

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Audiências, PJe Acesso 1º, PJe Consulta pr, PJe 0818620-22, Baixar o arq, (28) Whats, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=551859&ca=53cec4da3928c581c8963a55e7c61f7...

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 0818620-22.2020.8.18.0140
HENRIQUE DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

Document Title: 12593085 - CONTESTAÇÃO (2759232 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 19/10/2020 10:25:19

Left Panel (19 Oct 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12593083 - CONTESTAÇÃO
 - 12593086 - CONTESTAÇÃO (2759232 CONTESTACAO 01)
 - 12593087 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12593088 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12593090 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12593092 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area:

2759232- C3/ 2020-03893/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOCADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Bottom Bar: PT, 10:25, 19/10/2020



Número: **0818620-22.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
HENRIQUE DOS SANTOS (AUTOR)		FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12593087	19/10/2020 10:25	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, 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,

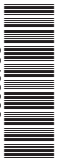
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15560692

Pag. 01511/01512 - carta_01 - INVALIDEZ

00030756





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, 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

073.248.403-02

Henrique Dos Santos

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

5 - Nome completo:

Henrique Dos Santos

6 - CPF:

073.248.403-02

7 - Profissão:

Caixa

8 - Endereço:

CS Sincen Anconense II 1200-219/13

9 - Número:

12

10 - Complemento:

caso

11 - Bairro:

Sincen Anconense II

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64078-180

15 - E-mail:

ednanseguros2@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

64078-180

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1989

CONTA:

93 138

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, 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 (vairascer)?

☐ 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 - PI 19/10/2020

X Henrique dos Santos

41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/10/2020 10:25:19

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101910251890100000011912544

Número do documento: 20101910251890100000011912544





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)

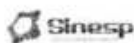
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 073.248.403-02

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



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jose Nilton Nunes Filho
Data de Impressão: 07/02/2020 10:19
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: 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 (o/a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e penalmente 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."



Delegado de Polícia Civil Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jose Nilton Nunes Filho
Data de Impressão: 07/02/2020 10:19
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

073.248.403-02

4 - Nome completo da vítima:

Henrique Dos Santos

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

5 - Nome completo:

Henrique Dos Santos

6 - CPF:

073.248.403-02

7 - Profissão:

Caixa

8 - Endereço:

CS Durceu Anacleto II 1200-2190

9 - Número:

12

10 - Complemento:

caso

11 - Bairro:

Durceu Anacleto II

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64078-180

15 - E-mail:

ednanseguros2@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

64078-180

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1989

CONTA: 93138

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 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 (vair 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 Lider 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 19/02/2020

X Henrique dos Santos

41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Exame Físico	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
Assistência	23 Glasgow		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
Hospital de Destino	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		29 Escala de Dor de 0 a 10 0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intensa		30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		
	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
35 Observações Interdisciplinar Paciente vítima de queda de moto, com hemorragia contusa em região da articulação escapular, consciente, orientado e eupneico.					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	

11.2011

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





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

ANTONIA FAUSTINO VIEIRA
C1 07RCEU ARCOVERDE II 12 QD 219 CASA 12DIRCEU ARCOVERDE II
CPF: 0003737671300
CEP: 64.078-180 - TERESINA
ROT: 3.001.73.22.730900

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

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mes/ano consumo			
OUT/19	179	CONSUMO 417 A R\$ 0,951139 =	396,62
SET/19	419	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COIP)	32,00
AGO/19	323	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00	0,65
JUL/19	177	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00	0,21
JUN/19	285	MULTA POR ATRASO 09/19-00	8,16
MAI/19	360	JUROS POR ATRASO 09/19-00	1,72
ABR/19	283	ADICIONAL BANDEIRA ANARELA -	4,33
MAR/19	306	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	5,97
FEV/19	315		
JAN/19	413		

TABLE 1. *Continued*

NOTIFICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE ENCONTRO DE SACAT

Mes./Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a sustencao do fornecimento de energia electrica a partir de 20/11/2015, o rdo pagamento por dia e superior taoem a incluido do nome do consumidor na CENSA, caso tenha afetado o pagamento, favor desconsiderar este boleto.

L 06 3800 036 0800 E FACA OPCAO JENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

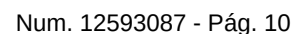
Até 15 dias após o prazo fixado de vencimento da sua fatura nos dias 1, 10, 15, 20 ou 25, sem qualquer penalidade por parte de nossa empresa, de acordo com o prazo.

RESERVADO AO FISCO E3E0.4294.56 F4F8.8DD8 1111 AFED CB4A
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição	77,49	Base de Cálculo:	396,62	289,53
Energia	156,72	Alíquota ICMS:	27,80%	
Transportes	25,49	* Valor do ICMS:		107,08
Encargos:	12,48	Valor do PIS:	1,46%	4,07
Tributos:	129,94	Valor do COFINS:	6,43%	18,79

INDICADORES DE CONTINUIDAD

	DIC			DIC			DMC	DIC91
	Metral	Trimestral	Anual	Metral	Trimestral	Anual	Metral	Metral
Limite	5,19	10,39	20,77	3,46	6,73	13,46	7,04	
Realizada	0,00			0,00			0,00	
Conteúdo	TERESTINA-JOCKEY						00/7019	148,16





Para contato
comercial, informe
esse NÚMERO

SEM CÓDIGO

000007

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CEP: 64.040.740/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto 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:
Anterior:	22372	23/01/2020
Constante de Multiplicação:	1,000	Anterior:
Consumo Medido:	217	24/12/2019
Consumo Estimado:	217	Próxima Leitura:
Forma de Faturamento: NORMAL	FCAM	21/02/2020
Código de Irregularidade:		Emissão:
		22/01/2020
		Apresentação:
		23/01/2020
		Dias de Consumo:
		30

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

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Máximo consumo	CONSUMO 217 A R\$ 0,897391 =	194,73
DEZ/19 271	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	16,37
NOV/19 277	CORRECAO MONETARIA DA 12/19-00	0,01
OUT/19 394	CORRECAO MONETARIA IG 12/19-00	0,22
SET/19 368	MULTA POR ATRASO DE 1 12/19-00	0,41
AGO/19 285	JUROS DE MORA ATRASO 12/19-00	0,04
JUL/19 222	MULTA POR ATRASO 12/19-00	4,91
JUN/19 205	JUROS POR ATRASO 12/19-00	0,73
MAI/19 204	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,90	
ABR/19 178		
MAR/19 243		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 217 - R\$ 6,529740

CONFIRMAÇÃO 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.

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
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							
	DCE			FSC			FPM
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00

Conjunto TERESINA-MACALIBA Período de operação: 11/2019 Faturado: 98,08



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/10/2020 10:25:19

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101910251890100000011912544

Número do documento: 20101910251890100000011912544

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29654>

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, com atuação aberta, capitalização e resseguro.

Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, com atuação restrita, com o objetivo de prevenir, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.307/1996.

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 nº IPA 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 e apresento os seguintes documentos 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.

Seu cliente 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>			Estado	<u>SP</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Cidade	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	UF	<u>PI</u>	Cep	<u>64000-235</u>
Telefone residencial				Telefone celular (DDD)			
				<u>(86) 99534-6565</u>			

Teresina, 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".



- ORTUNENIA



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:

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 VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO H +/- 2 HORAS, CHEGA AO SPA COM QUEIXAS DE DOR EM OMBRO DIREITO, ESCORIAÇÕES EM MSD, E QUADRIL.
VIAS AERÉAS PERFEITAS, ECG 15, ABDOMEN INOCENTE, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO DIREITO.

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

DATA RAIOS-X REALIZADO
TÉCNICO HORA

Diagnóstico Inicial:
?

CID:

Exames Complementares:

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

Prescrição Médica:

Dr. Moisés
MED. CL.
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	nn		
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





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

263803

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-Endereço: 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 Prim:

S420

25-CID Sec.1

26-CID C.Ass.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408010150

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo SU

2

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

31-Docum.:

32-Doc. Méd. Solic.:

CPF

787.098.575-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

RICARDO SOARES VALENÇA

34-Data Solicitação:

20/11/2019

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

Dr. André Luís S. Nogueira
MEDICINA
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:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	

Usuário: (CHAGAS)
Consulta Local: 752609
Consulta SUS:
Impressão: 20/11/2019 09:00:00

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/10/2020 10:25:19

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101910251890100000011912544

Número do documento: 20101910251890100000011912544

Num. 12593087 - Pág. 16

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 TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
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 DIAGNOSTICAS(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 URGENCIA	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

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ERICA PATRICIA CHAVES CPF: 89671341349	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original
CRM:	DATA ANALISE: 20/11/2019 02:23:38
CPF:	CRM:
DATA ANALISE:	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - JT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Pedagogia - Fone: 86 3218 5425

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 77380 - Emissão: 12/11/2019

Atendimento	Prontuário: Paciente:	DT. Naso. Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
25/11/20	501237	29/05/1998	ENFERMARIA 104	LEITO 04	JOSE FERNANDO NETO
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:			
Hora: 07:00		218... Clavícula D			
Evolução:		Alergias:			
07:00		Nega			
Seq.: Descrição-Apresentação/Observação:		Via: Int.: Recons:		Horários:	
ORAL Tipo LIVRE, Visto Nutricional GRUPO 4510				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
1 GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICORADO" MANEIR ACESSO		EV 24/24h		Transferido p. HDN.	
2 DIFERONAL 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 CLOPOTRIL 25MG SE PAS-160 OU PAS > 110 MMHG		Oral 8h			

Observações Gerais: SSV + CYOG

Presop OK

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CIR. AMBULÂNCIA AS 13:00

Dr. Leonardo Silva
Ortopedia/Traumatologia
CRM PI 4468 TEOT 12409



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Tito 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 OS 4 - JOAO DA MATA - CEMERVAL LOBÃO - PI CEP: 64030-000
 Nascimento: 29/05/1998 Idade: 20a10m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 705316
 Requisição: 2019-02 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.

(JOAO 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 José Manoel Tito 1620 - Redenção - Fone: 36 3218 5445
 Teresina - PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 06.922.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 501237)
 Endereço: **CRUZES 4 - JOÃO DE MATA - BENEVAL LOBÃO - F. DEF 64390-000**
 Nascimento: **29/05/1998** Idade: **20a/07/2018** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **705316**
 Requisição: **913040** Solicitação: **30/01/2019** Solicitante: **BRUNO CALAÇA RIBEIRO**
 Controle: **1145370** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 30/01/2019

COTOVELO ESQUERDO

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

- FRATURA MINUTIVA DO OLÁCRANO.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/04/2019

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

ELIANE RODRIGUES MENDES
 CPF: 181.144.103-00 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: **CD 12 CS 4 - JOAO DA MATA - TERESINA-PI** CEP: 64090-000
Nascimento: **29/03/1998** Idade: **20a8m1d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **705316**
Requisição: **815346** Solicitação: **30/01/2019** Solicitante: **JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA**
Controle: **1145371** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 30/01/2019

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO. EVIDENCIAM:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- SEIOS MAXILARES, ETMOIDAL E SEIO ESFENCODAL COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULA ETMOIDALIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATOS, PROCESSOS FRONTALIS E ETMO-ETMOIDALIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOS: LÍZES 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 CNPJ: 08.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 501237)
Endereço: C 1205 4 - JOAO DA MATA - DEMERVAL LOBÃO - PI CEP: 64090-000
Nascimento: 29/03/1998 Idade: 20a10m28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 232008
Requisição: 917071 Solicitação: 01/02/2019 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1148339 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 233 EXTRA 001

RELATÓRIO

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 01/02/2019

MAO ESQUERDA

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies 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 do Alto Alto 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 1205 4 - JOÃO DA MATA - TERMEVAL LOBÃO - PI CEP: 64390-000
Nascimento: 24/03/1998 Idade: 21a5m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752609
Requisição: 1115584 Solicitação: 20/11/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
Controle: 1385411 Convênio: SUS

RELATÓRIO

Data Exame: 20/11/2019

Cod. SIA: 0204040035

OMBRO DIREITO

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

- Fratura no 1/3 médio da clavícula.

(IRANDI SILVA)


Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

TERESINA - PI 25/11/2019

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Tito Tito 1600 - 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: CO-02 CS-4 - JOÃO DA MATA - DEMÉRYVAL LDBAC - PI CEP: 64390-000
 Nascimento: 29/05/1998 Idade: 21a5m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752609
 Requisição: 102/555 Solicitação: 20/11/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
 Controle: 1363413 Convênio: S.U.S.

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 20/11/2019

CLAVÍCULA DIREITA

O estudo radiológico da clavícula direita foi realizado nas incidências em
 pa-terial e
 os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente desalinhada da 1/3 média da clavícula.
- Aumento de volume das 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 - Teresina, PE 3218-5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 08.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 501237)
 Endereço: R. JACQUES 4 - JARDIM SANTA TEREZINHA LOBÃO - PI CEP: 64030-000
 Nascimento: 24/03/1998 Idade: 21 anos Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 752609
 Requisição: 1005537 Solicitação: 20/11/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
 Controle: 1365415 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 20/11/2019

TORAX PA

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

- OPACIDADE PARENQUIMATOSA NO LOBO SUPERTORACÍCO.
- SÍNDROME DE TÜRCKENHOF.

(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 2687
 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

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

NOME DO PACIENTE: Henrique dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 44676015

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
COMPROVANTENúmero do Laudo: **265027**

Orgão Emissor:

2001100001

Paciente: HENRIQUE DOS SANTOS

Nascimento: 29/05/1998

Procedimento:

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

CID:

S40.1 - 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



HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
DIRCEU ARCOVERDE - HPM
20191128 16:39:20



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 265027
FORMA DE ENTRADA: ESTADUAL		AIH: 2219102396390

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 44841038731382	NOME DO PACIENTE HENRIQUE DOS SANTOS	NASCIMENTO 29/05/1998	SEXO M	PRONTUÁRIO 446760
DOCUMENTO CPF 4499000	TELEFONE 86995396261	NOME DA MÃE MARIA FRANCISCA DOS SANTOS	RESPONSÁVEL LUCILEIDE DOS SANTOS GONCALVES	
CEP 4499000	ENDEREÇO - LOGRADOURO TRES DE MAIO	MUNICÍPIO DEMEKVAL LOBAO		UF PI
Bairro CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO DEMEKVAL 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)
RAIOGRAFIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL S00.0 - FRATURA DA CLAVICULA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

MOD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
H409010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LEITO/CLINICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE ANTONIO DIAS FILHO CPF: 48153834304
PARATER FACIENDA	DATA SOLICITAÇÃO 22/11/2019
DATA ADMISSÃO 12/11/2019 9:23:49	DATA ALTA 28/11/2019 15:41
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

Nº DO 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)) CAMILA CAMILO DA SILVEIRA PIRAJÁ CRM: 18171413224	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
DATA ANÁLISE 23/11/2019 17:29:47	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

[Assinatura]
12593087-8 MAT 012525-2
Unidade de Apoio Técnico



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 - Mãe: **JOAO DA MATA**

0

VILA BARTOLO 19 - CEP: **64390-000**

5 - Pai: **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 do curativo

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

RX ombro An

Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: **S420**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA CLAVICULA

Procedimento Solicitado

Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo SUS

2

Clinica:

30 - Carater:

Ident.:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

33 -

02

1

CPF

16778699641

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)

36 - Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Serie

37 - Acidente de Trabalho Típico.

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR

38 - Acidente de Trabalho Trajeto.

39 - 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.

Luza Soares Coutinho

Usuário: **LUZA SOARES**

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão: **23:52:19**





Força Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL SIM ☐ NÃO ☐	FICHA DE PRONTUÁRIO		22/11/2019
TEM OUTROS HOSPITAIS SIM ☐ NÃO ☐	Nome: HENRIQUE DOS SANTOS		Pront.: 446760
CLÍNICA	Nasc.: 29/05/1998 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
Médico Assistente	Atendimento: 1140000	Enfermaria: POSTO II	ENF 206 LEITO Leito: 206
Permanência	Pai:		
CLÍNICA	Mãe: MARIA FRANCISCA DOS SANTOS		
	RG: 3956753		
	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 Don

DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico:	CID S420	
Procedimento:	CID S420	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico:

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

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

ALTA		
Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Mantido ☐ 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:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP: 64014-000 - Teresina - PI - CNPJ: 07.444.150/0002-25 - CMM: 026.273.0





BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 27/11/19
Nº DO PRONTUÁRIO: 446760 SALA: 08
CÓD DA CIRURGIA: 0108010150

Descrição da Cirurgia:

Site em 15 lesões gloméricas
aséptica / antisseptica
campos / incises
direcces / reduses
funes / futura
cura hvo

[Handwritten signature]

Cirurgia: Hemisectomia clavicular dx

Cirurgião: Giovanni

Auxiliar: —

Auxiliar: —

Auxiliar: —

Instrumentador: *[Handwritten signature]*

Operante: Antonia Erlene Dias

CORREN-PI 922.543



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

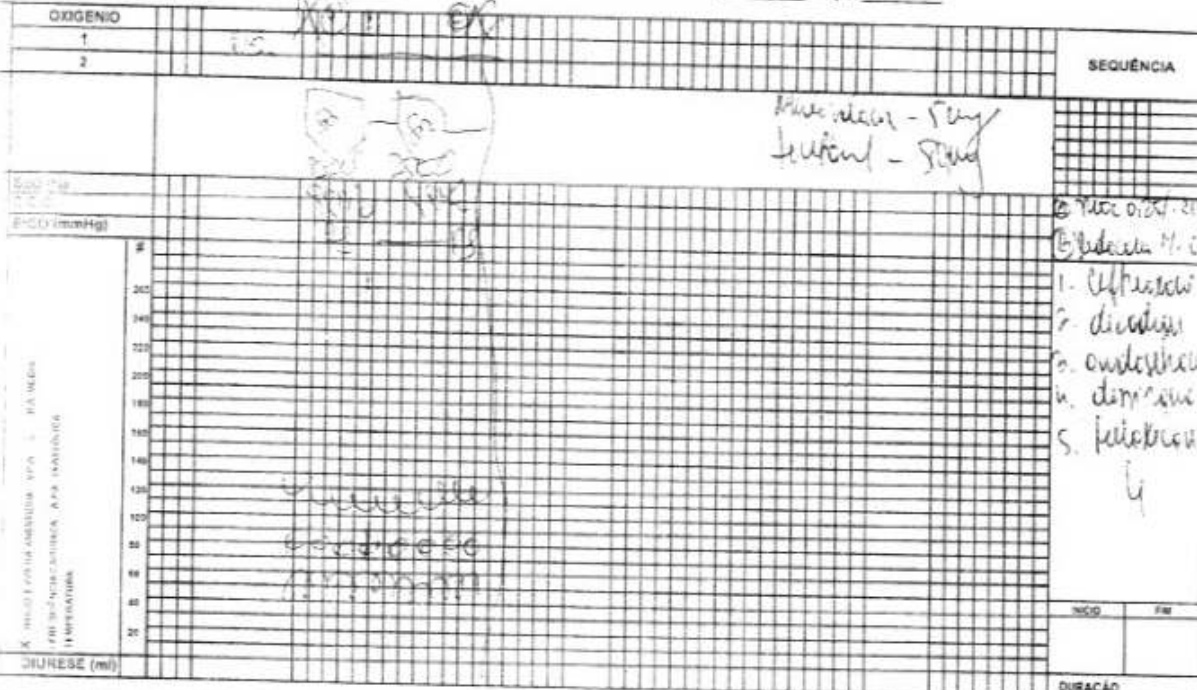


BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 27/11/19
Nº DO PRONTUÁRIO: 46760 SALA 08
CÓD DA CIRURGIA: 4403010150

DN: 29/05/198

PACIENTE: Henrique Alves Santos
PROCEDIMENTO: Naturocirurgia
CIRURGIÃO: Giovanni
ANEST.: J. R. G. A. S. A. S. I.
CIRC.: Entorax INÍCIO: 15:45 FIM: 17:45 SALA 08
P.C. PESO: Hto. Glicemia Creatina Resplr.



Anticoagulantes: Heparina, Warfarina
Medicamentos Adicionais:

BCG ☐ Oxímetro ☐
PAM ☐ Capnógrafo ☐
PANI ☐ PVC ☐

Sat	Temp	Press	Fim	Temp
100%	36.5	120/80	100%	36.5
100%	36.5	120/80	100%	36.5
100%	36.5	120/80	100%	36.5

Medicamentos Utilizados

Propofol	Amp	Dolantina	Amp	Midazolam	Fr	Propofol	ml	Amp
Ranitidina	Amp	Brupridol	Amp	Metronidazol	Fr	Ranitidina	ml	Amp
Quetiapina	Amp	Efortil	Amp	Neocaina Psa 0.5%	Amp	Quetiapina	ml	Amp
Quetiapina	ml	Efradim	Amp	Narcan	Amp	Quetiapina	ml	Amp
Remifentanyl	Fr	Enflurano	ml	Novabupr 0.5%	Fr	Remifentanyl	Fr	Amp
Ringer-lactado	Fr	Fentanyl	ml	Nubain	Amp	Ringer-lactado	Fr	Amp
S. Fisiológico 0.9% 500 ml	Fr	Fentanil (S/C)	Amp	Neocaina 0.5% C	Fr	S. Fisiológico 0.9% 500 ml	Fr	Amp
S. Glicosado 5% 50 ml	Fr	Holotano	ml	Neocaina 0.5% isobar	Amp	S. Glicosado 5% 50 ml	Fr	Amp
Scalp n°	Und	Hidrocloridato	ml	Neostigmina	Amp	Scalp n°	Und	Amp
Tracurium	Amp	Isoturano	ml	Oxipropazol	Fr	Tracurium	Amp	Amp
Tilatil	Fr	Jolco n°	Und	Ondasetrona	Amp	Tilatil	Fr	Amp
Tiopental	Fr	Lidocaina	Fr	Peliso Cel	Fr	Tiopental	Fr	Amp
		Metaclopramida	Amp	Panburonio	Amp			
		Metilol	Fr	Protetid	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.

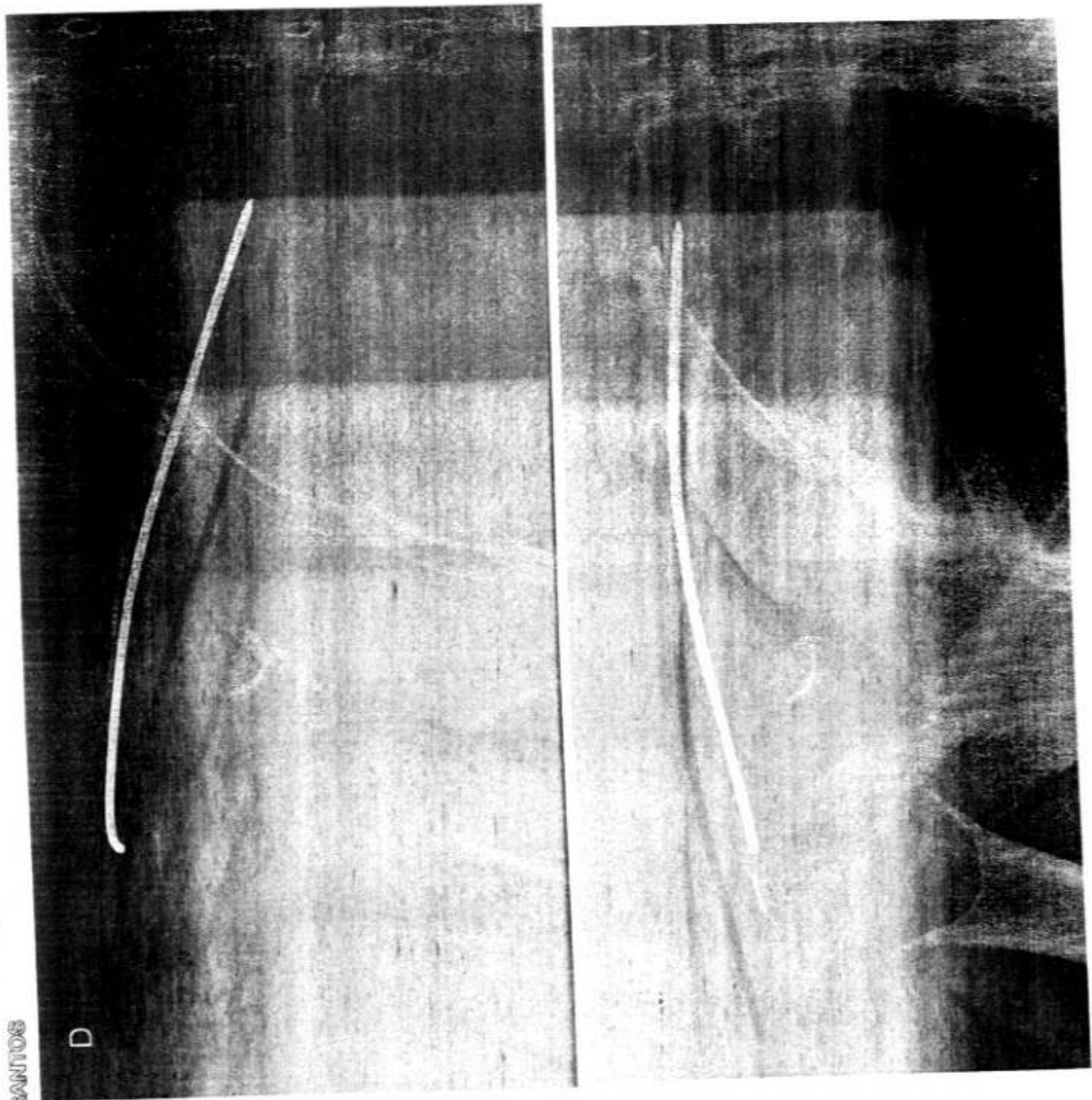

Dr. Manoel Messias P. de Sousa
MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR
CRM-PI 2869 - RQE 3048
Dr.(a) MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA
CRM: 2869 ✓


Dr. Ednan Soares Coutinho

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

Telefone: 3216-1528 / 3216-1529
Whatsapp: 9.9443-8110





EDNAN SOARES COUTINHO
SANTOS
SANTOS
SANTOS





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

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:

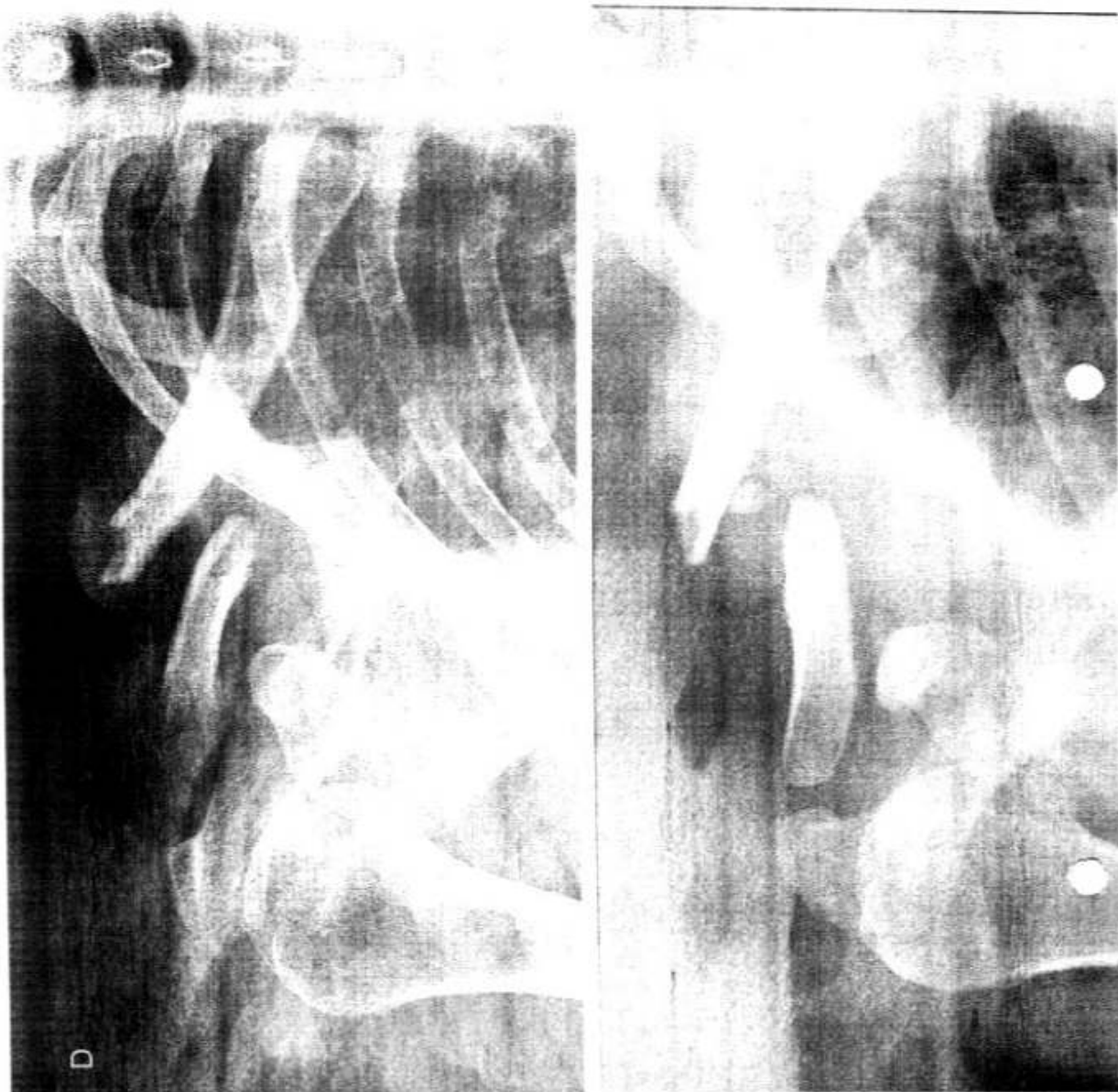
- Fratura cominutiva, desalinhada no terço médio da clavícula.
- Articulações acrômio-clavicular e gleno-umeral preservadas.
- Espaço subacromial conservado.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura na clavícula direita.
Aumento de partes moles.

IVAN FONTENELE GOMES
CRM 2426-PI
CRM







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

Forma para Solicitação de Regulação/Transferência

Especialidade Requerida:

ORTOPEDISTA

Nº Cartão SUS:

838001036711382

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:

RD 02 CS 4

Bairro:

JOAO DA MATA

Complemento:

CEP:

64109-000

Município:

DEMERVAL LOBÃO

UF:

PI

Fones:

86-35396-251

Sinais Vitais:

PA:

Saturação:

Glicemia:

Temper:

FC:

FR:

Uso O2:

Niv. Consc:

Clas. Risco:

PA: 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

30 - 9754

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

Carimbo/Ass. Prof. Saúde.

Ido: 252130 Origem: Internação - Estação: N/R03



PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 77380 - 22/11/2019

DE RASC: CLÍNICA:

29/05/1994 RUSTO 2

Enfermaria: Leito: Médico

ENFERMARIA 104 LEITO 04 JOSE FERREIRA NETO

Diagnóstico/Comorbidades:

Alergias:

Nega

21a... Clavícula D

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

Seq.	Descrição-Apresentação/Observação:	Via:	Int.	Recons:	Dil.	Vol.	Horários:
Dieta	ORAL TIPO LIVRE, Visc Nub Visip Nutricionista CRNPI 4510						
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SONO GLICOBAO" MANEIR ACESSO	EV	24/24h				
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	EV	6/6h				
3	TRANSDOL 100MG/2ML INJETÁVEL (SE/DOR REFRACTÁRIA	EV	12/12h				
4	BROMPRIDIA 5MG/ML, INJ. 2ML. (SE/NAUSEAS OU VÔMITOS	EV	8/8h				
5	CAPTOPRIL 25MG (SE/PASADO OU PAD > 110 MMHG	Oral	BN				

Observações Gerais: 05/05/2020 Presc OK

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 19/10/2020 10:25:19

Num. 12593087 - Pág. 38

IDADE: 21 ANOS

ERITROGRAMA

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

LEUCOGRAMA

Leucócitos por mm ³	VALOR ENCONTRADO		REFERENCIAL	
		5.400	4.000	10.000
	%	REFERENCIAL		
Bastões		3	5	
Segmentados	67	90	66	120
Eosinófilos	2	2	4	500
Basófilos		0	1	2000
Linfócitos	30	20	30	6600
Monócitos	1	4	8	80
Metamielócitos	0	0	1	400
Mielócitos	0	0	0	800
				100
				0

OBSERVAÇÕES:

LAQUETAS

240.00
25. Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

240.000 mm³

100.000/mm³ 400.000/mm³

OBSERVAÇÕES: Plaquetas Morfologicamente normais e bem distribuidas

TERESINA, 24 DE NOVENBRO DE 2019

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

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF - PI 292

HAROLD O LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-Pi 0985

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"

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

107029-34 MAT. 012625-2
Sala do Setor de Apoio Técnico/MDA





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

[Handwritten signature]
TERESINA, 24 DE NOVEMBRO DE 2019
TERESINA, 24 DE NOVEMBRO DE 2019







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
DOC. ORIGEM	22/05/1971
CERT. NASC.	529 L 81/F 141
EXP. CRATEUS-CE	25/09/78
TERESINA - PI	840.173.173-91
ASSINATURA DO DIRETOR	
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: <u>Henrique Dos Santos</u>			
RG: <u>3.956.753</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPIP</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>18/09/18</u>	
CPF: <u>073.248.403-02</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>Carreirista</u>	
ENDEREÇO: <u>C5 Dircen Archelide II 12 B-219C-12</u>		Nº: <u>12</u>	
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>		BAIRRO: <u></u>	
CIDADE: <u>Teresina</u> ESTADO: <u>Piauí</u>		CEP: <u>64078-180</u>	TELEFONE: <u></u>

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

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 vitima: Imobilidade

3º OFÍCIO LOCAL / DATA: TERESINA PIAUI 07/02/2020
Henrique dos Santos

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO))	
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Cartório Theristocles Sampaio Rua Lázaro Augusto, 1225 - Centro - CEP: 64000-205 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4158 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br	RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE <u>HENRIQUE DOS SANTOS</u>. DOU FE. EM TEST. <u>CB</u> DA VERDADE. Teresina-PI, 07/02/2020. Selo: AAT94676-9FUX www.tjpi.jus.br/portalexta EDUARDO DENIS DO VALE BARRETO-Escritor Autorizado Em: 14:02 TU: 0,80 FPM: 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 SELCO



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

