SUL - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 23/05/1991 Idade: 27a8m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 704020
 Requisição: 913675 Solicitação: 22/01/2019 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1141529 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 22/01/2019

PUNHO DIREITO

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

- Luxação recente no carpo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

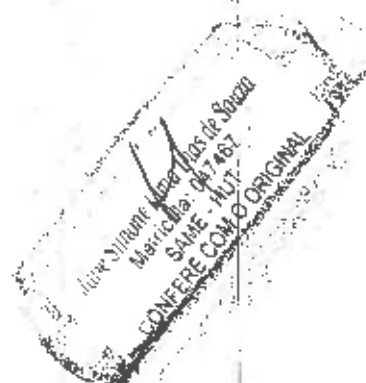
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGAR DIREITO

André Cicero dos Santos Lima
1224776

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.042.807 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/18

NOME ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA

FILIAÇÃO ORISMAR CARLOS DOS SANTOS DUTRA
ANTONIO PEREIRA LIMA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 23/05/1991

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 225371 L 275 F 10

EXP. TERESINA-PI 04/10/94

CPF 050.266.503-33

1224776

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Polícia Federal - Polícia Classe Super

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAI 2019

DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	684.903
DATA DE EXPEDIÇÃO	16/09/15
NOME	MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL
FILIAÇÃO	MARIA ALICE RIBEIRO PAZ ANDRÉ DE PAIVA BRASIL
NATURALIDADE	BENEDITINOS-PI
DATA DE NASCIMENTO	18/10/1962
DOC. ORDEM	CERT. CASAM. 1727 L. 2 F. 064
EXP	EXP AGRICOLÂNDIA-PI-10/03/14
CPF	06.927.213-83
TERMINO	06.927.213-83
Assinatura do Diretor	
LEI Nº 7.116 DE 29/04/83 - DECRETO Nº 89.250/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PI Nº 012428383134
0120180246741 68669324664

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
149700210AR512314 165645321001118

1 00192526219 00192526219

NOME/ENDEREÇO
ANDRÉ CÍCERO DOS SANTOS LIMA

BR 316 FM 23 00000
CHAPADINHA ZUD RUA RURA PI

03026650333 03026650333
NIC-9711

PLACA ANT/VF
MISSION SELVA

902HB0210AR512314

PAS/MOTOCICLO/NEINUPA

HONDA/FOPI100

02P/00970C

03026650333 03026650333
NIC-9711

SEM RESTRIÇÕES

TERESINA

18/06/2018

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
15 MAI 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PI Nº 012428383134
0120180246741 68669324664

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
149700210AR512314 165645321001118

1 00192526219 00192526219

NOME/ENDEREÇO
ANDRÉ CÍCERO DOS SANTOS LIMA

BR 316 FM 23 00000
CHAPADINHA ZUD RUA RURA PI

03026650333 03026650333
NIC-9711

PLACA ANT/VF
MISSION SELVA

902HB0210AR512314

PAS/MOTOCICLO/NEINUPA

HONDA/FOPI100

02P/00970C

03026650333 03026650333
NIC-9711

03026650333 03026650333
NIC-9711

SEM RESTRIÇÕES

TERESINA

18/06/2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190485017 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA **Data do acidente:** 22/01/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEMILUNAR À DIREITA.
FRATURA DA DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÊMUR - PLACA E PARAFUSO; FRATURA SEMILUNAR DE FIO DE K.
ALTA MÉDICA. P.09/14/17/20/24

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO E DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE PUNHO DIREITO E LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA			
Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil:		Profissão:
RG: 042.807	Org. Emissor: SP-PI	D. Expedição: 04/05/18	CPF: 050.266.50333
Endereço: BR 346, Km-23		Nº: S/N	Bairro: Chapadão
Cidade: TERESINA		Estado: PI	Cep: 64.600-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)			
NOME: MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL			
Nacionalidade: Brasileira	ESTADO CIVIL: CASADA		Profissão: PROFESSORA
RG: 684.903	Org. Emissor: SSP-PI	D. Expedição: 16/09/2015	CPF: 705.927.213-53
Endereço: RUA BOA VISTA		Nº: 497	Bairro: CEDRO
Cidade: MONSENHOR GIL		Estado: PI	CEP: 64.450-000

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO-DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIO JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTALECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDADOS; AFIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO **SEGURO DPVAT** REFERENTE À:

VÍTIMA: **ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA**
 CPF: **050.266.50333** DATA DO ACIDENTE: **22/01/2019**

Cobertura solicitada: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE

Local/Data: **TERESINA (PI) 25/04/19**



Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS
 Rua Barroso, 91/Sul - Centro
 Teresina-Piauí - (86) 3221-6865
 Maria Tábata Silva Feltoso

CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS
 Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tábata
 Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6865

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: **ANDRÉ CICERO DOS SANTOS LIMA** DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
 TERESINA-PI, 25/04/2019. Enol.: 3,85 1350,77 FIMP: 0,10
 Selo: 0,26 Total: 4,68 Selo: RRP: 62546 (F610F193)

CAMILA BEZERRA DE SOUZA MARTINS ESCRIVENTE AUTORIZADA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0282813/19

Vítima: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

CPF: 050.266.503-33

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 22/01/2019

Titular do CPF: ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL : 705.927.213-53

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

ANDRE CICERO DOS SANTOS LIMA : 050.266.503-33

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/08/2019
Nome: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL
CPF: 705.927.213-53

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL