
Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200086509

Vítima: HENRIQUE DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HENRIQUE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200086509

Vítima: HENRIQUE DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HENRIQUE DOS SANTOS

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: HENRIQUE DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000093138-4

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



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

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

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: CONTA: (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, 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 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 53 - Assinatura do Procurador (se houver)

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 57 - Assinatura do Procurador (se houver)

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 59 - Assinatura do Procurador (se houver)

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 61 - Assinatura do Procurador (se houver)

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 63 - Assinatura do Procurador (se houver)

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 65 - Assinatura do Procurador (se houver)

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 67 - 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: 004563/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2020 10:05 Data/Hora Fim: 07/02/2020 10:19
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 20/11/2019 00:10

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Três Andares
Logradouro: BR 343

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: HENRIQUE DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 29/05/1998	Idade: 21 anos
Naturalidade: AM - Lábrea	Profissão: Operador de Caixa		
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria Francisca dos Santos			

Documento(s)

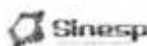
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 073.248.403-02

Endereço

Município: Demerval Lobão - PI
Logradouro: RUA FRANCISCO CARVALHO MELO Nº: 5805
Bairro: SÃO PEDRO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 073.248.403-02	Placa OUC4061
Renavam 01179563937	Número do Motor JC48E3J212103
Número do Chassi 9C2JC4830JR212044	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor LARANJA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Demerval Lobão	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125
Modelo HONDA/BIZ 125	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 25/01/2019	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Henrique dos Santos	Possuidor





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004563/2020

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE DISSE QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTO SENTIDO DIRCEU-TABULETA QUANDO DE REPENTE PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E CAIU. QUE O MESMO NÃO TEM HABILITAÇÃO. SOCORRIDO PELO SAMU, PRONTUÁRIO N:2900 LEVADO PARA O H.U.T. PRONTUÁRIO N:501237. ESTE SERÁ PARA REQUISIÇÃO DO D. P.VAT. ERA O B.O.

ASSINATURAS


Jose Nilton Nunes Filho
agente de polícia
Matrícula 009070x

Responsável pelo Atendimento


Henrique dos Santos
(Vítima - Comunicante)

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

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

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

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 93 138 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

Peço 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) ☐ 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 (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

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 - PE 19/02/2020

*Henrique dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 de 1ª	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			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vitima				
	20 Meio de locomoção				
Exame Físico	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Assistência	23 Glasgow				
	24 Sinais Vitais				
Hospital de Destino	25 Local da lesão				
	26 Pupilas				
Observações Interdisciplinar	27 Pulso Radial				
	28 Sangramento				
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10					
30 Fratura					
31 Procedimentos realizados					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinar					
Responsável pela recepção					
Socorristas Médico					
Enfermeiro					
Condutor					

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: 05/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HENRIQUE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000093138-4

Nr. da Autenticação 5C98C549D6B8C545



EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.940.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 05/08



0109198-0

Nº da Nota Fiscal 029776378

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\$)
NOVEMBRO/2019 18/11/2019 417 440,36

ANTÔNIA FAUSTINO VIEIRA
C1 OTRCEU ARCOVERDE II 12 QD 219 CASA 12DIRCEU ARCOVERDE II
CPF: 0003737671300
CEP: 64.078-180 - TERESINA ROT: 3.001.73.22.730900

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual	22778	Atual: 11/11/2019
Anterior	22361	Anterior: 10/10/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima leitura: 11/12/2019
Consumo Medido	417	Emissão: 08/11/2019
Consumo Faturado	417	Apresentação: 11/11/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A657198		1.1.1.1	333

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
OUT/19 479	CONSUMO 417 A R\$ 0,951139 = 396,62
SET/19 419	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CUBIP) 32,00
AGO/19 323	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00 0,65
JUL/19 277	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,21
JUN/19 285	MULTA POR ATRASO 09/19-00 3,16
MAI/19 360	JUROS POR ATRASO 09/19-00 1,72
ABR/19 283	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,03
MAR/19 306	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,97
FEV/19 315	
JAN/19 313	

Taxa de Serviço de Entrega de Energia - TSEE
R\$ 4,00 - 4,00

NOTIFICACAO DE REALIZACAO DE PAGAMENTO DE SACO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/11/2019. O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA, caso tenha afetado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
10/2019	394,12	

LIGUE 3600 086 0800 E FAÇA O PCAO. VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Valor a ser pago pelo faturamento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes do vencimento, conforme o prazo de pagamento.

RESERVAÇÃO AO FISCO F3E0.4294.561 F4F8.8DD8 1111 AFID CB4A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	77,99	Base de Cálculo:	396,62
Energia	156,72	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão	25,49	Valor do ICMS:	107,08
Encargos	12,48	Valor do PIS:	4,07
Tributos	129,94	Valor do COFINS:	18,79

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC			PIC			DMC	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,19	10,39	20,77	3,16	6,73	12,45	2,94
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Composto TERESINA-JOCKEY						Período de pagamento:	09/2019
							148,36



Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

00510097

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro-Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.391.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-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) TOTAL A PAGAR (R\$)
217 217,42

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 Estimado:		217	Apresentação:	23/01/2020
Forma de Faturamento:	NORMAL		Dias de Consumo:	30
		Código de Irregularidade:		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fel.	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 - R\$ 8.629,40

RECOMENDACAO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

RESERVADO AO FISCO 36C8.516B.328B.A3B1.CE87.9772.A512.2F0E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 39,91	Base de Cálculo: 194,73 142,15
Energia: 77,12	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 13,04	Valor do ICMS: 52,57
Encargos: 6,38	Valor do PIS: 0,71%
Tributos: 58,28	Valor do COFINS: 3,30%
	4,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	ONC			FIC			TSEE	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
Limite:	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado:	0,00			0,00			0,00	
Conjunta	TERESINA - MACAUBA						Período de apuração:	11/2020
							EOSD:	98,08

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 9221204 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29652>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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**.

Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros no Brasil, atua privativa aberta, capitalização e resseguro.

Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, atua privativa aberta, atua para prevenir, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas no art. 1º da Lei nº 9.613/1998.

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 Henrique Dias Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 073.248.403/02 do sinistro de DPVAT IPVA da Vítima
Henrique Dias Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.248.403/02, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso Anexo 4º e 5º da Circular Susep 445/12: Recuso comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora, que o DPVAT foi emitido 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. 293 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua 24 De Janeiro</u>		Cidade	<u>Terresina</u>	UF	<u>PI</u>	CEP	<u>64000-235</u>
Complemento	<u>Sua</u>							
					Telefone comercial		(86) 99534-6565	

Terresina, 19 de Fevereiro de 2020
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



NOME DO PACIENTE: HENRIQUE DOS SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 501237

MA
Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

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

- ORTUPEDIA

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

Imp: 20/11/2019 01:26:43

(User: ADONIRAN)

(Estação: CONSULTA03)

Nome: HENRIQUE DOS SANTOS		Prontuário: 501237	
Mãe: MARIA FRANCISCA DOS SANTOS		Pai:	
End.Resid.: QD 02 CS 4 - JOAO DA MATA - DEMERVAL LOBAO - PI - CEP: 64390-000			
Nascimento: 29/05/1998	Idade: 21a5m22d	Sexo: Masculino	Fone: 86-95396-261
Responsável: O MESMO		CNS: 898001038731382	
Profissão: GERENTE		Documento: CPF: 073.248.403-02	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 752609	Entrada: 20/11/2019 01:13:58	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
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:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

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 VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO H +/- 2 HORAS, CHEGA AO SPA COM QUEIXAS DE DOR EM OMBRO DIREITO, ESCORIAÇÕES EM MSD, E QUADRIL.
VIAS AEREAS PERVEAS, ECG 15, ABDOMEN INOCENTE, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO DIREITO.

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

DATA RAO X REALIZADO
TÉCNICO
HORA

Diagnóstico Inicial:**Exames Complementares:**

(1365411) - OMBRO DIREITO
(1365412) - ABDOMEN DEITADO

Prescrição Médica:

Dr. Moisés
MÉDICO
CRM 14780

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ADONIRAN DE MOURA SILVA
3745 - PI Em: 20/11/2019 01:26:39

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 263883 AIH: 2219102381749
--	--

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
898001038731382	HENRIQUE DOS SANTOS		29/05/1998	501237	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	86995396261	MARIA FRANCISCA DOS SANTOS	O MESMO		
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)			NUMERO / LOTE	
64390000	TRES DE MAIO			88	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
CENTRO			DEMERVAL LOBAO		PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	0308010019

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		CÓDIGO	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA		0408010150	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		CÓDIGO	
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA		0308010019	
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR NIVEL NAO ESPECIFICADO	T111		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO, APRESENTANDO FRATURA DE CLAVICULA.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
RICARDO SOARES VALENCA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
980016280083301	17/12/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS			
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO	
980016001406516		17/12/2019 14:27:28	

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original



p2

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

263803

**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	25213

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: HENRIQUE DOS SANTOS			6 - Prontuário: 501237
7-CNS: 898001038731382	8-Nascimento: 29/05/1998	9-Sexo: Masculino	CPF: 073.248.403-02
11-Mãe: MARIA FRANCISCA DOS SANTOS			12-Fone: 86-95396-261
13-Resp: (O MESMO)			14-Cor: Sem Informação
15-End: QD 02 CS 4 - JOAO DA MATA - CEP: 64390-000			
16-Munic: DEMERVAL LOBAO	17-Cod.IBGE: 220330	18-UF: PI	19-CEP: 64390-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
**PACIENTE COM ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO APRESENTANDO FRATURA DE CLAVICULA.
NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES**

21 - Condições que justificam a internação:
NECESSIDADE DE CIRURGIA

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

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

RADIOGRAFIA

23-Diagnóstico Inicial: Fratura da clavícula	24-CID Prin: S420	25-CID Sec.1	26-CID C.Ass.
--	-----------------------------	--------------	---------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408010150		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA		Tempo SU
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 787.098.575-91	Dr. André Luis S. Nogueira MÉDICO CRM-MG 0930
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA			34-Data Solicitação: 20/11/2019	
				35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

Dr. André Luiz S. Nogueira
MÉDICO
CRM-PI: 6938

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>M. dos Santos</i>	Usuário: (CHAGAS) Consulta Local: 732609 Consulta SUS: Impressão: 20/11/2019 03:00:00

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 263803
	AIH: 2219102381749
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 898001038731382	NOME DO PACIENTE HENRIQUE DOS SANTOS	NASCIMENTO 29/05/1998	SEXO M	PRONTUÁRIO 501237
DOCUMENTO CPF 86995396261	TELEFONE 86995396261	NOME DA MÃE MARIA FRANCISCA	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP 64390000	ENDEREÇO - LOGRADOURO TRES DE MAJO			NUMERO / LOTE 50
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO DEMerval LOBAO	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO APRESENTANDO FRATURA DE CLAVICULA. NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAMES RX

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 ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) RICARDO SOARES VALENCA CPF: 78709857591
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 20/11/2019
DATA ADMISSÃO 20/11/2019 01:13	DATA ALTA 22/11/2019 23:40
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

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ERICA PATRICIA CHAVES CPF: 89671341349	CRM:	DATA ANALISE: 20/11/2019 02:23:38	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF	CRM	DATA ANALISE
---	-------------	--	---	------------	---------------------

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - JT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA NO.: 77380 - Emissão: 22/11/2019

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt. Nasc.:	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
25/11/2019	501237	29/05/1998	MASTO. 2	ENFERMARIA 104	LEITO 04	JOSE FERNANDO NETO
Evolução:	Estável	Alergias: Nega		Diagnóstico/Comorbidades: 21a... Clavícula D		
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE, Visto Neto Alimentação Normal					
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO" MANter ACESSO		EV	24/24h		
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		EV	6/6h		
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL (SE) DOR REFRATÁRIA		EV	12/12h		
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. (SE) NAUSEAS OU VÔMITOS		EV	8/8h		
5	CAPTOPRIL 25MG (SE) PAS > 160 OU PAD > 110 mmHg		Oral	SN		

Observações Gerais: SSV + CCG

Preop OK

[Assinatura]
Jose Henrique Neto
Secretário do Departamento
CRM 1558
CPF 096.897.373-85

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CAR. AMPLANTIA AS 13:00

Dr. Leonardo Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM PI 44681 EOT 12469


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 26.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 501237)
 Endereço: C 12 CS 4 - JOÃO DA MATA - DEMÉRIVAL LOBÃO - PI CEP: 64030-000
 Nascimento: 29/05/ 998 Idade: 20a10m26a Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 705316
 Requisição: 413342 Solicitação: 30/01/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1146369 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SiA: 0204060125

Data Exame: 30/01/2019

JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico do joelho 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.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/04/2019

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua João de Deus, 1620 - Redenção - Fone: 36 3218 5445

Teresina - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.962.1917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 501237)
 Endereço: **C. O. DOS 4 - JOÃO DORNATA - DERMEVAL LOBÃO - F. DEF: 64390-000**
 Nascimento: **29/12/1998** Idade: **20a/01/2019** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **705316**
 Requisição: **913542** Solicitação: **30/01/2019** Solicitante: **BRUNO CALAÇA RIBEIRO**
 Controle: **1145370** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 30/01/2019

COTOVELO ESQUERDO

O estudo radiológico do cotovelo esquerdo foi realizado nas incidências em
 pa. perf.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- FRATURA MINUTIVA DO OLÉCRANO.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/04/2019

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 363.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.521.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 501237)
 Endereço: QD 02 CS 4 - JOAO DA MATA - DEMERVAL LOBATO - PI CEP: 64090-000
 Nascimento: 29/03/1998 Idade: 20a8m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 705316
 Requisição: 815345 Solicitação: 30/01/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
 Controle: 1145371 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 30/01/2019

T.C. DE FACE

EXAME PERFORMADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE DECREMENTO. EVIDENCIAM-SE:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- SEIOS MAXILARES, FRONTALIS E SEIO ESFENCIOIDAL COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOIDAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATOS, PROCESSOS FRONTALIS E ESFENO-ETMOIDAIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOS: NÍVEL DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/01/2019

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

WILSONNEY HOLANDA LEAL
 CPF 373.207.853-15 CRM - PI 2062
 Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Otto 1920 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CEPX: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 501237)
Endereço: C 12 CS 4 - JOÃO DA MATA - GEMERVAL LOPES - PI CEP: 64030-000
Nascimento: 29/05/998 Idade: 20a10m28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 232008
Requisição: 917071 Solicitação: 01/02/2019 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1146339 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 233 EXTRA 001

RELATÓRIO

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 01/02/2019

MAO ESQUERDA

O estudo radiológico na mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e relações articulares intactas.
- Ausência de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

TERESINA - PI 26/04/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Manoelito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 501237)
Endereço: C 208 4 - JOAO DA MATA - TERMEVAL LOBÃO - PI CEP: 64030-000
Nascimento: 24/03/99 Idade: 21a5m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752609
Requisição: 000584 Solicitação: 20/11/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
Controle: 0385411 Convênio: SUS

RELATÓRIO

Data Exame: 20/11/2019

Cod. SIA: 020404035

OMBO DIREITO

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

- Fratura no 1/3 médio da clavícula.

TERESINA - PI 25/11/2019

(IRANDI SILVA)

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

ELIANE RODRIGUES MENDES
CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Cel. João Tito 1600 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-730 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 501237)
Endereço: C.O. 02 CS 4 - JOAO DA MATA - CEMERVAL LOBATO - PI CEP: 64390-000
Nascimento: 29/05/1998 Idade: 21a5m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752609
Requisição: 1006585 Solicitação: 20/11/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
Controle: 1365413 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Data Exame: 20/11/2019

Cod. SIA: 0204040060

CLAVICULA DIREITA

O estudo radiológico na clavicula direita foi realizado nas incidências em
pa-rete-las
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente desalinhada a 3/4 da média da clavicula.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/11/2019

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

RUA Dr. João Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 501237)
 Endereço: R. WILSON 4 - JARDIM DA LUTA - CORREIO LOBÃO - PI CEP: 64030-000
 Nascimento: 24/03/1998 Idade: 21 anos Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752609
 Requisição: 306537 Solicitação: 20/11/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
 Controle: 1365415 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 20/11/2019

TÓRAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- OPACIDADE PARENQUIMATOSA NO LOBO SUPERTORACÍCO.
- SEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/11/2019

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

GERSON LUIS MEDINA PRADO
 CPF: 395.585.043-20 CRM-PI 2587
 Profissional Responsável



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



Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fe

Em, 30/11/2020

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

NOME DO PACIENTE: BENEDICTO DOS SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 496766115

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE****Número do Laudo:** 265027**Orgão Emissor:**

Paciente: 000001

Paciente: HENRIQUE DOS SANTOS**Nascimento:** 29/05/1998**Procedimento:**

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

CID:

S4011 - FRATURA DA CLAVICULA

Data da Solicitação: 22/11/2019**Data da****Autorização:** 23/11/2019 17:39:47**AIH.:** 2219102396390**Estabelecimento Executante:** HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

AUTORIZADOR

Operador:**Atendimento (Data, Hora):** 28/11/2019 16:39:20
FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
PACIENTE: HENRIQUE DOS SANTOS
NASCIMENTO: 29/05/1998
LAUDO: 265027
DATA: 28/11/2019 16:39:20
LOCAL: SERVIÇO DE ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 265027

AIH: 2219102396390

FORMA DE ENTRADA: ESTADUAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

40411038731382

HENRIQUE DOS SANTOS

NASCIMENTO

28/05/1998

SEXO

M

PRONTUÁRIO

446760

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

86995306261

MARIA FRANCISCA DOS SANTOS

RESPONSÁVEL

LUCILEIDE DOS SANTOS GONCALVES

CEP

4290000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

TRES DE MAIO

NUMERO / LOTE

50

BAIRRO

CENTRO

COMPLEMENTO

MUNICIPIO

DEMEVAL LOBAO

UF

PI

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM TRAUMA EM OMBRO QUE OCASIONOU FRATURA EM CLAVICULA DIREITA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

- RADIOGRAFIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL

- FRATURA DA CLAVICULA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

H40B010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LEITO/CLINICA

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

22/11/2019

JOSE ANTONIO DIAS FILHO

CPF: 48153834304

CRM:

DATA ADMISSÃO

12/11/2019 23:49

DATA ALTA

28/11/2019 15:41

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TPO 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))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

FENIL CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA

081741034

CEM

DATA ANALISE: 23/11/2019 11:29:47

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

2019-11-22 15:41:00
01029-8 MAT 012025-2
Unidade de Apoio Hospitalar



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

1140000

Identificação do Paciente

Nome: HENRIQUE DOS SANTOS

6 - Prontuário: 446760

1 - Id: 898001038731382

8 - Nascimento: 29/05/1998

9 - Sexo: M CPF:

2 - Pai: MARIA FRANCISCA DOS SANTOS

12 - Fone: 86-9.95396261

3 - Mãe: LUCILEIDE DOS SANTOS GONCALVES

14 - Cor: PARDA

4 - Endere: JOAO DA MATA

VILA BARTOLO 19 - CEP: 64390-000

5 - Médico: DEMERVAL LOBAO

17 - Cod. IBGE: 220330 18 - UF: PI RG: 39567-53

Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Don e edema em
ombro An

Condições que justificam a Internação:

Necessite fio curativo

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

RX ombro An

Diagnostico Inicial:

24 - Cid Princ.: S420

25 - Cid Sec.: 26 - Cid C.Ass.:

FRATURA DA CLAVICULA

Procedimento Solicitado

Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

2408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo SUS

2

Clinica:

30 - Carater: 02

Ident.: 1

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

CPF

16778699841

Nome Profissional / Assistente

DRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

22/11/2019

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Serie

Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

Acidente de Trabalho Trajet.

Início 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.

Usuário: LUZA.SOBRIHO

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão 23:52:19



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		22/11/2019	
SIM ☐	NÃO ☐	Nome: HENRIQUE DOS SANTOS		Pront: 446760	
DEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 29/05/1998 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO		
SIM ☐ NÃO ☐		Atendimento: 1140000	Enfermaria: POSTO II	ENF 206 LEITO	Leito: 206
CLÍNICA		Pai:			
Médico Assistente		Mãe: MARIA FRANCISCA DOS SANTOS			
Permanência		RG: 3956753			
CLÍNICA		Residência:			
		JOAO DA MATA Nr.: 0 Cep: 64390003		Bairro: VILA BARTOLOMEU Cidade: DEMERVAL LOBAO Telefone: 86 - 995396261	

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

Don em outro In

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico:	<i>Lesão plavicular In</i>		CID S420
Procedimento:	<i>Steostomia clavicular In</i>		CID S420
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico:	
	<i>[Assinatura]</i>		

TRATAMENTO

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

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta	Data da Hospitalização
22/11/2019 23:49:59	28/11/2019	1/1

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Intermitente ☐ A Pedido ☐ 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: *[Assinatura]*

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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 27/11/19
Nº DO PRONTUÁRIO: 446960 SALA: 08
CÓD DA CIRURGIA: 0403010150

Descrição da Cirurgia:

Site com os procedimentos
aspirar / antissepsia
campos / massagem
de necrose / redução
durante / futura
cura hvo

[Signature]
Cirurgião

Cirurgia: Hemisectomia clavicular dx

Cirurgião: Giovanni

Auxiliar: —

Auxiliar: —

Auxiliar: —

Instrumentador: *[Signature]*

Reculante: *[Signature]*

Antônia Erlene Dias
Enfermeira
COREN-PI 922.543

DN 29105198

DATA: 27 / 11 / 19
Nº DO PRONTUÁRIO: 45.6760 SALA: 08
CÓD DA CIRURGIA: 0408010150

NOME: Henrique dos Santos Idade: 21 Sexo: M ASA: I
 PROCEDIMENTO: matriza maxilar  Anest.: Sedac Anestesia: Blocagem
 ORÇAMENTO: Quadrante AUX.: Anest.: Sedac Anestesia: Blocagem
 INSTR.: balun CIRC.: gumex INICIO: 15:45 FIM: 15:45 SALA: 08
 F.C. PESO: Hts. Glicemia Creatina Respir.

OXIGENIO		SEQUENCIA	
1			
2			
		Mucosa - Sang Larín - Sang	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão		Pulmão	
Pulmão			

Medicamentos Adicionais: 500 mg Acetaminofeno

CO Anestesia: <u>1000 Biquimil 1000ml</u>		MONITORIAÇÃO	☐ ECG	☒ Oxímetro	☐
Adicionais:			☐ PAM	☐ Capnógrafo	☐
			☒ PANI	☐ PVC	☐

Medicament Use

Amoxilina	Fr	Amp	Dolizina	_____	Amp	Midazolam	_____	Fr	Propofol	_____	ml	_____	Amp
Amoxilina 10ml	W	Amp	Droperidol	_____	Amp	Mefenidazol	_____	Fr	Ranitidina	_____	_____	_____	Amp
Amoxic	_____	Amp	Eforil	_____	Amp	Neocaina Paa 0.5%	_____	Amp	Quelicin	_____	_____	_____	Amp
Amle	_____	Amp	Efedrin	_____	Amp	Nentan	_____	Amp	Quetamina	_____	_____	_____	ml
Amproprida	_____	Amp	Enflurano	_____	ml	Novabupi 0.5%	_____	Fr	Remifentanil	_____	_____	_____	Fr
Artelisa 1g	_____	Fr	Fentanil	_____	ml	Nubain	_____	Amp	Ringer-lactado	_____	_____	_____	Fr
Artolona	_____	Fr	Fentanil (SiC)	_____	Amp	Neocaina 0.5% + W	_____	Fr	S. Fisiológ. 0.9% W	_____	ml	_____	Fr
Carbamazepina	_____	Fr	Holistan	_____	ml	Neocaina 0.5% isobar	_____	Amp	S. Glucoado 5%	_____	ml	_____	Fr
Ceftriaxona	_____	Amp	Hidroocortisona	_____	ml	Neostigmina	_____	Amp	Scalp n°	_____	_____	_____	Und
Ceftriaxona 1g	_____	Fr	Isoflurano	_____	ml	Omeprazol	_____	Fr	Tracur	_____	_____	_____	Amp
Clamoxilazona	_____	Amp	Jolco n° 32	_____	Und	Ondasetrona	_____	Amp	Tibatil	_____	_____	_____	Fr
Clozapem	_____	Amp	Lidocaina	_____	Fr	Peliso Cel	_____	Fr	Tiopental	_____	_____	_____	Fr
Clozapem 1mg	_____	Amp	Metaclopramida	_____	Amp	Panturidina	_____	Amp					
Clozapem 1mg	_____	Amp	Metolol	_____	Fr	Prilfand	_____	Fr					



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

PEDIDO: 177750
PACIENTE: HENRIQUE DOS SANTOS
NOME DA MÃE: MARIA FRANCISCA DOS SANTOS
DATA DO NASCIMENTO: 29/05/1998
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 28/11/2019
DATA DO LAUDO: 04/12/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-tratamento cirúrgico de fratura no terço medial da clavícula direita, fixada com fio de kirschner.
superfícies articulares preservadas.
Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Controle pós-tratamento cirúrgico de fratura no terço medial da clavícula direita, fixada com fio de kirschner.
Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.


Dr. Manoel Messias P. de Sousa
MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR
CRM-PI 2869 - RQE 3048

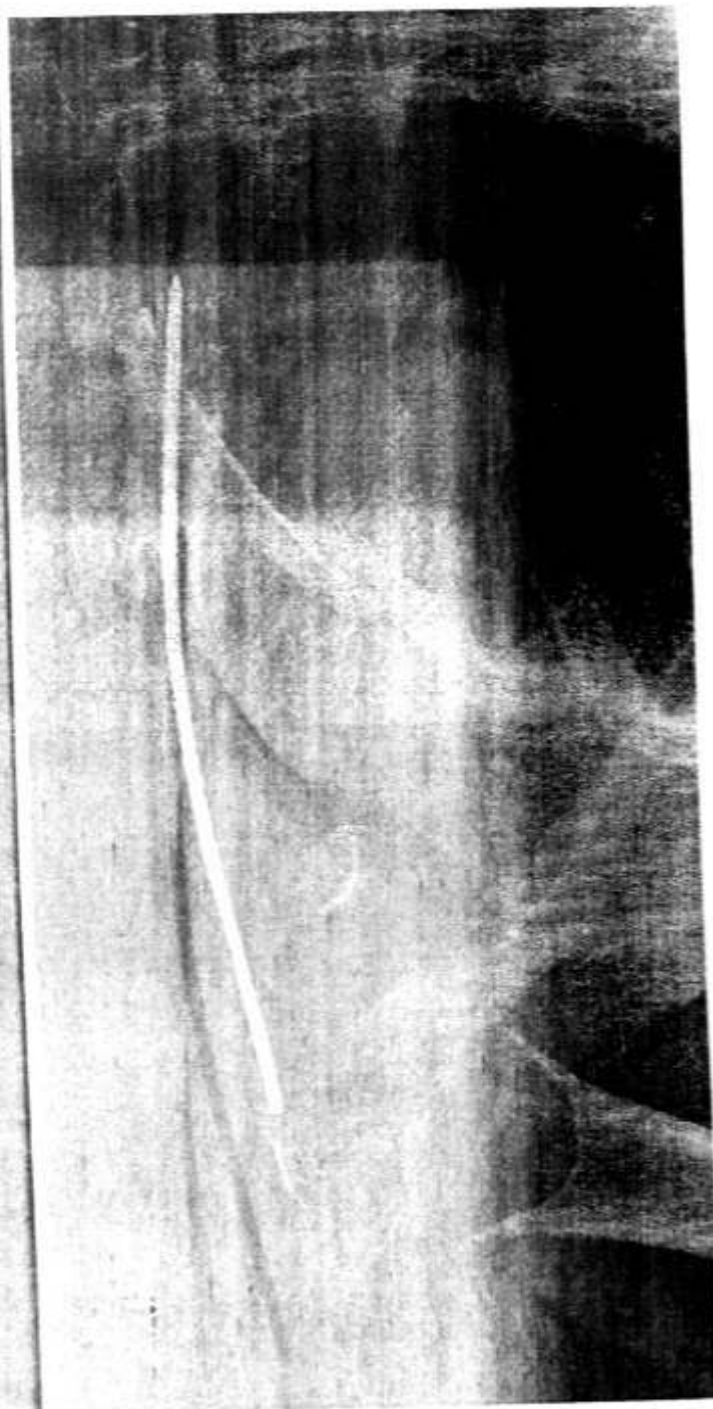
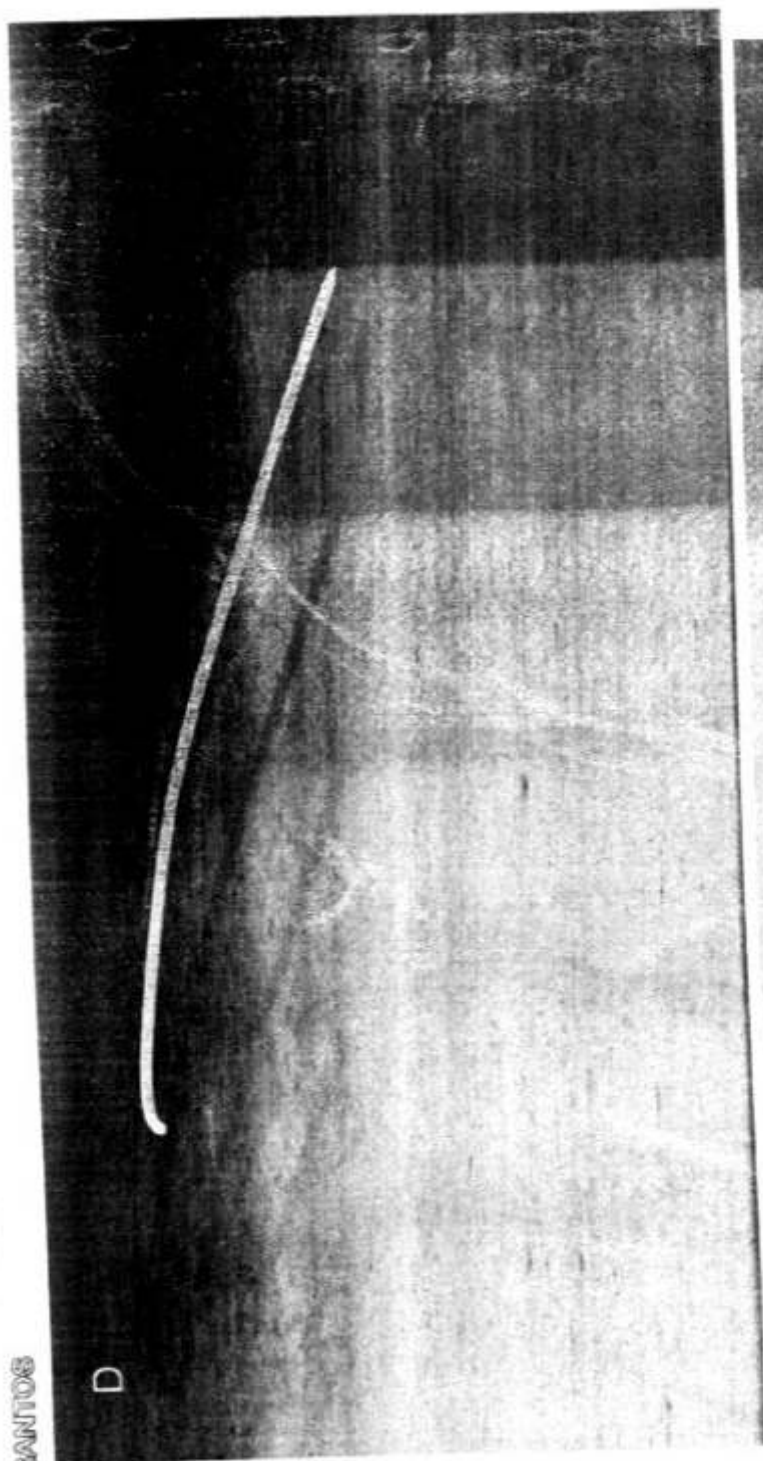
Dr.(a) MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA
CRM: 2869

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

U.S. DEPT. OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
LABORATORY
SERIALS

D





Nº ORDEM.....: 177022

NOME.....: HENRIQUE DOS SANTOS

MEDICO SOLIC:

DATA LAUDO...: 01/12/2019

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 23/11/2019

IDADE: 21 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 51702

RX CLAVICULA DIREITA

Estudo radiológico da clavícula direita realizado nas incidências em rotação interna e rotação externa demonstra:

- Fratura cominutiva, desalinhada no terço médio da clavícula.
- Articulações acrômio-clavicular e gleno-umeral preservadas.
- Espaço subacromial conservado.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura na clavícula direita.
Aumento de partes moles.

IVAN FONTENELE GOMES
CRM 2426-PI
CRM





Solicitação de Transferência

Forma para Solicitação de Regulação/Transferência

Especialidade Requerida:

ORTOPEDISTA

Nº Cartão SUS:

838001038731382

Nome do paciente

HENRIQUE DOS SANTOS

(Prontuário: 501237)

Raça/Cor:

Nascimento:

29/05/1998

Idade:

21a5m22d

Sexo:

Masculino

RG/CPF

CPF: 073 248 403-02

Nome da Mãe:

MARIA FRANCISCA DOS SANTOS

Endereço:

02 CS 4

Bairro:

JOAO DA MATA

Complemento:

CEP:

64103-000

Município:

DEMERVAL LOBAO

UF:

PI

Fones:

86-95396-251

Sinais Vitais:

PA:

Saturação:

Glicemia:

Temper:

FC:

FR:

Uso O2:

Niv. Consc:

Clas. Risco:

S420

Urgente

Quadro Clínico:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO. EVOLUI COM DORES E EDEMA LOCAL

Exames/Resultados:

RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO

Diagnóstico Complementar:

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

Tratamento Realizado:

IMOBILIZAÇÃO

Motivo Transferência:

SUPERLOTAÇÃO

SB - 9754

Data Sol.: 20/11/2019 15:54:41

Carimbo/Ass. Prof. Saúde.

Enfermaria: ENFERMARIA 104 Leito: LEITO 04 Médico: JOSE FERREIRA NETO

Diagnóstico/Comorbidades: Dia... Clavícula D

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Referências:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE, <i>Visto Novo</i>						
1	GLICOSE 5%, INJ 500ML - "SORO GLICOSEADO" MANTER ACESSO	EV	24/24h				
2	DIFENONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	EV	6/6h				
3	TRANSCOL 100MG/2ML INJETÁVEL <i>(SE DOR REFRAATÁRIA)</i>	EV	12/12h				
4	BRONCOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. <i>(SE NÁUSEAS OU VÔMITOS)</i>	EV	8/8h				
5	CAFTOPRIL 25MG <i>(SE PAS>100 OU PAD > 110 mmHg)</i>	Oral	BN				

Observações Gerais: 08/09/2019 Presc OK

Jose Ferreira Neto
 22/11/2019 07:45:05
 CRM 1558
 CPF: 000.457.373-00



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: **HENRIQUE DOS SANTOS**
 MEDICO
 CONVÊNIO: SUS 206/2

IDADE: **21 ANOS**

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

	VALORES ENCONTRADOS	VALORES DE REFERENCIA	
		HOMEM	MULHER
Hemácias em milhões/mm ³	4,37	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hemoglobina em g/dl	13,0	13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
Hematócrito em %	39,0	40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES: Hemácias normocíticas e normocrômicas.

LEUCOGRAMA

	VALOR ENCONTRADO		REFERENCIAL	
			4.000	10.000
Leucócitos por mm ³		5.400		
	%	REFERENCIAL	ABSOLUTO	REFERENCIAL
Bastões		3		120
Segmentados	67	60	3.618	500
Eosinófilos	2	2	108	2000
Basófilos		0		80
Linfócitos	30	0		400
Monócitos	1	20	1.620	0
Metamielócitos	0	4	54	100
Mielócitos	0	0	0	800
		0	0	100
			0	0

OBSERVAÇÕES:

PLAQUETAS

240.000 mm³
 100.000/mm³ - 400.000/mm³

OBSERVAÇÕES: Plaquetas Morfologicamente normais e bem distribuídas

TERESINA, 24 DE NOVEMBRO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
 CAP. QOPM - FARMAC. BIOQUIMICO
 CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
 BIOQUIMICO
 CRF - PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

[Assinatura]
 Nome: Dr. Dirceu Arcoverde
 CPF: 107029-34/MAT. 012825-2
 Cargo: Diretor de Assistência Técnica/HPM

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAUDE"
 Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520
 CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME HENRIQUE DOS SANTOS

MEDICO

IDADE: 21 ANOS

CONVENIO SUS

EXAME DE SANGUE

EXAMES

VALORES NORMAIS

VALORES ENCONTRADOS

GLICOSE

70 - 99 mg/dl

87

TERESINA, 24 DE NOVEMBRO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPMS - FARMAC. / BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"

Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
CEP 64014-090 - Teresina-Pi. CNPJ: 07.444.159/0002-25 CMC: 035.372-8

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Henrique dos Santos
0223481
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.956.753 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/09/13

NOME HENRIQUE DOS SANTOS

RELACÃO MARIA FRANCISCA DOS SANTOS

NAT./RESIDÊNCIA LÁBREA-AM DATA DE NASCIMENTO 29/05/1998

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 60475 L 202A F 195
EXP. PORTO VELHO-RO 10/06/05

CPF 073.248.403-02 ASSINATURA DO DIRETOR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




0476263

Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 81/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

Assinatura de Moraes
Pedro Gomes de Moraes
Foto Oficial

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200086509 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/11/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 11/12/21_LAUDO DE EXAME / PÁG. 19/20_CIRURGIA.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0069611/20

Vítima: HENRIQUE DOS SANTOS

CPF: 073.248.403-02

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HENRIQUE DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

HENRIQUE DOS SANTOS : 073.248.403-02

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: 20/02/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PROCURAÇÃO PARTICULAR**OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

NOME: Henrique Dos Santos		
RG: 3.956.753	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 18109113
CPF: 073.248.403-02	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Caixa
ENDEREÇO: C5 Dircen Arceneide II 12 Q-219C-12		Nº: 12
COMPLEMENTO: Casa	BAIRRO:	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64078-18
TELEFONE:		

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

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

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

Henrique Dos Santos

Data do acidente de trânsito: 20/11/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

3º OFÍCIO

LOCAL / DATA: TERESINA PIAUI - 07/02/2020

Henrique dos Santos

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO))

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Cartório
Thermistocles
Sampaio
Rua Lázaro Riquarts, 1221 - Centro - CEP: 64000-206 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0150 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Titular: Anailia Gonçalves de Sampaio Denton

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE HENRIQUE DOS SANTOS. DOU FE. EM TEST OB DA VERDADE. Teresina-PI, 07/02/2020. Selo: AAT94676-9FUX
www.tjpi.jus.br/portalextra

EDUARDO DENIS DO VALE BARRATO - Escrevente Autorizado
Emel: 4.02 TU: 0.80 FMDP/PI: 0.10 Selo: 0.26 Total: 5.18 - OP: 276
PROCURAÇÃO PARTICULAR PESSOA FÍSICA

3º OFÍCIO DE NOTAS

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO

DIGITAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0069611/20

Vítima: HENRIQUE DOS SANTOS

CPF: 073.248.403-02

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HENRIQUE DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

HENRIQUE DOS SANTOS : 073.248.403-02

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: 20/02/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior