

圖 2-2-20 續

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034476/20

Vítima: RAIMUNDO JOSE SILVA

CPF: 349.481.553-49

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 29/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO JOSE SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

RAIMUNDO JOSE SILVA : 349.481.553-49

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: 24/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Raimundo José Silva
 RG: 524265 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 12/06/18
 CPF: 349.481.553-49 ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: pintor
 ENDEREÇO: Rua Corisco Vila Formosa Dulce Nº: 2459
 COMPLEMENTO: casa BAIRRO: Vila Formosa Dulce
 CIDADE: Teresina ESTADO: PI CEP: 64000000 TELEFONE: _____

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

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

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

Raimundo José Silva

Data do acidente de trânsito: 29/10/19

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina Piauí ² 29/11/2019

X Raimundo José Silva

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Lúcio Magalhães, 1031 - Centro, CEP: 64000-000, Teresina - PI
 Tel: (86) 3241-1111 - Fax: (86) 3241-1112 - e-mail: cartorio3@ter.br

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Jéssica Aline de Menezes Silva
 Escrevente Autorizada
 Teresina - PI

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAIMUNDO JOSÉ SILVA, DOU FE, EM TESTE DA VERDADE.
 Teresina-PI, 29/11/2019. Selo: A865176-BME0
 www.tjpi.jus.br/portalexta.

Jéssica Aline de Menezes Silva, Escrevente Autorizada
 Eml: 3.85.33.0.77 FNDP/PI: 0.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 - OP: 198

3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040885

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RAIMUNDO JOSE SILVA

Data do acidente: 29/10/2019

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º QUIRODÁCTILO À ESQUERDA

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, CONGELAMENTO DA ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA DISTAL E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA PROXIMAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM 01.2020.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2020

Conduta mantida:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034476/20

Vítima: RAIMUNDO JOSE SILVA

CPF: 349.481.553-49

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 29/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO JOSE SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

RAIMUNDO JOSE SILVA : 349.481.553-49

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: 24/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200040885**

Nome do(a) Examinado(a): **RAIMUNDO JOSE SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **R CORISCO, 2459 - Teresina - PI - CEP 64040-540**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **524265**

Data e local do acidente: [**29/10/2019**]

RUA 06 BAIRRO LOURIVAL PARENTE TERESINA PI

Data e local do exame: [**11/02/2020**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DO 4º QUIRODÁCTILO À ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, CONGELAMENTO DA ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA DISTAL E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA PROXIMAL.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM 01.2020.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

4º quirodáctilo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040885

Vítima: RAIMUNDO JOSE SILVA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO JOSE SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040885

Vítima: RAIMUNDO JOSE SILVA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO JOSE SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040885

Vítima: RAIMUNDO JOSE SILVA

Data do Acidente: 29/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO JOSE SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: RAIMUNDO JOSE SILVA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 013000115842-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
349.481.553-49 Raimundo Jose Silva

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

5 - Nome completo: Raimundo Jose Silva 6 - CPF: 349.481.553-49

7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Erisco 9 - Número: 2459 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Vila Irma Dulce 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000

15 - E-mail: eduardoseguro@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 115842 4

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 6º, derivando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascidos)? ☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 21/01/2020

Raimundo Jose Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA
POUPANÇA



5067 2252 5200 8588

5067

VÁLIDO ATÉ

07/24

RAIMUNDO JOSE SILVA
1987 013 00115842-4

e!c



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011973/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/11/2019 13:30 Data/Hora Fim: 29/11/2019 13:39
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 29/10/2019 17:45

574386

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: RUA 06

Bairro: Lourival Parente

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: RAIMUNDO JOSE SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Dom Pedro Sexo: Masculino Nasc: 24/02/1964
Profissão: Pintor
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Eunice da Costa e Silva

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: RUA CORISCO Nº: 2459
Bairro: VILA IRMÃ DULCE

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário 006.044.543-25
Placa NIK1133	Renavam 00200529897
Número do Motor KC16E1A031872	Número do Chassi 9C2KC1610AR031872
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010	Cor PRETA
UF Veículo Piauí	Município Veículo Teresina
Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX KS	Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 28/06/2016



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 29/11/2019 13:39
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011973/2019

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Jose Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO EM ENDEREÇO CITADO, QUANDO UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, DECLARAÇÕES DA VITIMA.

ASSINATURAS


Almirallice Ribeiro Lebre Carlos
escritão
Matrícula 0097616
Responsável pelo Atendimento


Raimundo Jose Silva
(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou, o(a) (imputa) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origin, conforme previsto nos Artigos 525-Denúnciação Caluniosa e 346-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUÇANÇA (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: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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(vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 N° do chamado 4516	02 Data do chamado 29.10.19	03 PRO (código) 2902	04 Saída do PA 18:36	05 Chegada ao local 18:43
	06 Saída do local 19:14	07 Chegada ao 1° hospital 18:18	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua 06- SIN		11 Bairro L. Parente		
	12 Município-UF TE-PI		Código IBGE 6400000		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência com. Ferreira		14 Nome Raimundo José Silva		
	15 Sexo Masculino		16 Idade 35 Anos		
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado		
	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado		20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado		
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado		22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐		
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 4 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum		24 Sinais Vitais Pulso 86 Resp. PA 110x70 TAX. 98 SatO2 98		
Exame Físico	25 Local da lesão 		26 Poplitas 1 - Iguais 2 - Desiguais		
	27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		
Assistência	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☒ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☒ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☐		32 Hospital de Destino HUT		
Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Alterado		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não		
	35 Observações Interdisciplinar Polissona moto com moto paciente região das lombas, fratura exposta em dor da mão e torções		36 Responsável pela recepção Fátima M. Azevedo CRM-PI 3317 / RQE Nº 3272		
Socorristas Médico ☐ Enfermeiro ☒ AE/TE ☐ Conduzir ☒					

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

- novo
- ortopedia

LETIM DE ENTRADA (BE)

OS DO PACIENTE:

Imp: 29/10/2019 19:29:03

(User: GILBERTO)

(Estação: CONSULPA03)

me: RAIMUNDO JOSE SILVA

Prontuário: 45638

e: EUNICE DA COSTA E SILVA.

Pai: JUARES BATISTA DA SILVA

d.Resid.: RUA, CORISCO 2459 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

ascimento: 24/02/1964

Idade: 55a8m5d

Sexo: Masculino

Fone: 86- 3219-3926

sponsável: MARIA ARLENE - ESPOSA

CNS: 709607685853976

rofissão: PINTOR

Documento: CPF: 349.481.553-49

. Instrução: Médio Incompleto

E.Civil: Casado(a)

OS DO ATENDIMENTO:

ódigo: 749111

Entrada: 29/10/2019 19:19:58

Convênio: S U S

Proced: 0301060029

otivo da Procura

nforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC

ondução: AMBULÂNCIA DO SAMU

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

nal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 28/10/19 HORA 20h15
EXAT: Crânio/Cervical Cor:
TECNOLOGO: Indefinido

ve História/ Clas. Risco:

SVV: (Hora: :)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO X CARRO HA 40 MIN EM USO DE CAPACETE, REG, ORIENTADO, LUCIDO.

) VIAS AEREAS PERVIAS // FÁSICO // PRANCHA RÍGIDA - OK // COLAR CERVICAL - OK.

) EUPNEICO EM AR AMBIENTE // EXPANSIBILIDADE TORÁCICA PRESERVADA // AP: MV + S/RA BILATERALMENTE.

) ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE /// AC: BNF, 2T, RR, S/S // ABDOME SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL // PELVE

STÁVEL // SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.

) ECG: 15 // SEM DÉFICITS NEUROLÓGICOS FOCAIS // PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.

) FERIMENTOS/CONTUSÕES EM MÃO ESQUERDA, PÊ ESQUERDO. REFERE DOR EM COLUNA CERVICAL.

gnóstico Inicial:

CID:

xames Complementares:

1347735) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO

1347736) - MAO ESQUERDA

1347737) - T.C. DE CRANIO

rescrição Médica:

PIRONA 1G + AD EV 6/6H

RAIO-X REALIZADO
DATA 28/10/19 HORA 20:08h
TÉCNICO: W

CRM-PB/80

tivo da Alta/Encerramento:

servação (Adulto)

DATA: / / HORA: :

assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 29/10/2019 19:29:01

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: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO JOSE SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 013000115842-4

Nr. da Autenticação 51DEDC35CA4A22B6

EQUATORIAL PAUL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 720 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-80 (Insc. Estadual: 19.301.383-8)
Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ 05/98

Nº da Nota Fiscal 033253861

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

CONTA MÊS
JANEIRO/2020

VENCIMENTO
30/01/2020

CONSUMO (kWh)
217

TOTAL A PAGAR (R\$)
217,42

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

ROT: 17.001.30.14.045400

DADOS DA LEITURA

kWh

DADOS DA LEITURA

Atual: 22589

Atual: 23/01/2020

Anterior: 22372

Anterior: 24/12/2019

Constante de multiplicação: 1,000

Próxima leitura: 21/02/2020

Consumo Médio: 217

Emissão: 22/01/2020

Consumo Faturado: 217

FCAM

Apresentação: 23/01/2020

Forma de Pagamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	275

HISTÓRICO kWh
Mês/ano consumo

DESCRIÇÃO DA CONTA

Mês/ano	Consumo	Valor
DEZ/19	271	217 A R\$ 0,897391 = 194,73
NOV/19	277	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 16,37
OUT/19	394	CORRECAO MONETARIA DA 12/19-00 0,01
SET/19	368	CORRECAO MONETARIA IG 12/19-00 0,22
AGO/19	285	MULTA POR ATRASO DE I 12/19-00 0,41
JUL/19	222	JUROS DE MORA ATRASO 12/19-00 0,04
JUN/19	205	MULTA POR ATRASO 12/19-00 4,91
MAI/19	204	JUROS POR ATRASO 12/19-00 0,73
ABR/19	178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,90
MAR/19	243	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 217 - 0,620740

AVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO 36C8.516B.328B.A3B1.CE67.9772.A512.2F0E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Descrição	Valor	Base de Cálculo	Alíquota/ICMS	Valor do ICMS	Valor do PIS	Valor do COFINS
Distribuição	39,91	194,73	27,00%	52,57	1,02	4,69
Energia	77,12					
Transmissão	13,04					
Encargos	6,38					
Tributos	58,28					

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			PIC			DMC			DICI		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Límite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03					
Realizado	0,00			0,00			0,00					

Condição: TERESINA-MACAUBA Período de observação: 11/2019 Índice: 98,08

ROT: 17.001.30.14.045400

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

equatorial
ENERGIA

0051869-7

217,42

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

01/2020

30/01/2020

EQUATORIAL PAUL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 720 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-80 (Insc. Estadual: 19.301.383-8)

Nº da Nota Fiscal 033253861 FCAM

83640000002 9 17420017000 2 000000000051 3 86970120008 9



SEQ.: 00251 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 23/01/2020 T.ENTR.: 09
LEITURA: 22589 NORMAL TOTAL: 217,42 CARGA: 014
DT.VENC.: 30/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Jose Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 349.481.553 / 49 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vitima Raimundo Jose Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 349.481.553 / 49 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email				Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
					<u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 21 de Janeiro de 2020
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



NOME DO PACIENTE: Raimundo José Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 45638

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".



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 4516	02 Data do chamado 29/10/19	03 PRO (código) 2903	04 Saída do PA 18:36	05 Chegada ao local 18:43
	06 Saída do local 17:14	07 Chegada ao 1º hospital 18:18	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua 06-31N	11 Bairro L. Parente	12 Município-UF TE-PI	Código IBGE 6400000	
	13 Ponto de referência com Ferreira				
Dados do Paciente	14 Nome Raimundo José Silva	15 Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado			
	16 Idade 55 Anos 24/10/1984	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim ☒ Não ☐ Ignorado			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte - HUT 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - A voz 3 - A dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 1 - Orientado 2 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento da resposta 2 - Flexão normal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 86 Resp. PA 110x70 TAX 98	25 Local da lesão 		
	26 Pupila 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso 1 - Radial 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sanguinamento 1 - Sim 2 - Não	29 Escala de Dor de 0 a 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 10	
Assistência	30 Fratura 1 - Sim 2 - Exposta 3 - Fechada 2 - Não 3 - Suspeito	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☒ Prancha longa/corta ☒ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☒ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☒ Curativos ☐ Kínd ☐ Assistência obstétrica			
	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Alterado			
Observações Interdisciplinares	34 Óbito ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte				
	Lesão moto com moto paciente região dos Lombar, fratura exposta nos dedos da mão e + escoriações CONFIRMAÇÃO DO ONTOLÓGICO Maurício Médico Volante Contonhar Cirurgião de Emergência				
Responsável pela recepção CRN-PI 413 / RQE Nº 3273		Assistente Médico AE/TE W. Ferreira		Enfermeiro Condutor F. M. Silva	



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	4516	29/10/19	2902	18:36	18:43
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
	19:14	18:18			
Dados do Paciente	10 Endereço	Rua 06- SIN			
	11 Bairro	L. Parente			
Tipo de Ocorrência	12 Município-UF	TE-PI			
	13 Ponto de referência	com. Ferreira			
Acidente de Transporte	14 Nome	Raimundo José Silva			
	15 Sexo	Masculino			
Tipo de Ocorrência	16 Idade	55 Anos			
	17 Índices 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			
	19 Vítima	20 Meio de locomoção			
Tipo de Ocorrência	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança			
	23 Glasgow	24 Sinais Vitais			
Tipo de Ocorrência	25 Local da lesão	26 Pupilas			
	27 Pulso	28 Sangramento			
Tipo de Ocorrência	29 Escala de Dor	30 Fratura			
	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino			
Tipo de Ocorrência	33 Condições de entrada	34 Óbito			
	35 Observações Interdisciplinares	36 Responsável pela recepção			

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

- neuro
- ortopedia

LETIM DE ENTRADA (BE)

OS DO PACIENTE:

Imp: 29/10/2019 19:29:03

(User: GILBERTO)

(Estação: CONSULPAD3)

me: RAIMUNDO JOSE SILVA

Prontuário: 45638

e: EUNICE DA COSTA E SILVA.

Pai: JUAES BATISTA DA SILVA

Id.Resid.: RUA, CORISCO 2459 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

ascimento: 24/02/1964

Idade: 55a8m5d

Sexo: Masculino

Fone: 86- 3219-3926

sponsável: MARIA ARLENE - ESPOSA

CNS: 709607685853976

rofissão: PINTOR

Documento: CPF: 349.481.553-49

. Instrução: Médio Incompleto

E.Civil: Casado(a)

OS DO ATENDIMENTO:

ódigo: 749111

Entrada: 29/10/2019 19:19:58

Convênio: S U S

Proced: 0301060029

otivo da Procura

nforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC

ondução: AMBULÂNCIA DO SAMU

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

nal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 29/10/19 HORA 20:15
EXAME: Crânio/E. Cervical Cor:
TECNOLOGO: J Indefinido

eve História/ Clas. Risco:

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 MOTO X CARRO HA 40 MIN EM USO DE CAPACETE, REG, ORIENTADO, LUCIDO.

A) VIAS AERIAS PERVIAS // FÁSICO // PRANCHA RÍGIDA - OK // COLAR CERVICAL - OK.

B) EUPNEICO EM AR AMBIENTE // EXPANSIBILIDADE TORÁCICA PRESERVADA // AP: MV + S/RA BILATERALMENTE.

C) ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE /// AC: SNF, 2T, RR, S/S // ABDOME SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL // Pelve estável // SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.

D) ECG: 15 // SEM DÉFICITS NEUROLÓGICOS FOCAIS // PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.

E) FERIMENTOS/CONTUSÕES EM MÃO ESQUERDA, PÉ ESQUERDO. REFERE DOR EM COLUNA CERVICAL.

agnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

(1347735) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO

(1347736) - MÃO ESQUERDA

(1347737) - T.C. DE CRÂNIO

Prescrição Médica:

DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H

RAIO-X REALIZADO
DATA 29/10/19 HORA 20:08
TÉCNICO: W

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 29/10/2019 19:29:01

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Dr. Fco. das Chagas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3020

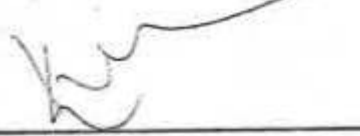
Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25 / 10 / 19

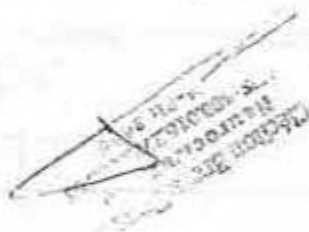
NOME DO PACIENTE: Raimundo José Silva	PRONTUÁRIO Nº: 456.38
DIAGNÓSTICO: Dor no abdômen	CIRURGIA: Laparoscopia
ANESTESIA: Local	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. João Carlos	CPF Nº
AUXILIAR: -	CPF Nº
ANESTESIA: -	CPF Nº
INSTRUMENTADORA: -	CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	70	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Exames - 03 unid. Cirurgia - 03 unid. 			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.		—					
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO C/AG.		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG.		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON	3.0	01					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL		—		CIRCULANTE: 			
PROLENO		—					

29.10.19 #Neuromingia #

Acidente motorístico
Cabeça AS, PRR, Sem defeitos
Oste crânio: Sem lesões neurológicas
CP: Alts do Neuromingia



29/10/19 #Ortopedia #

Acidente motorístico com fratura em 4.º dedo mão E
Rx: fratura exposta de fêmur e medula
cd. no cc.

Dr. André Luis S. Nogueira
MEDICINA
CRM-SP: 6930



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

5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**250629****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **RAIMUNDO JOSE SILVA**

6 - Prontuário: 45638

7-CNS: 709607685853976

8-Nascimento: 24/02/1964

9-Sexo: Masculino

CPF: 349.481.553-49

1-Mãe: EUNICE DA COSTA E SILVA.

12-Fone: 86- 3219-3926

13-Resp: MARIA ARLENE - ESPOSA

14-Cor: Sem Informação

15-Endere: RUA, CORISCO 2459 - VILA IRMA DULCE - 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:

*Fratura de outros dedos
Vedado*

21 - Condições que justificam a internação:

fratura

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de outros dedos

24-CID Prim:

S626

25-CID Sec:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408020342

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)Tempo SUS
2

29-Clinica:

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

02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

34-Data Solicitação:

29/10/2019

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-Serie:

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-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

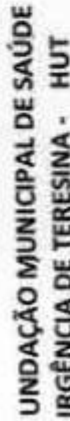
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 749111

Consulta SUS:

Impressão: 29/10/2019 22:28:32



PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICO ASSISTENTE

[illegible]

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 818401958	Nº REGULAÇÃO: 98493	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 272709 - UNIDADE DE SAÚDE PARQUE PIAUI - (86) 3220-5929		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 382855 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT		
TIPO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: CAMILINO ROSE SILVA	NASCIMENTO: 24/02/1984	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:			
HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE REFERE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NA VÉRCIA DE 3 DIAS COM FRATURA EXPOSTA E REALIZADO EM AMPULADO CIRURGICA. RECEBEU TRAUMATOLOGIA. ENTÃO COM AVALIAÇÃO DOS PONTOS CÍRURGICOS REFERINDO DOR INTENSIVA LOCAL. NECESSITA DE AVALIAÇÃO DA ENTRADA NESTE SERVIÇO PARA REGULAÇÃO - EXAMES FÍSICOS - HIPÓTESE			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 mmHg	FREQ. CARDÍACA: 80 bpm	SATURAÇÃO: 95%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 20 rpm
GLICÊMIA: 100 mg/dL	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 1/5	USO DE O2: 02L	
USO DE DROGAS VASOATIVAS:			
USO DE ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 10/11/2019 09:45:37
 MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMPAMENTO / CARIMBO

Handwritten signature



NOME DO PACIENTE: Armando José Silva
NÚMERO DO PRONTUÁRIO 45.638

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



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AfH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

257691

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do Estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-Nome do Estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-CNES
5828856Código da
Internação4-CNES
5828856

25082

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DAIMUNDO JOSE SILVA

6 - Prontuário: 45638

7-Idade: 60960768563972

8-Nascimento: 24/02/1964

9-Sexo: Masculino

CPF: 349.481.553-49

10-End: DUNICE DA COSTA E SILVA,

12-Fone: 86- 3219-3926

11-Resp: MARCIO CRISTIANO FILHO

14-Cor: Sem Informação

13-End: RUA, CORISCO 2459 - VILA IPÊ, TERESINA - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod TISS: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Fatores clínicos e sintomas clínicos:

PACIENTE COM 3 DIAS DE PÓS-OPERATÓRIO DE FRATURA DE FALANGE DO 4º DEDO, REFERE QUE O FIO DE KIRSHNER APARANHOU.

21 - Causas que justificam a internação:

PERDA DE PRODUÇÃO
NECESSITA REOPERAÇÃO

22 - Principais resultados de exames diagnósticos (Resultado de exames realizados):

23-Exame(s) realizado(s):

Fratura do 4º dedo da mão

8625

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-Cod. Procedimento:

0408020342

25-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)

29-Clinical:

30-Carater: Ident: 01

02

01

CPF:

746.635.933-72

31-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

32-Data Solicitação:

LÃO TSE FRANCISCA DA SILVA, FREITAS

01/11/2019

33-Res. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34-1 - Acidente de Trabalho

35-1 - Acidente de Trabalho

36-1 - Acidente de Trabalho

37-1 - Acidente de Trabalho

37-1 - Acidente de Trabalho

38-1 - Acidente de Trabalho

39-1 - Acidente de Trabalho

40-1 - Acidente de Trabalho

38-1 - Acidente de Trabalho

39-1 - Acidente de Trabalho

40-1 - Acidente de Trabalho

41-1 - Acidente de Trabalho

39-1 - Acidente de Trabalho

40-1 - Acidente de Trabalho

41-1 - Acidente de Trabalho

42-1 - Acidente de Trabalho

40-1 - Acidente de Trabalho

41-1 - Acidente de Trabalho

42-1 - Acidente de Trabalho

43-1 - Acidente de Trabalho

41-1 - Acidente de Trabalho

42-1 - Acidente de Trabalho

43-1 - Acidente de Trabalho

44-1 - Acidente de Trabalho

42-1 - Acidente de Trabalho

43-1 - Acidente de Trabalho

44-1 - Acidente de Trabalho

45-1 - Acidente de Trabalho

43-1 - Acidente de Trabalho

44-1 - Acidente de Trabalho

45-1 - Acidente de Trabalho

46-1 - Acidente de Trabalho

44-1 - Acidente de Trabalho

45-1 - Acidente de Trabalho

46-1 - Acidente de Trabalho

47-1 - Acidente de Trabalho

45-1 - Acidente de Trabalho

46-1 - Acidente de Trabalho

47-1 - Acidente de Trabalho

48-1 - Acidente de Trabalho

46-1 - Acidente de Trabalho

47-1 - Acidente de Trabalho

48-1 - Acidente de Trabalho

49-1 - Acidente de Trabalho

47-1 - Acidente de Trabalho

48-1 - Acidente de Trabalho

49-1 - Acidente de Trabalho

50-1 - Acidente de Trabalho

48-1 - Acidente de Trabalho

49-1 - Acidente de Trabalho

50-1 - Acidente de Trabalho

51-1 - Acidente de Trabalho

49-1 - Acidente de Trabalho

50-1 - Acidente de Trabalho

51-1 - Acidente de Trabalho

52-1 - Acidente de Trabalho

Usuário: (LÃO TSE)

Consulte Local: 749513

Consulte SUS:

Impressão: 01/11/2019 10:16:28

Kralina

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 73433 - Em: (01/11/2010)

[illegible]

100% P.A. 104/72 mmHg;
 P. 63/35 mm, T 35.8
 ————— Adm

TRADE MARK
REGISTERED
COPYRIGHT 1900

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Palmundo José Silva

Diagnóstico pré-operatório Fratura de BDE (Pêlo de cadáver)

Operação - Tipo Internação

Cirurgião Claudio 1º Assistente Estudante (Cebola)

2º Assistente _____ 2º Assistente _____

Instrumentação frases Anestesiologista _____ Anestesia local

Anestesia (Data) _____

Data da Operação 04/11/19 Início 13:30 Fim 14:25

Diagnóstico Pós-operatório _____

Relatório Inicial do Psicólogo _____

Acidente Durante a Operação _____

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. BDE - BDE não operado

2. Sangramento + Hemorragia + Hemorragia externa

3. Redução da fratura + esternotomia

4. Hemostase

Dr. Claudio Nogueira
Cirurgião e Traumatologista
CRM 10.000



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐	Mudança de Procedimento	☐	Órtese e prótese - OPME
☐	Diária de UTI	☐	Fatores de Coagulação
☐	Diárias de Acompanhante	☐	Gasoterapia
☐	Hemoderivados	☐	Nutrição Parenteral / Enteral
☐	Diálise / Hemodiálise	☐	Procedimento fora da faixa etária
☐	Albumina Humana 20%	X	RO K 1.0

HOSPITAL: H.U.T. CNPJ: _____
PACIENTE: RO K 1.0 - Sílvia Nº AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: Claudio CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Exame 4. ESE
Exame 2. ESE

Dr. Claudio Nogueira
Pneumologia e Traumatologia
CRM - MA 923
CPO 1291

DATA: 04/11/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04, 11, 19

NOME DO PACIENTE: Rdo 102 Sova	PRONTUÁRIO Nº: 45638
DIAGNÓSTICO: Otitossinite de faringe	CIRURGIA: Otitossinite
ANESTESIA: Local	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Claudio	CPF Nº: _____
AUXILIAR: Estudante	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Aris	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	—	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 710	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 100CC	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 500	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 500	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	—	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Sova	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Crepom	01		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				elctodo	05		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE	Gelene		
PROLENE							

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/11/10

NOME DO PACIENTE: Rdo 1012 Silva	PRONTUÁRIO Nº: 45638
DIAGNOSTICO: Dissecção de falange	CIRURGIA: Distensão
ANESTESIA: Local	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Claudio	CPF Nº:
AUXILIAR: Estudante	CPF Nº:
ANESTESIA: —	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Artes	CPF Nº:

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia Traumatologia
CRM-PI 224.034-1 MA 5531
2008-12-01

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	—	
AGULHA 30X9	UNID.	—		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 710	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	09	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	FOLA	03		PVPI TÓXICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPAR/DRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALFE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO		
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01		maia	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				crepom	01		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				elastico	05		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOOL							
MONO- FLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Gibelene			
PROLENE							

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME RAIMUNDO JOSÉ SILVA	
COC IDENTIDADE / PRO EMISSORAS 524265 RNP PI	
CPF 349.481.553-49	DATA NASCIMENTO 24/02/1964
FILIAÇÃO JUAZES BATISTA DA SILVA EUNICE DA COSTA S. SILVA	
PERMISSÃO C	ACC C
CATEGORIA A2	
Nº REGISTRO 01071073824	VALIDADE 17/05/2023
EMISSÃO 30/12/1999	
OBSERVAÇÕES A	
Assinatura do Titular Raimundo José Silva	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL TERESINA, PI	DATA DE EMISSÃO 12/06/2018
Assinatura do Emissor [Assinatura]	
ASSINATURA DO EMISSOR	
PIAUI	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476283

Nelle Roze Soares Marques

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE

NATURALIDADE ANTONIO SOARES JUCUNDE

DOC. CRATEUS-CE 22/05/1971

CERT. NASC. 529 I AD/F 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/14

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83