

Browser tabs: Email - A, Controle, Mensagem, Audiência, Autores, PJe Consulta, PJe 0819229, PJe 0818138, Merge PJe, WhatsApp.

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=555496&ca=d3e9eeb39a3959806f91db870ff98e2...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., Administrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações.

Header: **PJe** ProceComCiv 0819229-05.2020.8.18.0140 RAIMUNDO JOSE SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

Search bar: 12203610 - CONTESTAÇÃO (2754111 CONTESTACAO 01) Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 29/09/2020 13:36:49

Left sidebar (29 Sep 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12203607 - CONTESTAÇÃO
 - 12203610 - CONTESTAÇÃO (2754111 CONTESTACAO 01)
 - 12203611 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12203613 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12203614 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12203615 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area (downloadBinario.seam):

2754111- C3/ 2020-03630/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Footer: PT, 13:36, 29/09/2020



Número: **0819229-05.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **03/09/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAIMUNDO JOSE SILVA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12203 611	29/09/2020 13:36	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

CONSULTE O SELO
DIGITAL

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Riquelme, 1221 - Centro - CEP: 68000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0119 - E-mail: atendimento@cartorio3.com.br
Tribunal Constitucional do Estado do Piauí

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCOPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL. E DOU FE. EM TEST. Sua DA VERDADE.

Teresina-PI, 29/11/2019.
SELO: AAN66216-0YUO - www.tjpi.jus.br/pd/alextira

Maria do Socorro de Carvalho de Senes-Escrevente Autorizada
Emol: 2,48 - TJ: 0,50 - FIMP: 21,06 - Selo: 0,26 - Total: 3,30 - OP: 216
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Cartório Irmãos Soares Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Tribunal Constitucional do Estado do Piauí
Teresina - PI

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
UNIDADE DOS MUNICÍPIOS

DETRAN - PI 9020170488810 Nº 013936799066
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 200529897
Cód. RENAVAM
RUA TRC
EXERCÍCIO 2019

FABIO SILVA DE OLIVEIRA
NOME

00604454325
PLACA: PI/1133
902K1610AR031872

0021/14906
COTA ÚNICA
PARTECIPACAO
PARTECIPACAO
VENO: COTA ÚNICA
VENO: COTAS -
2 1º PVA
2 2º PVA
2 3º PVA
2 4º PVA
2 5º PVA
2 6º PVA
2 7º PVA
2 8º PVA
2 9º PVA
2 10º PVA
2 11º PVA
2 12º PVA
2 13º PVA
2 14º PVA
2 15º PVA
2 16º PVA
2 17º PVA
2 18º PVA
2 19º PVA
2 20º PVA
2 21º PVA
2 22º PVA
2 23º PVA
2 24º PVA
2 25º PVA
2 26º PVA
2 27º PVA
2 28º PVA
2 29º PVA
2 30º PVA
2 31º PVA
2 32º PVA
2 33º PVA
2 34º PVA
2 35º PVA
2 36º PVA
2 37º PVA
2 38º PVA
2 39º PVA
2 40º PVA
2 41º PVA
2 42º PVA
2 43º PVA
2 44º PVA
2 45º PVA
2 46º PVA
2 47º PVA
2 48º PVA
2 49º PVA
2 50º PVA
2 51º PVA
2 52º PVA
2 53º PVA
2 54º PVA
2 55º PVA
2 56º PVA
2 57º PVA
2 58º PVA
2 59º PVA
2 60º PVA
2 61º PVA
2 62º PVA
2 63º PVA
2 64º PVA
2 65º PVA
2 66º PVA
2 67º PVA
2 68º PVA
2 69º PVA
2 70º PVA
2 71º PVA
2 72º PVA
2 73º PVA
2 74º PVA
2 75º PVA
2 76º PVA
2 77º PVA
2 78º PVA
2 79º PVA
2 80º PVA
2 81º PVA
2 82º PVA
2 83º PVA
2 84º PVA
2 85º PVA
2 86º PVA
2 87º PVA
2 88º PVA
2 89º PVA
2 90º PVA
2 91º PVA
2 92º PVA
2 93º PVA
2 94º PVA
2 95º PVA
2 96º PVA
2 97º PVA
2 98º PVA
2 99º PVA
2 100º PVA

1/4/2019

PI Nº 013936799066 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

00604454325
RENAVAM
200529897
HONDA/CR150 TITAN MIX KS
2010 09
902K1610AR031872

EXERCÍCIO 2019
DATA EMISSÃO 1/4/2019
PLACA PI/1133

PRÊMIO TARIFÁRIO

TARIFA 36,04
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,32
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,04
CUSTO DO SEGURO (R\$) 84,58
DATA DE OUTRAGO 28/03/2019

SEGURO LIDER - DPVAT
CHPJ 08.240.6000001-01



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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Raimundo José Silva
 RG: 524265 ORG. EMISSOR: SSP/PJ D. EXPEDIÇÃO: 12/06/18
 CPF: 349.481.553-49 ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Pintor
 ENDEREÇO: Rua Corisco Vila Trma Dulce Nº: 2459
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Vila Trma Dulce
 CIDADE: Teresina ESTADO: PI CEP: 6400000 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 CONSORCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Raimundo José Silva

Data do acidente de trânsito: 29/10/19

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina Piauí 29² 11 2019

X Raimundo José Silva

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

TERESINA - ATÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Jéssica Aline de Menezes Silva
 Escrivã Autorizada
 Teresina - PI

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
 RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAIMUNDO JOSÉ SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
 Teresina-PI, 29/11/2019
 www.tjpi.jus.br/portalextre
 Jéssica Aline de Menezes Silva - ESCRIVÃ AUTORIZADA
 Emissão: 13.85.10.77 FNP/PI: 0.10 (Sal: 0.26 Total: 4.98 - OP: 198)

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTE O SEL
 NÚMERO



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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15422203

Pag. 01369/01370 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00427/00428 - carta_02 - INVALIDEZ

00050214



Carta nº 15458056



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/09/2020 13:36:49

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092913364884700000011547152>

Número do documento: 20092913364884700000011547152



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

Rio de Janeiro, 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: 349.481.553-49 4 - Nome completo da vítima: 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: liderseguro20@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4987 CONTA: 115842 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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, 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 (parênqueto)? ☐ 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: Teresina - PI 25/03/2020

Raimundo Jose Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







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

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

escritório

Matrícula 0097616

Responsável pelo Atendimento

Raimundo Jose Silva

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) (incógnita) responsável pelas informações acima assentadas e creio que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 Imma Dulce 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: eduardosilva20@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6568

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4987 CONTA: 115842 4 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro ou nascitor? ☐ 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 - Assinatura da vítima ou representante legal: 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 22/03/2020

Raimundo Jose Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da vítima



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Sexo		
Tipo de Ocorrência	19 Tipo de ocorrência				
	20 Meio de locomoção				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow =				
	24 Sinais Vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Popilias				
Hospital de Destino	27 Pulso				
	28 Sangramento				
Observações Interdisciplinar	29 Escala de Dor de 0 a 10				
	30 Fratura				
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinar					
Assinaturas e Responsáveis					

27.11.2011

**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: CONSULPA03)

me: RAIMUNDO JOSE SILVA		Prontuário: 45638	
e: EUNICE DA COSTA E SILVA.		Pai: JUARES 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:	Indefinido	
ve História/ Clas. Risco:			

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 28/10/19 HORA 20h15
EXAME: Crânio/Ex. Cervical Cor:
TECNOLOGO: J Indefinido

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIENTE 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:
-------------------	------

Exames Complementares:

1347735) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO
1347736) - MAO ESQUERDA
1347737) - T.C. DE CRANIO

Prescrição Médica:

PIRONA 1G + AD EV 6/6H

RAIO-X REALIZADO
DATA 28/10/19 HORA 20:24
TÉCNICO: A

CRM-PI 1780

ativo 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



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 COAF**².

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 Vítima 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		Número	Complemento
<u>Rua 24 De Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
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

DLDR001 V001/2017





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".





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

07
04

Dados do Chamado	01 Nº 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 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 fêmea				
Dados do Paciente	14 Nome Raimundo José Silva	15 Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado			
	16 Idade 55 Anos 1-Dia 2-Mes 3-Anos 4-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim ☒ 2-Não 9-Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	17 - Já removido 18 - Faltou chamado
	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 1 - Abertura ocular 2 - Espontânea 3 - A voz 4 - A dor 5 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 1 - Orientado 2 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Ininteligível	RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento da resposta 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 86 Resp. PA 110x70 TAX. 98	25 Local da lesão
	26 Sinais 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Central 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 4 5 6 7 8 9 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Exposta 3 - Fechada 4 - Não 5 - Suspeito
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☐ Oxigênio ☐ Curativos ☒ Prancha longa/curta ☒ Colar cervical ☐ Kêd ☐ Imobilização de extremidades ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica	☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a)			
	32 Hospital de Destino AUT.	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Mantido	34 Óbito ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte	☐ Não Removido	
Observações Interdisciplinares	Colisão moto com moto parvula região das lombas, fratura exposta em dedos da mão e inalações CONFERE COM O ORIGINÁRIO Médico Valério Costa Enfermeiro Condutor				
	Responsável pela recepção Versão: 27.11.2011				



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	17 Índices de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vítima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow				
Hospital de Destino	24 Sinais Vitais				
	25 Local da lesão				
Observações Interdisciplinar	26 Pulso				
	27 Sangramento				
28 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)					
29 Hospital de Destino					
30 Condições de entrada					
31 Óbito					
32 Observações Interdisciplinar					
33 Responsável pela recepção					
34 Responsável pelo atendimento					

7.11.2011

**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: CONSULTA03)

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 28/10/19 HORA 20h15
EXAME: Crânio/Cérvico-Condil 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 VITIMA DE ACIDENTE MOTO X CARRO HA 40 MIN EM USO DE CAPACETE, REG, ORIENTADO, LUCIDO.

A) VIAS AEREAS 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: BNF, 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) - MAG ESQUERDA

(1347737) - T.C. DE CRANIO

Prescrição Médica:

DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H

RAIO-X REALIZADO
DATA 28/10/19 HORA 20h15
TÉCNICO: J

CRM-PI 780

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / HORA: : .

Assinatura Paciente ou Responsável

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/09/2020 13:36:49

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092913364884700000011547152>

Número do documento: 20092913364884700000011547152



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/10/19

NOME DO PACIENTE: <u>Reinanda José Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>456.38</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Gravidez de 12 semanas</u>	CIRURGIA: <u>Gravidez de 12 semanas</u>
ANESTESIA: <u>local</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Alexandre</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Examinador</u>	CPF Nº _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI n.º 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	100		PVPI DE GERMANTE	ML	70	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
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 - os mtd. Cirurgia - os mtd. 			
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: <u>Sara</u>			
PROLENO		—					

MOD. 94



29.10.19 #Neuromingia #

Acidente motorístico
Colisão 15, km, sem deflexão
Olecrôneo: sem lesão neuromingia
CP: Alto do Neuromingia



29/10/19 #Ortopedia #

Acidente motorístico com fratura em 4.º dedo mão E
ex: fratura exposta de fêmur e medula
ed. no CC.

Dr. André Luiz S. Nogueira
MÉDICO
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

5828856

Código 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-End: RUA, CORISCO 2459 - VILA IRMA DULCE - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Jod. ISGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

fratura fechada de 5º dedo da mão esquerda

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.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020342

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:

34-Data Solicitação:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

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. Documeto:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 749111

Consulta SUS:

Impressão: 29/10/2019 22:28:32



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/09/2020 13:36:49

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092913364884700000011547152>

Número do documento: 20092913364884700000011547152



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Raimundo José Silva		45638	Ortopédica	concedon		Alta
DATA/HORA CÓDIGO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
Prescrição médica e observações:						
1 DIETA ORAL LIVRE						
2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA						
3 CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS						
4 RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h						
5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h (Alergia)						
6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h						
7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN						
8 CUIDADOS GERAIS						
Nota tipo fôrma						
0						
Assinatura: [Assinatura]						
Carimbo: [Carimbo]						

COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 818401958	Nº REGULAÇÃO: 98495	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 372709 - UNIDADE DE SAÚDE PARQUE PIAUÍ - (40) 3720-5929		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 982856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
TIPO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: CAMILINO ROSE SILVA		NASCIMENTO: 24/02/1984

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: O paciente refere acidente automobilístico há cerca de 1 dia com fratura exposta e fratura de nível do punho da mão esquerda. Trauma torácico com avaliação dos pontos cirúrgicos referindo dor. Necessita de avaliação da entrada neste serviço para regulação - exames físicos - hipótese de fratura.			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO: Fratura do nível do punho da mão			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 mmHg	FREQ. CARDÍACA: 70 bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 20 bpm
GLICÊMIA: 100 mg/dL	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 1/5	USO DE O2:	
USO DE DROGAS VASOATIVAS:			
USO DE ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			
 Dr. Wellington Silva CRM: 2537-D			





NOME DO PACIENTE:

Armando de Siqueira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

45.638

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
ÀS SUAS NECESSIDADES.



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 36 3219 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CRXJ: 05.522.317/0022-32

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Impr: 01/11/2019 09:46:41
Usuário: DR. FREDERICO FREITAS
(Retenção: 000002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDO JOSE SILVA		Prontuário: 45638
Mãe: JÚNICE DA COSTA E SILVA.		Pai: JUAZES BATISTA DA SILVA
End. Resid.: RUA. CORISCO 2450 - VILA IPIRANGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 14/02/1964	Idade: 55 anos	Sexo: Masculino Fone: 36- 3219-3926
Responsável: MARTIN CRISTOFO-71123		CNS: 709607665853976
Profissão: PINTOR		Documento: CPF: 349.481.333-49
G. Instrução: Médio Incompleto		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Todigo: 749515	Entrada: 01/11/2019 09:26:51	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): CHOQUE ENTRE PESSOAS			
Condição: VEÍCULO UNIPRTO DE DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clin. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Idade: 0.00 kg	Altura: 0.00 m	IMC: 0.00 kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE COM 3 DIAS DE PÓS-OPERATÓRIO DE TRAP/PA LE. VALANCE DO 4º GRUPO.
REFERE QUE O PTO DE PREENHIMENTO JURAMCOU.

Revisão de prontuário

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

11750002 - MAG ESQUERDA

Prescrição Médica:

RAIO-X REALIZADO
DATA 01/11/19 HORA
TECNICO: *[assinatura]*

Motivo da Alta/Encerramento:

Reservação (se aplicável):

DATA:

HORA:

Manoel Antonio G. Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

FREDERICO CARVALHO DE ALMEIDA FREITAS NETO
CRX: 3096 PI Em: 01/11/2019 09:46:36





Mo. de 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-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	25082

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO JOSE SILVA	6 - Prontuário: 45638
7-CPF: 609607685633002	8-Nascimento: 24/02/1964
9-Sexo: Masculino	10-CPF: 349.481.553-49
11-Nome do responsável: EDNAN DA COSTA E SILVA	12-Fone: 06- 3219-3926
13-Endereço: RUA, CORISCO 2459 - VILA IPÊ, CIDADE - CEP: 64000-010	14-Cor: Sem Informação
15-Município: TERESINA	16-Cod. TCE: 221100
17-UF: PI	18-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Descrição dos sintomas clínicos:
PACIENTE COM 3 DIAS DE PÓS OPERATORIO DE FRATURA DE FALANGE DO 4º DEDO. REFERE QUE O FIO DE KIRSHNER ARRANCOU.

21 - Condicionante que justifica a internação:
PERDA DE PRODUÇÃO
NECESSITA REOPERACAO

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

23 - Diagnóstico (Inicial):
Fratura de falange do 4º

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-Cod. Procedimento: 0408020342	25-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	Tempo de internação: 10 dias
26-Clinica: 02	27-Caráter: Ident.: 01	28-CPF: 746.635.933-72
29-Nome do Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FLORENTINO DA SILVA, REITOIA	30-Data Solicitação: 01/11/2019	31-Sigla do Profissional Solicitante: LAO TSE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	33-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	34-Série: 01
35-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	36-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	37-Série: 01
38-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	39-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	40-Série: 01
41-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	42-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	43-Série: 01
44-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	45-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	46-Série: 01

AUTORIZAÇÃO

47-Nome do Profissional Autorizador: LAO TSE	48-Data Autorização: 01/11/2019
49-CPF: 746.635.933-72	50-Sigla do Profissional Autorizador: LAO TSE
51-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	52-Série: 01
53-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	54-Série: 01
55-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	56-Série: 01
57-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	58-Série: 01
59-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	60-Série: 01
61-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	62-Série: 01
63-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	64-Série: 01
65-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	66-Série: 01
67-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	68-Série: 01
69-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	70-Série: 01
71-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	72-Série: 01
73-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	74-Série: 01
75-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	76-Série: 01
77-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	78-Série: 01
79-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	80-Série: 01
81-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	82-Série: 01
83-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	84-Série: 01
85-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	86-Série: 01
87-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	88-Série: 01
89-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	90-Série: 01
91-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	92-Série: 01
93-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	94-Série: 01
95-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	96-Série: 01
97-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	98-Série: 01
99-Local do Acidente: Acidente de Trabalho	100-Série: 01

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/09/2020 13:36:49

Usuário: (LAO TSE)
Consulta Local: 749513
Consulta SUS:
Impressão: 01/11/2019 10:16:28





Rua Dr. Otto Alvo 1820 Redenção - Fone: 06 3218 4433
FIMMUNA-12 221 04018-70 1993. 06 12 12 3220-02

© 2001 Blackwell Science Ltd

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 73433 - EM: (01/11/2019)

WALTER DECEB SILVA

Evolution

Allergias:

Diagnóstico Comorbidos:

ORTOPENIA

LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM:

44mm x 38/10T = 60 y. 81

2	GLUCOSE 54, 100, 500ML - "SERO GLICOSEADO"
---	--

Printed on 7/18/2014 by 10.10.10.10

[illegible]

USE 100ml H₂O, 3M NaOH

RAMETTE WITH 25MG. SOL.	END. 11/24/50.
-------------------------	----------------

24. P. A. 114/72 m. 11/5
D. 63/50 m. 10/5 358

Ad

TRADEMARK & COPYRIGHT © 2007



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
☐	Díalise / Hemodíalise	☐	Procedimento fora da faixa etária
☒	Albumina Humana 20%	X	ROK 1.0

HOSPITAL: H.U.T. CNPJ: _____
PACIENTE: ROG JOA SILVA Nº AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: Claudio CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Exame 4-2008
Exame 2-2008

Dr. Claudio Nogueira
Otorrinolaringologista e Traumatologista
CRM 15.111 - CBO 304 - 1001
EST. 1991

DATA: 04/11/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

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 09/11/19

NOME DO PACIENTE: Rdo 102 Silva	PRONTUÁRIO Nº: 45638
DIAGNÓSTICO: Osteossarcoma de falange	CIRURGIA: Osteotomia
ANESTESIA: Local	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Claudio	CPF Nº: _____
AUXILIAR: Estedante	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 50CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 5CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO		
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01		BOCINA	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cirurgia	01		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				eletrodo	05		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOOL							
MONOFILON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE	01		
PROLENE							





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/11/19

NOME DO PACIENTE: Rdo 10/2 Silva	PRONTUÁRIO Nº: 45638
DIAGNOSTICO: Ovariossintese de faloange	CIRURGIA: Ovariossintese
ANESTESIA: Local	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Claudio	CPF Nº:
AUXILIAR: Brindante	CPF Nº:
ANESTESIA: —	CPF Nº:
INSTRUMENTADOR: —	CPF Nº:

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	04	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	FOLIA	03		PVPI TÓMICO	ML	100	
ÁGUA C/ OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPARA/DRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	—	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01		—	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cirurgia	01		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				eleito	05		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOOL							
MONO-FLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Gibelene			
PROLEVE							



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RAIMUNDO JOSÉ SILVA

CCD IDENTIDADE / CDD EMISSORAR
524265 889 PI

CPF
340.491.553-49

DATA NASCIMENTO
24/02/1964

PLACAO
JUAZES NATIETA DR
SILVA
RUIKE DA COSTA S.
SILVA

PERMISSÃO
AB

DATA DE VALIDADE
30/12/1999

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1650280565

PROIBIDO PLASTIFICAR
1650280565

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 EMISSÃO 23/09/14

HOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FUNÇÃO

CÍCERA MARQUES JUCUNDE

ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

CRATEUS-CE

CERT. NASC. 529 L. 08/14

EXP. CRATEUS-CE 25/09/18

840.173.173-91

LEI Nº 7.116 DE 29/06/63 - DECRETO Nº 89.250/63

ASSINATURA DO DIRETOR

22/05/1971

DATA DE NASCIMENTO

