

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Sistema SAJ..., Audiências..., Acesso 1º Grau..., Consulta proci..., 0821550-13.20..., Baixar o arquiv...

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=572427&ca=0ff1631e713677da72ce14e7c5929db...

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 0821550-13.2020.8.18.0140 PAULO PEREIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

Page Title: 12566530 - CONTESTAÇÃO (2757921 CONTESTACAO 01)

Subheader: Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 16/10/2020 10:45:06

Left sidebar: 16 Oct 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO
 - 12566520 - Petição
 - 12566530 - CONTESTAÇÃO (2757921 CONTESTACAO 01)
 - 12566534 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12566536 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12566538 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12566539 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 11

Document content:

2757921- C3/ 2020-03839/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
— ADVOCADOS ASSOCIADOS —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Taskbar: javascript:void(0), PT, 10:45, 16/10/2020



Número: **0821550-13.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **27/09/2020**

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	
PAULO PEREIRA DA 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
12566534	16/10/2020 10:45	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111229

Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO PEREIRA DA 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 15622755

Pag. 00505/00506 - 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, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111229

Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO PEREIRA DA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **PAULO PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **00000334150-0**

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 (DESPEAS 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 33415000 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

lo Representante Legal (se houver)

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: 011167/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/03/2020 14:09 Data/Hora Fim: 09/03/2020 14:18
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

581498

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/11/2019 08:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Porenquanto
Logradouro: rua clodoaldo freitas com jacob almeida

Ponto de Referência: CLINICA SANTA FE
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PAULO PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 26/11/1957 Idade: 62 anos
Naturalidade: PI - Campo Maior Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Raimunda Moraes da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 131.741.183-87

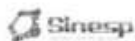
Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: rua lourival mesquita Nº: 1051
Bairro: santa maria

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 822.863.613-04	Placa OUC0757
Renavam 00544249445	Número do Motor JC41E1D741003
Número do Chassi 9C2JC4110DR741003	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor AMARELA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 09/06/2015	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Paulo Pereira da Silva	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Katia Maria Evangelista Torres
Data de Impressão: 09/03/2020 14:18
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: 011167/2020

RELATO/HISTÓRICO

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA EM MOTO E LOCAL CITADOS, QUANDO O PNEU DA MOTO COLIDIU COM UM GATO DE RAÇA E O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE; QUE, ESTA VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

ASSINATURAS

P/O: *frangulense*

Katia Maria Evangelista Torres

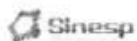
Escrivão de Polícia
Matrícula 008888

Responsável pelo Atendimento

Paulo Pereira da Silva

Paulo Pereira da Silva
(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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: Katia Maria Evangelista Torres
Data de Impressão: 09/03/2020 14:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000334150-0

Nr. da Autenticação CAD4AFC76E304250





EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.540.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse número

SEU CÓDIGO

0115533-4

Nº da Nota Fiscal: 032300696

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

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020 13-01-2020 317 308,38

PAULO PEREIRA DA SILVA
R. LOURIVAL MESQUITA 1051 1051 SANTA MARIA DA CODIP
CPF: 00013174118387
CEP: 64.012-430 - TERESINA

ROT: 4.001.48.41.036000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	4654	Atual:	06/01/2020
Anterior:	4337	Anterior:	05-12-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	05-02-2020
Consumo Medido:	317	Emissão:	03-01-2020
Consumo Faturado:	317	Apresentação:	06-01-2020
Forma de Faturamento:	NORMAL	FCAM	
Código de Irregularidade:		Dias de Consumo:	32

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2003552		1.1.1.1	235

HISTÓRICO kWh	Descrição da Conta
Mês/ano consumo	
DEZ/19 258	CONSUMO 317 A R\$ 0,897391 = 284,47
NOV/19 277	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 23,91
OUT/19 247	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,24
SET/19 243	
AGO/19 245	
JUL/19 225	
JUN/19 225	
MAI/19 214	
ABR/19 211	
MAR/19 232	

TARIFA DE TRIBUTOS:
R\$ 317 - 0,020740

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21-01-2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 5580.8E7E-937F-44EF-8B51-3C00-A493-803D
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPÓSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	58,30	Base de Cálculo:	284,47	207,66
Energia:	112,65	Alíquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	19,05	Valor do ICMS:		76,80
Encargos:	9,32	Valor do PIS:	0,71%	1,49
Tributos:	85,15	Valor do COFINS:	3,30%	6,86

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
	DIC	FIC	ENC
	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	5,19	10,39	20,77
Realizado	0,00	0,00	0,00
Composto	POTY	Período de Referência	11/2019

ROT: 4.001.48.41.036000

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



0115533-4

308,38

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.540.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

01/2020

13-01-2020

Nº da Nota Fiscal:

032300696 FCAM

83690000003 2 08380017000 9 00000000115 6 53340170008 4





Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0051000-7

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

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 VENCIMENTO
JANEIRO/2020 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 Medido:	217		Emissão:	22/01/2020	
Consumo Faturado:	217	FCAM	Apresentação:	23/01/2020	
Forma de Faturamento:	NORMAL		Dias de Consumo:	30	
Código de Irregularidade:					

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	275

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
DEZ/19	271	CONSUMO 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 - 0,025740

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO 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.

Valor onde constar para o valor de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio das nossas centrais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 36C8.516B.328B.A3B1.CE87.9772.A512.2F0E	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Distribuição	39,91
Energia	77,12
Transmissão	13,04
Encargos	6,38
Tributos	58,28
IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Base de Cálculo	194,73
Alíquota ICMS	27,00%
Valor do ICMS	52,57
Valor do PIS	0,71%
Valor do COFINS	3,30%
	4,69
INDICADORES DE CONTINUIDADE	
DAC	
Mensal	Trimestral
5,31	10,63
FIC	
Mensal	Trimestral
3,11	6,23
DPRC	
Mensal	Trimestral
12,45	3,03
DCCR	
Mensal	Trimestral
0,00	0,00
Conjunto	TERESINA-MACAIBA
Período de apuração	11/2019
Valor	98,08



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 numero 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Paulo Pereira Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 131.741.183/87, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Paulo Pereira Da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 131.741.183/87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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
			Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
					<u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina 10 de março de 2020
Local e Data

x Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01/2017





NOME DO PACIENTE: Paulo Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 257950

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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

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

Imp: 30/11/2019 10:37:31

(User: BENICIO SERGIO)

(Estação: GESS002)

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA		Prontuário: 257950
Mãe: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA		Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA
End.Resid.: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 26/11/1957	Idade: 62a0m4d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9991-1687
Responsável: SANDRA MARA		CNS: 898004017198548
Profissão: MOTOTAXISTA		Documento: RG: 301493 - SSP-PI
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 754338	Entrada: 30/11/2019 10:07:59	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA, A 01H. CONSCIENTE, ORIENTADO. REFERE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR À E, MSE. SABIDAMENTE HIPERTENSO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.		JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 Em: 30/11/2019 10:17:58

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: Paciente refere acidente com trauma de MSE, com dor, edema e crepitação em topografia clavicular E.
<i>RT - Inten de Lavagem</i>

Diagnóstico Inicial: 7	CID: J40.0
----------------------------------	----------------------

Exames Complementares: (1373894) - CLAVICULA ESQUERDA	<i>Elayne Mendes R. de Oliveira</i> SAME - HUT Confere com o Original
---	---

Prescrição Médica: <i>ca. Intenção para Tratamento Analgésico</i>	RA - X REALIZADO DATA: 30/11/2019 HORA: ____ TÉCNICO: ____
---	--

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

tura Paciente ou Responsável

Marcos Vitor F. de
traumatologia
BENICIO SERGIO
CRM PI - 2646 Em: 30/11/2019 10:37:30



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:45:06

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610450589600000011887412>

Número do documento: 20101610450589600000011887412

Num. 12566534 - Pág. 12

FICHA DE ADMISSÃO



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

Prontuario:
257950
Internação:
252877

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA				
End. Resid.: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI				
Cidade: TERESINA - PI			CEP: 64000-010	
Sexo: Masculino	Nascimento: 26/11/1957	Idade: 62a0m4d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: MOTOTAXISTA
Admissão: 01/06/2013	G. Instrução: Fundamental	Fone: 86- 9991-1687	Cartão SUS (CNS): 898004017198548	Procedência: TERESINA
Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA				
Mãe: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA				
Cônjuge:				
Responsável: SANDRA MARA				
End. Responsável: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI TERESINA - PI 64000-010				
Documento: RG: 301493 - SSP-PI				
Internou-se neste Hospital: () Sim () Não Internou Noutros Hospitais () Sim () Não				
História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)				
Trauma de ombro E com fratura				
DIAGNÓSTICO:				
Provisório: Fratura da clavícula			C I D: S420	
Principal:			C I D:	
Intercorrência:				
Sintomas e Sinais Principais:		Causa Mortis:	Hist. Patológico:	
TRATAMENTO:				
TIPO:	TERAPÊUTICA MÉDICA:	OPERAÇÃO:		EFICÁCIA:
() Nenhum		Principal:		() Eficaz
() Médico		Acessoria: Elayne Mendes R. de Oliveira		() Ineficaz
() Cirúrgico		SAME - HUT		() Prejudicial
() Méd. Cirug.		Confere com o Original		() Não Avaliado
DURAÇÃO:				
Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
ALTA SAÍDA:		TRANSFERÊNCIA:	ÓBITO:	
() Curado	() A Pedido	() Por Indisciplina	() Tisiologia	() <48 H, estado agônico ou pré-agônico
() Melhorado	() Int. P/Diagnóstico	() Evasão	() Psiquiatria	() <48 H, SEM estado agônico ou pré-agôn
() Inalterado	() Decisão Médica	() P. Ambulatório	() Outros	() Após 48 horas de Internação

Em: 30/11/2019

Ass. Médico





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

NOME DO PACIENTE **Paulo Pereira da Silva**

PRONTUÁRIO **257950**

DATA/HORA **30/11/19**

CÓDIGO **257950**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dieta hipossódica

Dieta hipossódica

1

2 SF 0,9% 500 ml EV em 24h PMV

3 Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h

4 Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD EV 12/12h

5 Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS

6 Captopril 25mg VO uma vez por dia

7 Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS

8 CCGG + SSW

9

Marcelo Vitor Pereira Carneiro Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-P1 4792 3803-12501

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Ortopédica	02		
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
		06:00. Paciente acordado	
		Tudo bem com	
		febre nº 36	
		no MSD	
		Danielle	
		08:37. Solicitado para-	
		ver de cardiologista.	
		Aqui remediado. Sine	
		C. REN-P1 270415	





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<i>Paulo Lemos da Silva</i>	PRONTUÁRIO	<i>857950</i>
DA CLÍNICA	ORTOPEDIA	LEITO	<i>CARNEIRO</i>
A CLÍNICA	CARDIOLOGIA		

MOTIVO DA CONSULTA

PACIENTE COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA.
SOLICITO AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO.

DATA *30.11.19*

Marco Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologista Ortopédico
CRM-PI 4747 SBC 12501
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

*Has m uso captopril
pa = 140 x 90
tg = normal
sem outros problemas*

Baixo risco cirúrgico
1/ Cirurgia ortopédica

01.12.19

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere como Original

Dr. Antonio Vitor P. de Carvalho Filho
CRM-PI 2135
CARDIOLOGISTA

MOD 016 - HUT

ELG OK!





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 252877
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 257950	
7-CNS: 898004017198548		8-Nascimento: 26/11/1957		9-Sexo: Masculino
Mãe: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA			RG: 301493- SSP-PI-Exp:	
13-Resp: SANDRA MARA			12-Fone: 86- 9991-1687	
15-Ender: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010			14-Fone: 86- 9991-1687	
16-Munic: TERESINA		17-Cod.IBGE: 221100		18-UF: PI
19-CEP: 64000-010				

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior 0408010150	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA		
21-Cod. Mudança Proced. 0308010019	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA		
27-CID Prim: T111	26-Diagnóstico: Ferimento do membro superior, nível não especificado	28-CID Sec.:	29-CID C.Ass.:

38-Profissional Responsável: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO	40-Tp. Documento: CPF	
Data Solicitação: 30/11/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 887.204.893-15	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR, EDEMA, TRAUMA DO OMBRO ESQUERDO COM CREPITAÇÃO EM TOPOGRAFIA CLAVICULAR.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(AMPARO LEAL)

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 267167
	AIH: 2219102403606

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
700700419362280	PAULO PEREIRA DA SILVA	26/11/1957	257950	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8699911687	RAIMUNDA MORAIS DA SILVA	SANDRA	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
64000010	AVENIDA MARANHÃO	1041		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CENTRO		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA NÃO ESPECIFICADA	0308010019

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	0408010150		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA NÃO ESPECIFICADA	0308010019		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR NÍVEL NÃO ESPECIFICADO	T111		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR, EDEMA, TRAUMA DO OMBRO ESQUERDO COM CREPITAÇÃO EM TOPOGRAFIA CLAVICULAR.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	30/11/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
170600533260002		30/01/2020 14:18:27

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original





P14

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

267167

M108
03/11

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**252877****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **PAULO PEREIRA DA SILVA**

6 - Prontuário: 257950

7-CNS: 898004017198548

8-Nascimento: 26/11/1957

9-Sexo: Masculino

RG: 301493 - SSP-PI

11-Mãe: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA

12-Fone: 86- 9991-1687

13-Resp: SANDRA MARA

14-Cor: Sem Informação

15-End: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI - 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:

Trauma de ombro E com fratura

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de cirurgia

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

Exame clínico e radiológico

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da clavícula

24-CID Prim:

S420

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

Tempo SUS

0408010150

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

2

29-Clinica:

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

02

01

CPF

887.204.893-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO

30/11/2019

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologista Ortopédico
CRM-PI 11101

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Emblema:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME HUT
Confere com o Original

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Usuário: (MARCOS VITOR)

Consulta Local: 754338

Consulta SUS:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 267167
	AIH: 2219102403606
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898004017198548	NOME DO PACIENTE PAULO PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 26/11/1957	SEXO M	PRONTUÁRIO 257950
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE RAIMUNDA MORAIS DA SILVA	RESPONSÁVEL SANDRA	
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO AVENIDA MARANHÃO		NUMERO / LOTE 1041	
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA DE OMBRO E COM FRATURA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO E RADIOLOGICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S420 - FRATURA DA CLAVICULA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO CPF: 88720489315 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 30/11/2019	
DATA ADMISSÃO 30/11/2019 10:07	DATA ALTA 01/12/2019 15:30	MOTIVO ALTA TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 37520645300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Elayne Mendes R. de Oliveira SAME - HUT Confere com o Original
DATA ANALISE 30/11/2019 11:51:49	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 257950)
Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 26/11/1957 Idade: 55a6m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 311383
Requisição: 325075 Solicitação: 01/06/2013 Solicitante: LINDOMAR DUTRA DE FEITAS SANTOS
Controle: 414347 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 01/06/2013

OMBRO ESQUERDO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(ANTONIO

TERESINA - PI 07/06/2013



Fundação Municipal de Saúde

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Conferido e Liberado por Senha em: 07/06/2013 19:16:44

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME HUT
Confere com Original





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 257950)
Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 26/11/1957 Idade: 58a10m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 576052
Requisição: 686634 Solicitação: 17/10/2016 Solicitante: ALBERT BASILIO MEDEIROS
Controle: 857753 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 17/10/2016

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 21/10/2016

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME HUT
Confere com Original



**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 257950)
Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 26/11/1957 Idade: 62a0m6d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 754338
Requisição: 1030555 Solicitação: 30/11/2019 Solicitante: BENICIO RODRIGUES SERGIO
Controle: 1373894 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 30/11/2019

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cavalgada no terço médio da clavícula.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 02/12/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME HUT
Confere com o Original





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Compare com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.

Em, 04/02/2020

Setor de Arquivo Técnico do HPMPi
Celia Regina da Silva Ten PM RR
RGPM 107029-84/MAT. 012825-2
Chefe do Setor de Arquivo Técnico/HPM

NOME DO PACIENTE: PAULO PEREIRA DA SILVA

NUMERO DO PRONTUÁRIO: 538525119

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPi
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado



2019

Comprovante da alta

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE**

Número do Laudo: 267398

M221100001

Orgão Emissor:

Paciente: PAULO PEREIRA DA SILVA

Nascimento: 26/11/1957

Procedimento:

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
CLAVICULA

CID:

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

Data da Solicitação: 01/12/2019

Data da

Autorização: 02/12/2019 10:51:36

AIH.: 2219102414958

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operador:

Atendimento (Data, Hora): 05/12/2019 11:21:30


RGPM 107029-RAMAT. 012015-2
Chefe do Setor de Arquivo Técnico/HPM



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 267398
	AIH: 2219102414958

FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	CNES 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SERIAL DO SUS 0000017198548	NOME DO PACIENTE PAULO PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 26/11/1957	SEXO M	PRONTUÁRIO 538525
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE RAIMUNDA MORAIS DA SILVA	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP 63600000	ENDEREÇO - LOGRADOURO AVENIDA MARANHÃO		NUMERO / LOTE 1041	
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Em 2019 14:59:23 PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA HA 01 HORA. CONSCIENTE, ORIENTADO. REFERE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR A E. FEZ EXAMES EVIDENCIANDO FRATURA DE CLAVÍCULA E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFERÊNCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAMES EVIDENCIANDO FRATURA DE CLAVÍCULA E

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S29 - FRATURA DA CLAVÍCULA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

OBJETIVO/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO MANEJO DE FRATURA - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	
HEITO/CLÍNICA CLINICA DE TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LEANDRO PONTE LEAL CPF: 16778699841 CRM:
ANALISTA LEANDRO PONTE LEAL	DATA SOLICITAÇÃO 01/12/2019
DATA ADMISSÃO 05/12/2019 16:23	DATA ALTA 05/12/2019 18:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LEANDRO PONTE LEAL CPF: 16778699841 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 05/12/2019 18:21:36 CPF: CRM: DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

(Assinatura)
Cirurgião Plástico de Mão Fechada DR
RGP 107029-BA/MAT. 0122015-2
Chefe do Setor de Neuro-Tecnologia





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

1147056

Identificação do Paciente

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

6 - Prontuário: 538525

INS: 898004017198548

8 - Nascimento: 26/11/1957

9 - Sexo: M

CPF:

Nome: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA

12 - Fone: 86-9.9911687

Nome: SANDRA MARA ALVES DA SILVA VELOSO

14 - Cor: PARDA

Endereço: LOURIVAL MESQUITA

1041

SANTA MARIA | 19 - CEP: 64012-430

Cidade: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100

18 - UF: PI

RG: 30149-3

Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Don e edema em
ombro Gx

Condições que justificam a internação:

Necessidade de cirurgia

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

RX ombro Gx

Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S420

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA CLAVICULA

Procedimento Solicitado

Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Tempo SUS

0408010185

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

2

Clinica:

30 - Carater.: 02

Ident.: 1

31 - Documento: CPF

32 Doc. Med. Solic. 16778699841

Nome do Profissional / Assistente

RODRIGO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

01/12/2019

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - Acidente de Trânsito:

38 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bônus:

41 - Serie

37 - Acidente de Trabalho Típico:

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

39 - Acidente de Trabalho Trajetado:

40 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável:

Ednan Soares Coutinho

Chefe do Setor de Análise Técnica

Usuário: IRANR.SOARES

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão 16:18:58



PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/
AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ	2. CNES 2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ	4. CNES 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE PAULO PEREIRA DA SILVA			
1. RG 5	7. CARTÃO NACIONAL SUS 81981014191711918154181	8. DATA NASC. 26.11.1957	9. SEXO: M / F 1
10.1 NOME DO RESPONSÁVEL Kaimunda Moraes da Silva		DOCUMENTOS: RG 3101493	CPF 3101493
12.1 BAIRRO São Maria da Codipi		12.3 COMPLEMENTO	
12.2 BAIRRO LOCAL		COMPLEMENTO LOCAL	
13. MUNICÍPIO TERESINA	14. IBGE	15. UF	16. CEP 64012430

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor e edema em onheio			
CAUSAS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de amparo			
RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) Exame de urina			
20. CID 10 PRINCIPAL M54.2	21. CID 10 SECUNDÁRIO	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26. TIPO DO PROCEDIMENTO Exame de urina	
27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Giovanni...
29. DT/SOLICITAÇÃO	30. CNS/CPF
31. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) 5285	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE	35. SÉRIE
36. CNPJ EMPRESA	39. CNAE EMPRESA	40. CBOR
43. () LEVE 44. () GRAVE 45. () GRAVÍSSIMA		

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR Ardor Cruz Mendes Ass. de Auditoria ORCA/EMS CRM-PI 12005 OF-131785-47304 CNS 20383399610008	JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO
50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA	51. DT. AUT.
52. CNS/CPF	53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)

ENTE OU RESPONSÁVEL:





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL ☐ SIM ☐ NÃO ☐ DE OUTROS HOSPITAIS ☐ SIM ☐ NÃO ☐ CLÍNICA Médico Assistente Permanência CLÍNICA	FICHA DE PRONTUÁRIO			01/12/2019
	Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA			Pront.: 538525
	Nasc.: 26/11/1957 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO	
	Atendimento: 1147056		Enfermaria: POSTO II	ENF 213 LEITO
	Pal:		Leito: 213	
	Mãe: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA			
RG: 301493				
Residência:				
LOURIVAL MESQUITA Nr.: 1041 Cep: 64012430				
Bairro: SANTA MARIA DA CODIPE Cidade: TERESINA Telefone: 86 - 99911687				

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Don e edema em
ouvido Bz*

DIAGNÓSTICO		
<i>Fratura clavícula</i>		
CID S420		
<i>Fratura clavícula Bz</i>		
CID S420		
Causa Médica		Histo - Patológico:

TRATAMENTO			
Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico			☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO		
Tempo de Internação 01/12/2019 16:17:45	Data da Alta 02/12/2019	Data da Hospitalização 1/1

ALTA		
Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☐ Removido ☐ Aliviado ☐ Medido ☐ Internação p/ Diagnóstico	☐ Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatório	☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação		

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

Unidade de Registro de Ocorrências
RORPM 107029-BA-MAT. 0123015-2
Chefe do Setor de Atuação Técnica (RPM)





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 04 / 12 / 19
Nº DO PRONTUÁRIO 5385215 SALA 08
CÓD DA CIRURGIA: 0408010150

Descrição da Cirurgia:

Idé em os los Elapneo
aséptico / antisséptico
campos / incisão
direção / redireção
incisão / futura
curativo


Cirurgião: 13405

Cirurgia: Heterotopia clavicula B

Cirurgião: Glorauer

Auxiliar:

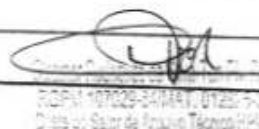
Auxiliar:

Auxiliar:

Instrumentador: Rêdon

Relatante: Antônio

CORFV-PI 522.620


COPM 107029-SANIT. 01251-90
Direção de Saúde de Piauí (Tecnologia)





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

REQUERIMENTO: 178683
PACIENTE: PAULO PEREIRA DA SILVA
NOME DA MÃE: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA
DATA DO NASCIMENTO: 26/11/1957
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 04/12/2019
DATA DO LAUDO: 11/12/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-tratamento cirúrgico de fratura no terço médio/distal da clavícula esquerda, fixada com fio de kirschner.
Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.
Discretas alterações degenerativas na articulação acrômio-clavicular.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Controle pós-tratamento cirúrgico de fratura no terço médio/distal da clavícula esquerda, fixada com fio de kirschner.
Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.
Discretas alterações degenerativas na articulação acrômio-clavicular.


Dr. Manoel Messias P. de Sousa
MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR
CRM-PI 2869 - RQE 3048
Dr.(a) MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA
CRM: 2869


Dr. Ednan Soares Coutinho
RGPM 101629-BA/MT, 0701-PI
Chefe do Serviço de Radiologia

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina-PI
CEP: 64.014-220 - CNPJ: 07.444.159/0002-25

Telefone: 3216-1528 / 3216-1529
Whatsapp: 9.9443-6110





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 178185
PACIENTE: PAULO PEREIRA DA SILVA
NOME DA MÃE: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA
DATA DO NASCIMENTO: 26/11/1957
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 01/12/2019
DATA DO LAUDO: 19/12/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura cominutiva, oblíqua, desalinhada, localizada na diáfise média da clavícula esquerda.
Redução assimétrica do espaço articular acrômio-clavicular, associada a esclerose óssea e
cistos subcondrais.
Aumento do volume e da densidade das partes moles do ombro.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva, oblíqua, desalinhada, localizada na diáfise média da clavícula esquerda.
Artrose acrômio-clavicular.
Aumento do volume e da densidade das partes moles do ombro.


Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-PI: 4173
Dr.(a) LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173


Médico
CRM-PI: 4173

Av. Higino Cunha, 1642 – Ilhotas - Teresina-PI
CEP: 64.014-220 - CNPJ: 07.444.159/0002-25

Telefone: 3216-1528 / 3216-1529
Whatsapp: 9.9443-6110





Estado do Piauí:
Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde - FMS

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

Solicitação de Transferência

Formulário para Solicitação de Regulação/Transferência

<u>Qualidade Requerida:</u> COPELISTA		<u>Nº Cartão SUS:</u> 898004017198548	
<u>Nome do paciente:</u> PAULO PEREIRA DA SILVA (Prontuário: 257950)		<u>Raça/Cor:</u>	
<u>Data de Nascimento:</u> 01/11/1957	<u>Idade:</u> 62a0m5d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>RG/CPF:</u> RG: 301493 - SSP-PI
<u>Nome da Mãe:</u> MARILINDA MORAIS DA SILVA			
<u>Endereço:</u> R. LOURIVAL MESQUITA 1041		<u>Bairro:</u> SANTA MA. CODIPI	
<u>Cepimento:</u>	<u>CEP:</u> 64000-010	<u>Município:</u> TERESINA	<u>UF:</u> PI
			<u>Fones:</u> 86-9991-1687

<u>Dados Vitais:</u>	<u>PA:</u>	<u>Saturação:</u>	<u>Glicemia:</u>	<u>Temper.:</u>	<u>FC:</u>	<u>FR:</u>	<u>Uso O2</u>	<u>Niv. Consc.</u>	<u>Clas. Risco:</u>
S420	120	80			39	16	Não	15	Prioridade Máxima

Quadro Clínico:

PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA, A 01H. CONSCIENTE, ORIENTADO. REFERE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR À E, FEZ RX EVIDENCIANDO FRATURA DE CLAVICULA E

Exames/Resultados:

Exame Diagnóstico Complementar:

Tratamento Realizado:

Observação Transferência:

EM ESPERA DE ATAGUARDA

Data Sol.: 01/12/2019 14:53:04

Paulo Henrique F. Cunha
Médico
CRM 17388
Carimbo Ass. Prof. Saúde.

Carimbo
RGP 197026-84-MAT. 012615-3
Cidade do São de Argemir Teresina-PI

577 Origem: Internação - Estação: REGULA004





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
RUA DR. OTTO FILHO 1820 - Redenção - Fone: 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 Cnpj: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 79208 - Em: 16/10/2019

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Nasc.	Clinica:	Enfermarias:	Leito:	Médico Assistente:		
252877	257950	PAULO PEREIRA DA SILVA	26/11/1957	POSTO 2	SUPLENTERIA	EXTRA 20	JOAO FRANCISCO DE SOUSA FILHO		
Evolução:	ESTAVEL	Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:					
Horas:	PRONTUÁRIO DE CLAVICULAR								
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA,								
1	CICRETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO)	1,00	Frasco	EV	24/24h				12h, 55w - PA 20/10/19
2	PANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	ampola	EV	8/8h				12h, 55w - PA 20/10/19
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	ampola	EV	6/6h				12h, 55w - PA 20/10/19
4	TIENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL, INJ.	1,00	ampola	EV	12/12h				12h, 55w - PA 20/10/19
5	TIENOXICAM 100MG/2ML, INJETAVEL	1,00	ampola	EV	8/8h				12h, 55w - PA 20/10/19

João Francisco de Sousa Filho
Gerente Médico do Pronto Atendimento
RUA DR. OTTO FILHO 1820

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:45:06
http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610450589600000011887412
Número do documento: 20101610450589600000011887412

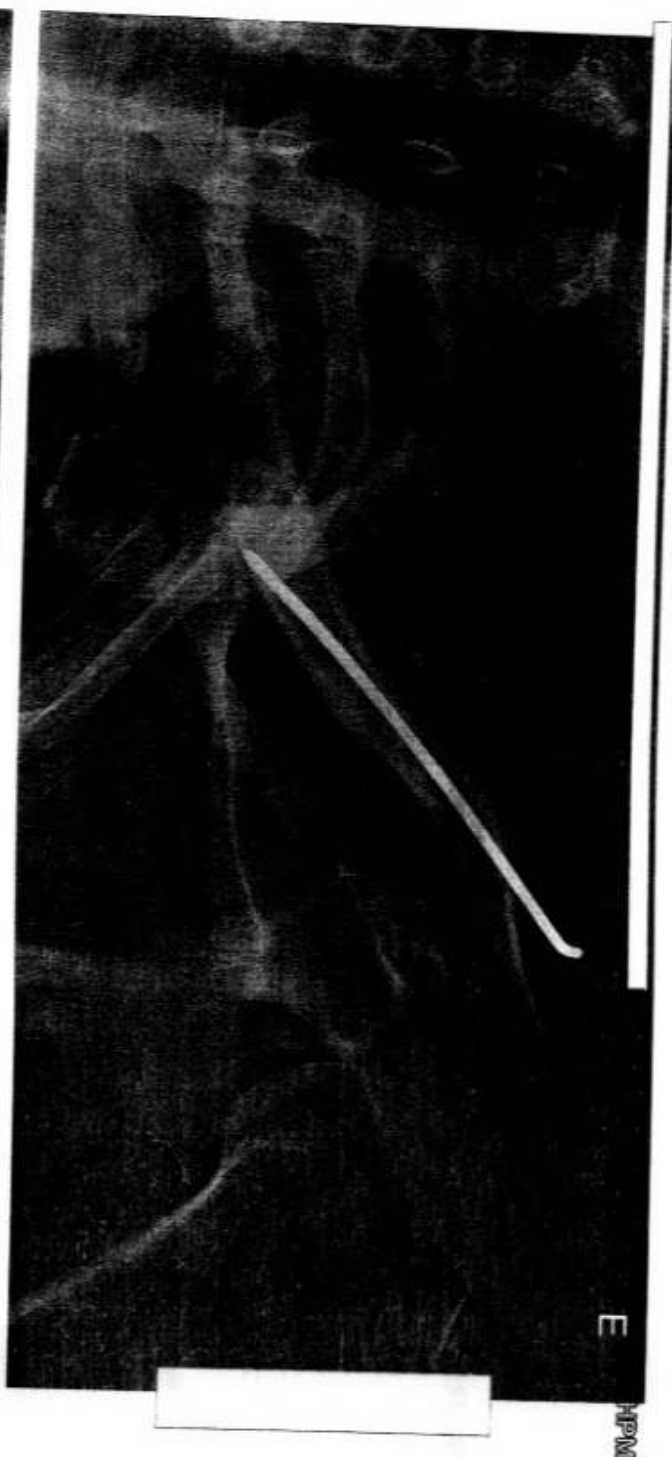


Num. 12566534 - Pág. 35

ID: 178688
Paciente: PAULO PEREIRA DA SILVA
Idade: 023Y
Sexo: M

[Handwritten signature]
LUCAS MORAES DA SILVA
RUA DO SOL, 100 - JARDIM
SOLARIS - FLORESTA - RECIFE - PE

Mover 1638
Exame: 04/12/2019



ID: 178185
Paciente: PAULO PEREIRA DA SILVA
Idade: 032Y
Sexo: M

Horas: 08:32
Exame: 02/12/2019




EDNAN SOARES COUTINHO



04/11/20



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PIAUÍ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1836980925

NOME
PAULO FERREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMBOCADOR
301493 SEP PI

CPF
131.743.193-87

DATA NASCIMENTO
26/11/1957

FUNÇÃO
JOÃO FERREIRA DA SILVA

RAIMUNDA MORAES DA SILVA

PERMISSÃO
27692870096

ACC
27320801181

CAT. HAB.
A2

Nº REGISTRO
03168034694

VALIDADE
09/07/2024

HABILITAÇÃO
13/06/1981

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR
Paulo Ferreira da Silva

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
11/07/2019

ASSINATURA DO EMISOR
27692870096
27320801181

PROIBIDO PLASTIFICAR
1836980925

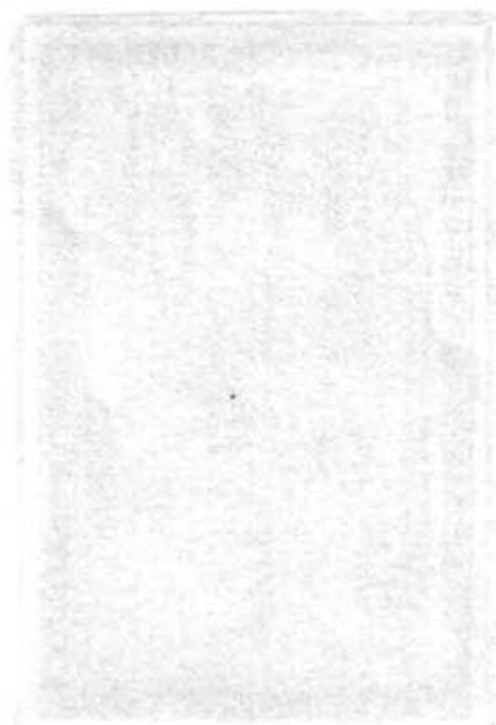
PIAUI





VÁLIDA 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 ANTÔNIO SOARES JUCUNDE
NATURALIDADE	CRATEUS-CE
DOC. ORIGEM	22/05/1971
CERT. NASC.	529 L A1/F 141
EXP. CRATEUS-CE	25/09/78
TERESINA - PI	840.173.173-91
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	





Prezado analista
por favor desconsiderar
esta ata.
Galo



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088179/20

Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA

CPF: 131.741.183-87

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 30/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DA 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

PAULO PEREIRA DA SILVA : 131.741.183-87

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: 11/03/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111229 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA
P2,5,15,19,20,25

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Paulo Pereira da Silva
 RG: 301493 ORG. EMISSOR: SSP/PF D. EXPEDIÇÃO: 11/07/19
 CPF: 131.741.183-87 ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: motofarista
 ENDEREÇO: Rua Lorrival Mesquita Nº: 1051
 COMPLEMENTO: casa BAIRRO: Santa Maria da
 CIDADE: Terezina ESTADO: PI CEP: 64.00000 TELEFONE: woodipi

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Raze Soares Marques
 RG: 4 ORG. EMISSOR: SSP/PF D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 84017317391 ESTADO CIVIL: solteiro PROFISSÃO: Recusante
 ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro Nº: 544
 BAIRRO: Terezina CIDADE: Terezina UF: PI CEP: 64.000235

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 DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

Paulo Pereira da Silva

Data do acidente de trânsito: 30/11/2019

Cobertura da vítima: Invalido

LOCAL / DATA: Terezina Piaui 16/12/2019

Paulo Pereira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



CARTÃO INEMISTOCLES SAMPAIO
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Kátia GARDENIA DA SILVA SANTOS
 Escrevente Autorizada

RECONHECER POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE PAULO PEREIRA DA SILVA, DOU FE. EM SPST DA VERDADE. Terezina-PI, 16/12/2019. Selo: AAP07467-1AIN www.tjpi.jus.br/portalestra. KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA EML13.85-RU:0.77 FPM0/P:0.10 Selo:0.26 Total:4.98 - OP:202 PROCURAÇÃO PARTICULAR

CONSULTE O SELO DIGITAL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088179/20

Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA

CPF: 131.741.183-87

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 30/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DA 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

PAULO PEREIRA DA SILVA : 131.741.183-87

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: 11/03/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

