

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Mensagens, Audiências, Baixar o arquiv..., (31) WhatsApp, Consulta proc..., 0813756-38.20...

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=523710&ca=2385588efa35ef749212662f599918e...](https://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=523710&ca=2385588efa35ef749212662f599918e...)

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

**PJE** ProceComCiv 0813756-38.2020.8.18.0140  
ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

12869631 - CONTESTAÇÃO (2761077 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/11/2020 13:41:36

03 Nov 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 12869626 - CONTESTAÇÃO
  - 12869631 - CONTESTAÇÃO (2761077 CONTESTACAO 01)
  - 12869636 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 12869637 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 12869638 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS )
  - 12869639 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

2761077- C3/ 2020-03975/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

PT 13:42 03/11/2020



Número: **0813756-38.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO (AUTOR)		FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12869636	03/11/2020 13:41	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190330326

Vítima: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

Data do Acidente: 20/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00941/00942 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050471



Carta nº 14363693





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 02 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190499159**

**Vítima: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO**

**Data do Acidente: 20/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00131/00132 - carta\_02 - INVALIDEZ

00020066



Carta nº 14752487





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 22 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190499159**

**Vítima: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO**

**Data do Acidente: 20/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000055573-8**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190499159      Vítima: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

Data do Acidente: 20/10/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 0011/00112 - carta\_09 - INVALIDEZ

00060056



Carta nº 15081172



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190499159 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO **Data do acidente:** 20/10/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula esquerda

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima apresenta limitação leve dos movimentos da elevação do ombro esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com placa e parafusos. A fratura está consolidada. Evoluiu sem intercorrências. Alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 05/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





# 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: 051.962.463-71 4 - Nome completo da vítima: Antonio Rafael Gomes Araujo

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

5 - Nome completo: Antonio Rafael Gomes Araujo 6 - CPF: 051.962.463-71

7 - Profissão: Guechiman 8 - Endereço: RS Paraisópolis I Q-13 C-08 9 - Número: 08 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: urbano 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-095

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 555738

(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 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 acidente.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da indenização decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a 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 nasoturo (val nasot)? ☐ 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) Antonio Rafael Gomes Araujo 09/08/19

Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







AUTO-ATENDIMENTO - AREOLIND DE ABREU  
DATA: 09/08/2019 HORA: 11:11:19  
TERMINAL: 20041025 CONTROLE: 200410250200

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0029 013.00055573-8  
NOME: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: **0,00**

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 4018514246

A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)





Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

158 v. 1.0



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001021/2019-29

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO. Susp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 19/03/2019 - 12:38

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

540380

Data/Hora

20/10/2018 - 03:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

SANTA ROSA

Endereço

AV. CONQUISTA FRANCISCO NOGUEIRA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

HOSPITAL

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

RG: 263408420030 SSPMA MA

Mãe: MARIA RAIMUNDA GOMES ARAUJO

Endereço: QD-13, CAS- 08, Nº

Complemento: PARQUE BRASIL I

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9498-7971

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP 110I, PLACA PIL-9776-PI, COR PRETA, RENAVAM 01126226243. PROP. DE SANDRINE LIARA ATAIDE BEZERRA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO EM SEGUIDA. FOI LEVADO POR UM CUNHADO PARA O HOSP. DO BUENOS AIRES. DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HUT. (PRONT. 302506). DEPOIS PARA O HPM. (PRONT. 4209610). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Antonio Rafael Gomes Araujo -  
ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Ocorrência emitido em: 19/03/2019 12:38 - SisBO 2014 2019 17

# 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:

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

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 555738 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 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 a apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de 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 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 nasoturo (val 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) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ra do Representante Legal (se houver)



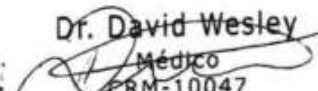


Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 395221803	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 45973	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
<b>LEITO:</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		<b>NASCIMENTO:</b> 05/01/1991
<b>PACIENTE:</b> ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO		

### DADOS CLÍNICOS

<b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA ECG: NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, EUPNEICO, ORIENTADO EM TEMPO ESPAÇO			
<b>PROVAS DIAGNÓSTICAS:</b>			
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b> RAIO X DE OMBRO ESQUERDO - FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA			
<b>DIAGNÓSTICO(CID):</b> FRATURA DA CLAVICULA			
<b>COMORBIDADE:</b>			
<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> 120x70(mmHg)	<b>FREQ. CARDÍACA:</b> 76bpm	<b>SATURAÇÃO:</b> 99%	<b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b> 18rpm
<b>GLICEMIA:</b>	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b>	<b>USO DE O2:</b>	
<b>USO DROGAS VASOATIVAS:</b>			
<b>USO ANTIBIÓTICOS:</b>			
<b>USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:</b>			
<b>DATA:</b> 20/10/2018 04:48:41			
<div> <b>Dr. David Wesley</b> Médico CRM-10047</div> <div>MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO</div>			



# 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:	16/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000055573-8

---

---

Nr. da Autenticação D12A2970B6FC0B5A







**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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelli Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.113/91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Rafael Gomes Azeite inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 051.962.463/71 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima  
Antonio Rafael Gomes Azeite inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.962.463/71 conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 09 de Agosto de 2019  
Local e Data

Nelli Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

01/2017



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURODORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Eu, Sandrine Liana Ataíde Bezerra  
portador do RG: 3.523.719, data de expedição 28/09/10  
órgão expedidor SSP, / PI, CPF: 015141.12811.141131-719  
com domicílio na cidade de Teresina, no estado de Piauí  
onde resido na Rua Zubambi  
número 3652, complemento Matadouro Resid Lagoa Azul  
DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima, Antonio Rafael Gomes Araújo  
cujo condutor era Antonio Rafael Gomes Araújo  
VEÍCULO: Honda POP 110i  
ANO: 2017  
MODELO: 2017  
PLACAS: PII-9776  
CHASSI: 9C2JB0100HR277121  
DATA DO ACIDENTE: 19/10/2018

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO  
Registro de Imóveis - Notas e Tabelas e Documentos - Pessoa JurídicaRECONHEÇO POR AUTENTICIDADE AS FIR  
ARAUJO e SANDRINE LIANA ATAÍDE B  
VERDADE. DOU FÉ. TERESINA, 19/03/20  
SELO AAB29761 - 5R82, AAB29762 - BHO8  
www.tjpi.jus.br/portalextraANNE KELMAN VIEIRA SALDANHA SERVIO -  
Emol. R\$ 7.70 TJ: R\$ 1.64 MP: R\$ 0.20 Selo: R\$ 0.62 TTeresina Piauí 19/03/2019  
Local e Data

Sandrine Liana Ataíde Bezerra  
Assinatura do Declarante Proprietário  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Antonio Rafael Gomes Araújo  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

ANTONIO RAFAEL GOMES  
EM TEST DA  
LITE A AUTENTICIDADE EM

Cartório João Crisóstomo  
1.º Of. de Notas e Reg. de Imóveis  
Ana Kelian Vieira Salgueiro Servio  
Escritórios  
Teresina PI

ENTE  
DE



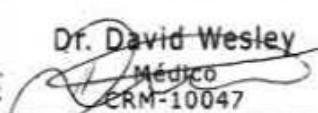


Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULACAO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 395221803	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 45973	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
<b>LEITO:</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
<b>PACIENTE:</b> ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO		<b>NASCIMENTO:</b> 05/01/1991

### DADOS CLÍNICOS

<b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA ECG: NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, EUPNEICO, ORIENTADO EM TEMPO ESPAÇO			
<b>PROVAS DIAGNÓSTICAS:</b>			
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b> RAIO X DE OMBRO ESQUERDO - FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA			
<b>DIAGNÓSTICO(CID):</b> FRATURA DA CLAVICULA			
<b>COMORBIDADE:</b>			
<b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> 120x70(mmHg)	<b>FREQ. CARDÍACA:</b> 76bpm	<b>SATURAÇÃO:</b> 99%	<b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b> 18rpm
<b>GLICEMIA:</b>	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b>	<b>USO DE O2:</b>	
<b>USO DROGAS VASOATIVAS:</b>			
<b>USO ANTIBIÓTICOS:</b>			
<b>USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:</b>			
<b>DATA:</b> 20/10/2018 04:48:41			
<div> <b>Dr. David Wesley</b> Médico CRM-10047</div> <div>MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO</div>			



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 395221803	Nº REGULAÇÃO: 45973	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO	NASCIMENTO: 05/01/1991	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA ECG: NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, EUPNEICO, ORIENTADO EM TEMPO ESPAÇO

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

RAIO X DE OMBRO ESQUERDO - FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA CLAVICULA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x70(mmHg) FREQ. CARDÍACA: 76bpm SATURAÇÃO: 99% FREQ. RESPIRATÓRIA: 16cpm

GLICEMIA: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Roseado, 455 loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

DATA: 20/10/2018 04:48:41

Dr. David Wesley

Médico

CRM-10047

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

# CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

<b>AUTORIZAÇÃO: 395221803</b>		<b>Nº REGULAÇÃO: 45973</b>	<b>TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL</b>
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D. ANTONIO PEDREIRA DE A. MARTINS - BUENOS AIRES			
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT			
<b>LEITO:</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA			
<b>PACIENTE:</b> ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO			
		<b>NASCIMENTO:</b> 05/01/1991	

### HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA ECG: NORMOCORADO, HIDRATADO, ACIANOTICO, ANICTERICO, EUPNEICO, ORIENTADO EM TEMPO ESPAÇO

### DADOS CLÍNICOS

### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

### EXAMES SOLICITADOS:

RAIO X DE OMBRO ESQUERDO - FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DA CLAVICULA

### COMORBIDADE:

**PRESSÃO ARTERIAL:** 120x70(mmHg)

**FREQ. CARDÍACA:** 76bpm

**SATURAÇÃO:** 99%

**FREQ. RESPIRATÓRIA:** 18rpm

**GLICEMIA:**

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:**

**USO DE O2:**

**USO DROGAS VASOATIVAS:**

**USO ANTIBIÓTICOS:**

**USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

**DATA:** 20/10/2018 04:48:41

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

**OBS:** O paciente continua com vaga reservada no estabelecimento de origem até a data 20/10/2018 e horário 07:00h. Caso seja necessário internar o paciente no estabelecimento de destino, o mesmo deve contactar o estabelecimento de origem para registro da alta.





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 302 506

**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: 05.322.917/0022-02

085V

SUS SUS

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 20/10/2018 08:06:31

**DADOS DO PACIENTE:**

(User: VALERICE MENDES)  
 (Estat: RECEPCAO)

Nome: <b>ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO</b>		Prontuário: <b>302506</b>
Mãe: <b>MARIA RAIMUNDA GOMES ARAUJO</b>	Pai: <b>FRANCISCO MACHADO ARAUJO NETO</b>	
End. Resid.: <b>QD 13 CS 08 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		
Nascimento: <b>05/01/1991</b>	Idade: <b>27a9m15d</b>	Sexo: <b>Masculino</b> Fone: <b>86- -</b>
Responsável: <b>MARIA RAIMUNDA</b>	CNS: <b>702406037830220</b>	
Profissão: <b>SUSHIMEN</b>	CPF: <b>-</b>	RG: <b>263408420030 - SSP MA</b>
G Instrução: <b>Médio Completo</b>	E. Civil: <b>Solteiro(a)</b>	
End. Local: <b>- - -</b>		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: <b>689977</b>	Data: <b>20/10/2018 08:04:46</b>	Condução: <b>AMBULANCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		
Acid. Trab.: <b>SIM</b>	Trajetos?: <b>SIM</b>	Tipico: <b>NÃO</b>
		CID Secundário: <b>V299</b>

**DADOS CLÍNICOS:**

*João Paulo B*

*João Paulo B*

PA: ☒ mmHg Pulso: ☐ FC: ☐ bpm Temp.: ☐

Diagnóstico Inicial: *João Paulo B*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
 09 AGO 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

*João Paulo B*

**RAIO-X REALIZADO**  
 DATA: **20/10/2018**  
 Técnico: *João Paulo B*

<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evaseio	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:
<b>DESTINO:</b> <input type="checkbox"/> Aré 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs		<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.
<b>OBITO:</b>		<b>CID Compatível:</b> <b>0408010150</b>
<b>Prof. Solicitante</b> <b>Internação:</b>		<b>Prof. Solicitante</b> <b>Internação:</b>

*Maria Raimunda*  
 Assinatura Paciente ou Responsável

*Valença*  
 Ricardo Valença  
 a. Traumatologia  
 TEOT: 11305

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 3445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

SUS SUS

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 20/10/2018 08:06:37

### DADOS DO PACIENTE:

User: VALDEICE MENDES  
Estação: RECEPCAO01

Nome:	ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO		Prontuário:	302506
Mãe:	MARIA RAIMUNDA GOMES ARAUJO	Pai:	FRANCISCO MACHADO ARAUJO NETO	
End.Resid.:	QD 13 CS 08 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento:	05/01/1991	Idade:	27a9m15d	Sexo: Masculino Fone: 86- -
Responsável:	MARIA RAIMUNDA	CNS:	702406037830220	
Profissão:	SUSHIMEN	CPF:	* RG: 263408420030 - SSP MA	
G. Instrução:	Médico Completo	E.Civil:	Solteiro(a)	
End.Local.:	- - -			

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	689977	Data:	20/10/2018 08:04:46	Condução:	AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid.Trab.:	Sim	Trajetos?:	Sim	Típico:	Não	CID Secundário:	V299

### DADOS CLÍNICOS:

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:	CID:
Diagnóstico Inicial:							

*fratura ombro E*  
*fratura costela E*  
*fratura costela E*

DEPARTAMENTO DE SINISTRA  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03-AGO-2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Azevedo, 405 Lagoa C  
Centro-Norte CEP: 64.042-470  
Teresina-PI

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO-X REALIZADO	
DATA: 20/10/2018	
Téc: <i>Valença</i>	

*fratura per úp*

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:
DESTINO:		DATA SAÍDA: / / HORA: :	
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: <i>0908010150</i> CID Compatível: <i>542 Valença</i> <i>Ricardo</i> <i>a - Traumatologia</i> <i>TEOT: 11305</i> Prof. Solicitante Internação:

*Maria Raimunda*  
Assinatura Paciente ou Responsável

*Patricia Virtuoso*  
Matrícula: 027459  
SAMS - SUS  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Carimbo - Assinatura - Profissional - BE





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 142022 AIH: 2218101762789
---	--

### 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
	ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO	05/01/1991	302506	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA RAIMUNDA GOMES DE ARAUJO	MARIA RAIMUNDA	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
		Q 13 C 08		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
PARQUE BRASIL		TERESINA	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		
DIAGNOSTICO 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 MOTO, COM TRAUMA DE CLAVÍCULA E, FOI AVALIADO, MEDICADO E TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE.

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	24/10/2018

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
170600533260002		24/10/2018 18:28:38

ACIDENTES DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Patricia Viana Sales Leão  
Matrícula: 627496  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL







Fundação Municipal de Saúde

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



HOSPITAL  
MUNICIPAL DE TERESINA

NOME DO PACIENTE	Autauic Raphael Gomes Araújo	PRONTUÁRIO	202506	D. NASCIMENTO		CLÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS				MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES				
DATA: 21/10/18 HORA: 1				17:45 - Paciente não localizado no ponto de reunião chamado - HUR				
Visto Nutricional Análise Nutricional (NPI/NLI)				21/10 21/10				
1 - Dextro 500ml				1:00 - não localizado -				
2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h - flco				21/10 14L				
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/5h				Tratado para o HPT				
4 - Terfenadina 7mg + ADEV 12/12h - sus.パウロ				por via				
5 - Ranitidina 150mg + ADEV 8/8h								
6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h - en								
7 - CCGG + SSVV								

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rue Coelho do Resende, 465 Loja C  
Cendo - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

DICO/CRM:

Mod: 007



**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



— **CONCERNING**  
— **ABOUT**

PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ANEXOS OU APT.	LEITO
<p> <b>NOME DO PACIENTE:</b> <u>Walter Rafael Silva</u>  <b>DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES:</b> <u>Doença de Alzheimer</u>  <b>DATA:</b> <u>20/08/2018</u>  <b>HORA:</b> <u>09:00</u>  <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA:</b>            1 - Dieta geral            2 - SF 0,9% 500ml EV 12/12h            3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h            4 - Tetraciclina 20mg + ADEV 12/12h            5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h            6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h            7 - CCGG + SSVV         </p>				
<p> <b>ALERGIAS:</b>  <b>HORÁRIO:</b>  <b>OBSERVAÇÕES:</b> </p>				
<p> <b>MÉDICO ASSISTENTE, ESPECIALIDADE:</b> </p>				

DEPARTAMENTOS D  
 OPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VE  
 09 AGO 2018  
 GENTE SEGURADORA  
 Rua Coelho de Resende, 461  
 Centro-Norte CEP: 64.003-000  
 Teresina-PI

7/24

Dr. Ricardo Valença  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM: 3786 - TEOT: 11305

Patrici  
 Patrici Almeida Soares Leite  
 Matrícula: 027499  
 SAMP - IVF  
 CONFERE COM O ORIGINAL

Mod: 007

**MÉDICO/CRM:**

Dr. Ricardo Valença  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 3766 - TEOT: 11305

Patricia Artur Sales Leite  
Matrícula: 027499  
SAMS - HUP  
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



PLACA( )PULSEIRA( )

OME: *Antônio Rafael Gomes*

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ / LEITO: \_\_\_\_\_

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: ( ) MÍNIMOS ( ) INTERMEDIÁRIOS ( ) SEMI-INTENSIVOS ( ) INTENSIVOS DATA: 09 / 10 / 2018

SINAIS VITAIS						ENTRADAS		SAÍDAS			
DRA	T	P	R	PA	SAT. O	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18											
24											
36											

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:		CONTROLE:	
CEFAÇÃO SENSORIAL (Limitação): oluntária 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma		4		ALTO RISCO	AR: <12
DADE (Molhard): amplamente 2-Muito 3-ocasionalmente 4- raramente		4		MEDIO RISCO	MR: 12 a 14
ATIVIDADE: total 2-Cadeira rodante 3-Anda lento 4-Frequentemente		4		BAIXO RISCO	BR: > 14
MOBILIDADE (Limitação): total 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma		3			
INUTRIÇÃO: alto 2-Inadequada 3-Adequada 4-Exceção		3			
PERCEÇÃO E CIBALIMENTOS: obstáculo 2-Problema Potencial 3- Nenhum/Problema		3			
TAL:					

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:	
HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0	
USO DE DEAMBULADOR: ilusão (Paredo - 30 / Muletas - 15) Nenhum/Ambador - 15 Nenhum/Ambador/Ambador - 0	
ERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20 NÃO - 0	
ARCA: promotora / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Semdeambulação, acamado, cadeira de rodas - 0	
ESTADO MENTAL: Incapacidade / Esquecimento - 15 / Orientado / Capacidade / Limitação - 0	
TAL:	

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
Estado Mental: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Torporoso Glasgow: _____	
2. Locomoção: (X) Deambula ( ) Acamado ( ) Restrito ao leito por orientação	
Parêntese: ( ) Plegia ( ) Hemiparesia ( )	
Déficit Motor: ( ) Cadeira de rodas	
3. Respiração: (X) Eupnéico ( ) Dispneico ( ) Taquipnéico ( ) TQT	
Sem O <sub>2</sub> ( ) Como: _____	
4. Sistema Cardiovascular: ( ) BNR ( ) BNF ( ) 2T ( ) Normocárdico	
Taquicárdico ( ) Bradicárdico ( ) Outros: _____	
5. Dieta: (X) SNE/SNG ( ) SOE/SOG ( ) GTT ( ) NPT ( ) Dieta zero	
Bom aceitação ( ) Aceita Parcialmente ( ) Não aceita ( )	
6. Abdômen: (X) Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Flácido ( ) Rígido/Tenso	
Tímpano ( ) Doloroso ( ) Indolor ( ) Outros: _____	
7. Pele e mucosas: (X) Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Ictérico ( ) Integra	
Edema/Anasarca ( ) Hidratado ( ) Lesões	
Escoriações ( ) LPPs	
8. Hidratação: (X) JVP (X) JAVC ( ) Outros: _____	
9. Drenos: ( ) Suctor ( ) Torácico ( ) DVE ( ) Kher ( )	
Penrose ( ) Outros: _____	
10. Diurese: (X) Espontânea ( ) Dispositivo Urinário ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Normal	
Reduzida ( ) Hematuria ( ) Outros: _____	
1. Evacuações: (X) Presentes ( ) Ausentes dias ( ) Diarréia	
( ) Melena ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( ) Outros: _____	
2. Alergias ( ) Não ( ) Sim- Quais: _____	

*Antônio Rafael Gomes*  
Enfermeira  
CRM: 149472

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 453 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

FMS SUS HU

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	3-Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
4- Nome do estabelecimento executante:	5-CNES	6-Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	225448

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

7- Nome:	ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO			6 - Prontuário:	302506
7-CNS:	702406037830220	8-Nascimento:	05/01/1991	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	MARIA RAIMUNDA GOMES ARAUJO			RG:	263408420030- SSP
13-Resp:	MARIA RAIMUNDA			12-Fone:	86- -
15-Endereço:	QD 13 CS 08 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-010			14-Fone:	86- -
16-Município:	TERESINA			17-Cod. IBGE:	221100
		18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

1- Cod. Proc. Anterior:	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
0408010150	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA
2- Cod. Proc. Atual:	20 - Mudança de Procedimento / Descrição
0308010019	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA
3- Diagnóstico:	
T111	Ferimento do membro superior, nível não especificado

38- Profissional Responsável:	40- Tp. Documento:	
RICARDO SOARES VALENÇA	CPF	
39- Data Solicitação:	41- No. Doc. Méd. Solic.:	
20/10/2018	787.098.575-31	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA DE CLAVÍCULA E, FOI AVALIADO, MEDICADO E TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE.

**AUTORIZAÇÃO**

42- Nome do Profissional Autorizador:	43- Data Autorização:	44- Assinatura:
	/ /	
45- Justificativa da "NÃO" autorização:		
46- Nome do Profissional/parecer controle de A. Especialista/Autorização:	47- Data Autorização:	48- Assinatura/CPF:
		49- Ass. Carimbo (Rp. Conselho)

Publicado em 12/05/2020  
Matrícula: 027499  
SAMS - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Rosende, 465 Lda C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

225448

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

14 2022

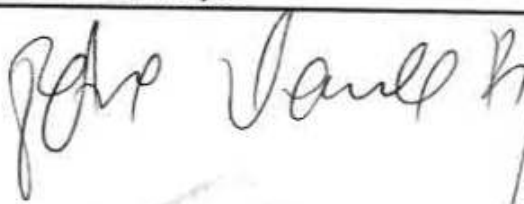

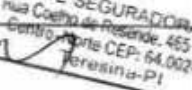
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>225448</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO</b>	6 - Prontuário: <b>302506</b>
7-CNS: <b>702406037830220</b>	8-Nascimento: <b>05/01/1991</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	RG: <b>263408420030 - SSP</b>
11-Mãe: <b>MARIA RAIMUNDA GOMES ARAUJO</b>	12-Fone: <b>86- -</b>
13-Resp: <b>MARIA RAIMUNDA</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>
15-End: <b>QD 13 CS 08 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-010</b>	
17-Cod. IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>
19-CEP: <b>64000-010</b>	

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	  	
21 - Condições que justificam a internação:		
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):		
23-Diagnóstico Inicial: <b>Fratura da clavícula</b>		
24-CID Prim:	25-CID Sec:	26-CID T.Ass:
<b>S420</b>		

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: <b>0408010150</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA</b>	Tempo SUS: <b>2</b>
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b>	31-Docum.: <b>01</b>
	CPF: <b>787.098.575-91</b>	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	34-Data Solicitação: <b>20/10/2018</b>	

## 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-CHAE Empresa:	44-CBOM:
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: (CAMILA NOBERTA) Consulta Local: 899977 Consulta SUS:



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 13:41:36

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110313413549700000012173670>

Número do documento: 20110313413549700000012173670

Num. 12869636 - Pág. 27



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 142022
	AIH: 2218101762789

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO	NASCIMENTO 05/01/1991	SEXO M	PRONTUÁRIO 302506
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA RAIMUNDA GOMES DE ARAUJO	RESPONSÁVEL MARIA RAIMUNDA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE Q 13 C 08		
BAIRRO PARQUE BRASIL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
TRAUMA EM OMBRO E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
AS CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)  
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA  
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER  
URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO  
20/10/2018

RICARDO SOARES VALENÇA  
CPF: 7870963739

CRM:

DATA ADMISSÃO  
20/10/2018 08:04

DATA ALTA  
21/10/2018 14:00

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))  AARAO CRUZ MENDES CPF: 13178547304	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA  PATRICK PIMENTES LOBO MATEUS: 007499 SABRE - HUT CONFERE COM O ORIGINAL
CRM: DATA ANÁLISE: 20/10/2018 09:02:02	CPF: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO** (Prontuário: 302506)  
Endereço: QD 13 CS 08 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 05/01/1991 Idade: 27a11m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 689977  
Requisição: 884814 Solicitação: 20/10/2018 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA  
Controle: 1096488 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 20/10/2018

### OMBRO ESQUERDO

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

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/12/2018

### CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2019  
COMPANHIA SEGURODORA S.A.  
Rua Celso de Figueiredo, 465 Loja C  
Teresina-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Confere com o(a) original q  
foi apresentado(a) e dou fe  
Em 22/01/19  
Setor de Arquivo Técnico do HPM PI  
Luiz Henrique das Neves Filho 1º TEN PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 105198183-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Antonio Rafael Soares Araújo  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 42096118

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





<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>	Nº LAUDO: 142256
	ZIH: 2218101780543

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT	<b>CNES</b> 5828856
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	<b>CNES</b> 2323451

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b>	<b>NOME DO PACIENTE</b> ANTONIO RAFAEL GOMES APOLIO	<b>NASCIMENTO SEXO PRONTUARIO</b> 05/01/1991 M 420961
<b>DOCUMENTO CPF</b>	<b>TELEFONE NOME DA MAE</b> MARIA RAIMUNDA GOMES DE APOLIO	<b>RESPONSÁVEL</b> CATARINA MARIA DA COSTA BATISTA
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>	<b>NUMERO / LOTE</b> Q 13 C 08
<b>BAIRRO</b> PARQUE BRASIL	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>UF</b> PI

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
PACIENTE DE 27 ANOS VITIMA DE ACIDENTE DE TRAFEGO COM TRAUMA EM OMBRO. NO MOMENTO BOM ESTADO GERAL.

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
TRANSFERENCIA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS**  
RAIO X DO OMBRO: ACUSA FRATURA DE CLAVICULA.

**EXAMES REALIZADOS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**CID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL**  
S420 - FRATURA DA CLAVICULA

**CID 10 SECUNDÁRIO**

**CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**  
040801 - 04 - TRATAMENTO CIRURGICO DA CLAVICULA

**LEITO/CLINICA**  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

**CARACTERÍSTICAS**

**URGENCIA**

**DATA ADMISSÃO**  
21/10/2019

**DATA ALTA**  
21/10/2019

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTE)

**TIPO ACIDENTE CNPJ**  
SEGURADORA

**Nº DO POLICETE SÉRIE CNPJ**  
EMV

### CAUSAS EXTERNAS(VIOLENCIA)

**CNAE**  
PRESA

**CBOR NATUREZA DA LESÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

**PROFISSIONAL AUTORIZADO**  
LUCAS DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS  
CPF: 000.000.000-00

**PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE**  
URIA

**CRM**

**DATA ANÁLISE**

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	2 - CNES <b>2323451</b>	Atendimento <b>803569</b>
3 - Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	4 - CNES <b>2323451</b>	

## Identificação do Paciente

5 - Nome: <b>ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO</b>		6 - Prontuário: <b>420961</b>	
7 - CNS: <b>898003720090975</b>	8 - Nascimento: <b>05/01/1991</b>	9 - Sexo: <b>M</b>	CPF: <b>86-9.94919527</b>
11 - Mãe: <b>RAIMUNDA GOMES ARAUJO</b>	12 - Fone: <b>86-9.94919527</b>		14 - Cor: <b>PARDA</b>
13 - Resp: <b>CATARINA DE MARIA DA COSTA BATISTA</b>	15 - Ender.: <b>Q 13 CASA08 PARQUE BRASIL I 0 SANTA MARIA</b>		19 - CEP: <b>64013-464</b>
16 - Munic: <b>TERESINA</b>	17 - Cod. IBGE: <b>221100</b>	18 - UF: <b>PI</b>	RG: <b>26340-8420030</b>

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos: <i>Acidente automobilístico fratura da clavícula</i>
---

DEPARTAMENTOS DE  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 405 Lda C  
Centro - Norte CEP: 64.020-900  
Teresina-PI

21 - Condições que justificam a internação: <i>fratura da clavícula</i>
--

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados) <i>Exame físico - 18</i>
--

23 - Diagnóstico Inicial: <b>FRATURA DA CLAVICULA</b>	24 - Cid Princ.: <b>S420</b>	25 - Cid Sec.: _____	26 - Cid C.Asa.: _____
--	------------------------------	----------------------	------------------------

## Procedimento Solicitado

Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado: <b>010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR</b>		Tempo SUS <b>2</b>		
29 - Clínica: <b>POSTO II</b>	30 - Carater.: <b>02</b>	Ident.: <b>1</b>	31 - Documento: <b>CPF</b>	32 Doc. Med. Solic. <b>16776599841</b>
33 - Nome Profissional / Assistente <b>LEANDRO PONCE LEAL</b>		34 - Data de Solicitação: <b>21/10/2018</b>		

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

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

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização: <b>3/10/18</b>
48 - Documento	49 - Num. Documento

50 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Catarina de Maria da Costa Batista</i>	51 - Assinatura Profissional: <i>[Assinatura]</i>
52 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
53 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
54 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
55 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
56 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
57 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
58 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
59 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
60 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
61 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
62 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
63 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
64 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
65 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
66 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
67 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
68 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
69 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
70 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
71 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
72 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
73 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
74 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
75 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
76 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
77 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
78 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
79 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
80 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
81 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
82 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
83 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
84 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
85 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
86 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
87 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
88 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
89 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
90 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
91 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
92 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
93 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
94 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
95 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
96 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
97 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
98 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
99 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	
100 - Assinatura do Médico (PRO Conselho): <i>[Assinatura]</i>	





Polícia Militar do Piauí  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	FICHA DE PRONTUÁRIO		21/10/2018
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO		Pront: 420961
IDEM OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 05/01/1991 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 803569	Enfermaria: POSTO II	ENF 214 LEITO Leito: 214
CLÍNICA	Pai:		
Médico Assistente	Mãe: RAIMUNDA GOMES ARAUJO		
Permanência	RG: 26340842003		
CLÍNICA	Residência:		
	Q 13 CASA08 PARQUE BRASIL I		
	Nr.: 0		
	Cep: 64013464		
	Bairro: SANTA MARIA DA CODIPE		
	Cidade: TERESINA		
	Telefone: 86 - 994919627		

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

*Exame físico normal. Ausculta normal. Não há alterações significativas.*

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S420
Principal:	CID
Procedimento:	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica
<i>Exame físico normal. Ausculta normal. Não há alterações significativas.</i>	Misto - Patológico:
	<i>Exame físico normal. Ausculta normal. Não há alterações significativas.</i>

TRATAMENTO

Tipos:	Terapêutica Médica	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma		<input type="checkbox"/> Nenhuma
<input type="checkbox"/> Médico		<input type="checkbox"/> Médico
<input type="checkbox"/> Cirurgia		<input type="checkbox"/> Cirurgia
<input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico		<input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico
Data/Hora de Internação	DURAÇÃO	Data da Hospitalização
21/10/2018 14:14:57	Data da Alta:	

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Fisiologia	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Psiquiatria	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
<input type="checkbox"/> Instaurado	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação
<input type="checkbox"/> A Pedido		
<input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico		

THE

Assinatura:

"Humanizando e Guiando Bem da Sua Saúde"  
Av. Regina China, 1952 - Fone: (66) 318-1255 - Fax: (66) 318-1255  
CEP: 64013-400 - Teresina - PI. C.R.F.: 07.221 (15/02/2015) - C.R.F.: 018.276-6





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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 21/08/18  
Nº DO PRONTUÁRIO: 420961 SALA 07  
CÓD DA CIRURGIA: 0408040

Descrição da Cirurgia:

1. Exame físico geral e particular
2. Exame físico particular
3. Exame físico particular
4. Exame físico particular
5. Exame físico particular
6. Exame físico particular
7. Exame físico particular
8. Exame físico particular
9. Exame físico particular
10. Exame físico particular

DEPARTAMENTO DE SINIS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Farias, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 13:41:36  
RQPM 105198193-21 MM 144959  
Data do Setor do Arquivo Técnico

Cirurgia: *Exame físico geral e particular*  
Cirurgião: *Exame físico particular*  
1º Auxiliar: *Acad. 21/18*  
2º Auxiliar:  
3º Auxiliar:  
Instrumentador: *Hilson*  
Circulante: *Acad. 21/18*



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 125336  
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO  
NOME DA MÃE: RAIMUNDA GOMES ARAUJO  
DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 26/10/2018  
DATA DO LAUDO: 05/11/2018  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA / AP**

Controle pós-operatório.

Osteossíntese de fratura na clavícula com placa e parafusos metálicos.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.



Luz Henrique V. de Souza Rm 11271 PM  
RCPM 10515-000-0001 14495-9  
Chefe do Setor de Análise Técnica

  
Nayra Virginia S. Costa  
CRM-Pi 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.155/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (36) 3216-1520



ID: 128636  
Paciente: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO  
Idade: 02/77  
Sexo: M

DEPARTAMENTOS DE  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2019

SE SEGURADORA S.A.  
R. do Rosário, 465 Lapa C  
Norte CEP: 54.002-470  
Belo Horizonte - PI

Los HALL  
RGPM 005 198193-21  
Código de Segurança da Informação



Horas: 17:39  
Data: 20/10/2018







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



**FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA**

13-46012

OME DO HOSPITAL:

ONTATO FEITO COM:

CONFIRMADO A VAGA: SIM (X) NÃO ( )

142022

**I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

OME:

DADE:

ESTADO CIVIL:

NDEREÇO:

RESPONSÁVEL:

**II - TRANSFERÊNCIA**

MINICO ( )

CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

EXAMES REALIZADOS:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMENTO REALIZADO:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

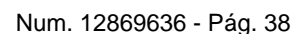
DATA:

Ass. e carimbo do médico



AT = 802564

h.









DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Laje C  
Centro-Norte CEP: 64.062-470  
Teresina-PI



Luiz Henrique Vasconcelos Reis 111258 PM  
RGPM 11614403-34 Mai-19435-9  
Cível - 2ª Vara do Trabalho

HPM

1286936  
Emitido por: ANTONIO GOMES ARAUJO  
Em: 02/11/2019

1286936  
Emitido por: ANTONIO GOMES ARAUJO  
Em: 02/11/2019



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 118622  
ATENDIMENTO: 803569  
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO  
DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO  
POSTO: POSTO II ENF: 214 LEITO: 03

DATA: 21/10/2018

SEXO: M  
IDADE: 27a 9m 17d

**HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB**

**ERITROGRAMA:**

Hemácias.....: 4,90 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina.....: 14,00g/dl  
Hematócrito.....: 44,0%

Valores de Referências  
Homem Mulher  
4,5 - 6,5 3,9 - 5,8  
13,5 - 18,0 11,5 - 16  
40,0 - 54,0 36,0 - 47

**LEUCOGRAMA:**

Leucócitos.....: 3.700mil/mm<sup>3</sup>

Valores Referências  
4.000 - 10.000

Bastões.....  
Segmentados.....: 62  
Eosinófilos.....: 2  
Basófilos.....  
Linfócitos.....: 35  
Monócitos.....: 1  
Metamielócitos.....  
Mielócitos.....

3 - 5 %  
50 - 66 %  
2 - 4 %  
0 - 1 %  
20 - 30 %  
4 - 8 %  
0 - 0 %  
0 - 0 %

OBS:

Plaquetas.....: 149.000mm<sup>3</sup>

100.000 mm<sup>3</sup> a 400.000  
mm<sup>3</sup>

OBS:

Método: Impedância/Difrações

Lub. Henrique...  
RGPM 185...  
Cidade - São João del-Rei

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

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-15

Telefone: (86) 3228-1260  
Fax (86) 3216-1520





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

*"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"*

PEDIDO: 118622  
ATENDIMENTO: 803569  
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO  
DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO  
POSTO: POSTO II ENF: 214 LEITO:

DATA: 21/10/2018

SEXO: M  
IDADE: 27a 9m 17d

**COAGULOGRAMA**

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 1,00 min.  
Método: Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 8,00 min.  
Método: Lee-Write Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....: NEGATIVA  
Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: TOTAL



Luis Henrique de Sousa Reis 11/10/2018 PM  
RGPM Nº 1193-21/MAR 14495-9  
Chefe do Setor de Exames Laboratoriais

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

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260  
Fax (86) 3216-1520





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 118622  
ATENDIMENTO: 803569  
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO  
DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO  
POSTO: POSTO II ENF: 214 LEITO:

DATA: 21/10/2018

SEXO: M

IDADE: 27a 9m 17d

**GLICEMIA**

RESULTADO.....: **79,00** MG/DL

VALOR DE REFERÊNCIA: NEGATIVO  
MÉTODO: COLORIMÉTRICO ENZIMÁTICO  
MATERIAL: SORO/PLASMA



Luz Henrique V. de Sousa Reis - 1º TEN PM  
RUPM 10519-933-2/ Mar. 14/95-9  
Chefe do Setor de Análises de Laboratório

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

Av. Higinio Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260  
Fax: (86) 3216-1520





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 118622  
ATENDIMENTO: 803569  
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO  
DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO  
MEDICO: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO  
POSTO: POSTO II ENF: 214 LEITO:

DATA: 21/10/2018

SEXO: M

IDADE: 27a 9m 17d

UREIA: ..... 28 mg/dl  
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:  
15 a 40 mg/dl



Dr. Henrique Siqueira Reis 1º TEN PM  
RGPI 38193-2/ Mpl 44853  
Classe 3 Setor de Legado Médico

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

Av. Higino Cunha, 1642 - Ihotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260  
Fax (86) 3218-1520





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**PEDIDO:** 118622  
**ATENDIMENTO:** 803569  
**PACIENTE:** ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO  
**DATA DO NASCIMENTO:** 05/01/1991  
**CONVÊNIO:** SUS - INTERNACAO  
**MEDICO:** JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO  
**POSTO:** POSTO II ENF:214 LEITO:

**DATA:** 21/10/2018

**SEXO:** M  
**IDADE:** 27a 9m 17d

**CREATININA** ..... **0,9 mg/dl**  
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:  
De 0,4 a 1,4 mg/dl



(Lus Hemides Vasconcelos Reis - TEN PM)  
RGPM 105198193-2 | Matr. 14495-9  
(Cidade - Setor do Arquivo Técnico)

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

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260  
Fax (86) 3218-1520







POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
RECEITUÁRIO



DADOS DO PACIENTE

NOME: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO  
DATA NASC: 05/01/1991 IDADE: 28 Anos 2 Meses 15 Dias SEXO: Masculino ESTADO CIVIL:  
ENDEREÇO: Q 15 CASAS DO PARQUE BRASIL Nº 0 COMPL:  
BAIRRO: SANTA MARIA DA CIDADE CIDADE: TERESINA CEP: 64013464

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM OUTUBRO DE 2018, SOFRENDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. TRATADO CIRURGICAMENTE, EVOLUI SEM QUEIXAS, SEM DOR NO FOCO E COM CONSOLIDAÇÃO CLÍNICA DA FRATURA. ENCONTRA-SE SEM RETRIÇÃO PARA O RETORNO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, APTO PARA A FUNÇÃO.



Data: 30/10/19

Ass. Profissional

DANIEL ROCHA E SILVA MODESTO

Conselho: 5166

*"Humanizando e Cuidado Bem da Sua Saúde"*

Av. Nogueira Gouveia, 1642 - Fone: (86) 3216-1528 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP: 64.014-220 - Teresina - Piauí - CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 132008  
PACIENTE: ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO  
NOME DA MÃE: RAIMUNDA GOMES ARAUJO  
DATA DO NASCIMENTO: 05/01/1991  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 20/12/2018  
DATA DO LAUDO: 15/01/2019  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

**RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS**

**Achados:**

Fratura cominutiva localizada na diáfise média da clavícula, fixada com placa e parafusos metálicos, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Superfícies articulares preservadas.



**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Fratura cominutiva localizada na diáfise média da clavícula, fixada com placa e parafusos metálicos, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

  
Dra. Liege de Sampaio  
MÉDICA  
CRM-PI: 4173  
**LIEGE RIBERTO SOARES DE SAMPAIO**  
CRM: 4173

AV. Hilgino Cunha, 1542 - Itolá - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

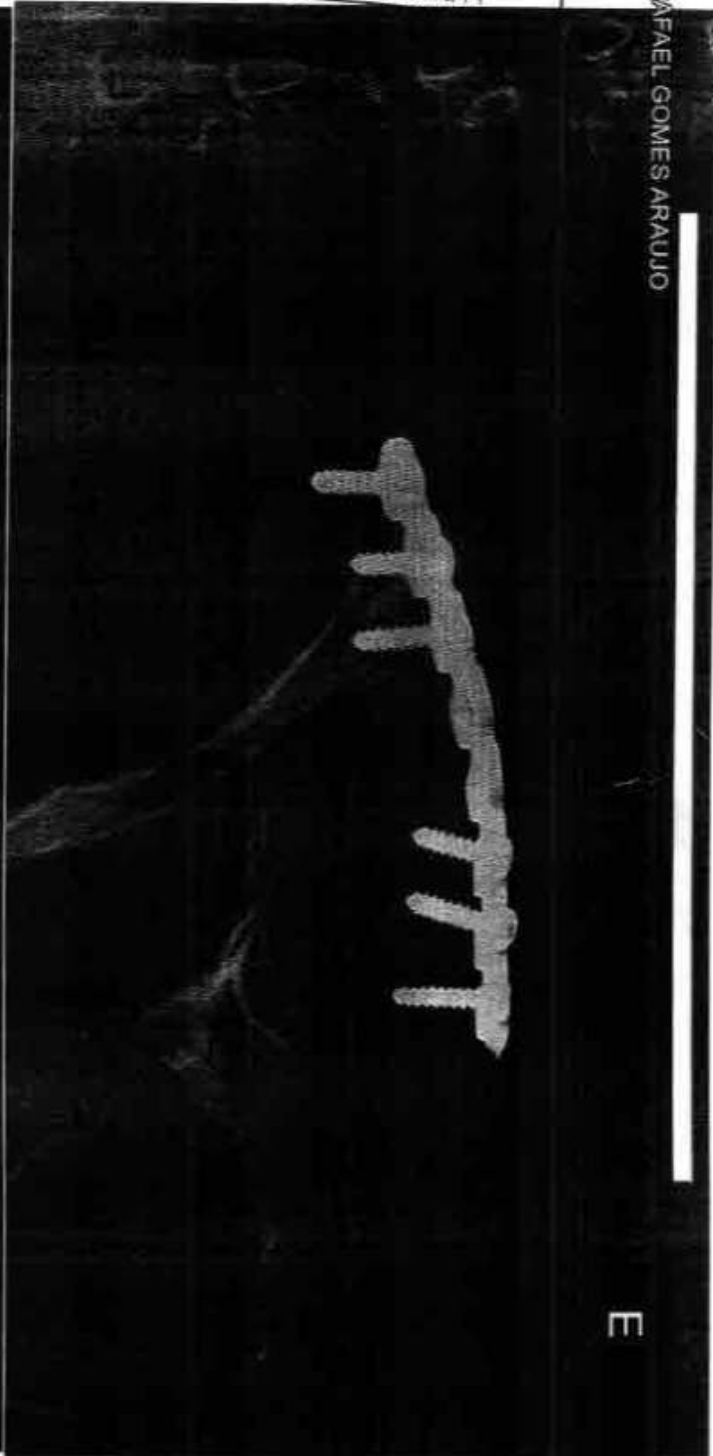
Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520



Placa 15-13  
Emanet 20/12/2010

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
03 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

ID: 12803  
Padrão ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO  
Idade: 027Y  
Sexo: M





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
RECEITUÁRIO



DADOS DO PACIENTE

NOME: ANTÔNIO RAFAEL GOMES ARAUJO

DATA NASC.: 05/01/1991

IDADE: 28 Anos 2 Meses 15 Dias

SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO: Q 13 CASA08 PARQUE BRASIL I

Nº 0 COMPL.:

BAIRRO: SANTA MARIA DA CODIPE

CIDADE: TERESINA

CEP: 64013464

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM OUTUBRO DE 2018, SOFRENDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. TRATADO CIRURGICAMENTE, EVOLUI SEM QUEIXAS, SEM DOR NO FOCO E COM CONSOLIDAÇÃO CLÍNICA DA FRATURA. ENCONTRA-SE SEM RETRIÇÃO PARA O RETORNO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS, APTO PARA A FUNÇÃO.



Data: 20/03/19

Ass. Profissional

DANIEL ROCHA E SILVA MODESTO

Conselho: 5166

*"Humanizando e Cuidado Bem da Sua Saúde"*

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1528 - Fax: (86) 3216 - 1520  
CEP: 64.014-220 - Teresina - Piauí - CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8





**CLÍNICA  
MACHADO**

**RELATÓRIO MÉDICO**

DECLARANDO QUE ANTONIO  
RAFAEL GOMES ARAUJO, FOLIO 011/11  
DE ACIDENTE DE TRABALHO, FOLIO 001-  
DO EM 20.10.18 ÀS 03:00HS, SENDO  
SOFRER FORTI TRAUMA EM MSE COM  
SUMO COM FORTURA EM PORÇÃO  
ALCORN DA CLAVICULA ESQUERDA  
SENDO TRATADO CIRURGICAMENTE  
DESPOIS DE ANESTESIA, COMPLE-  
MENTANDO COM FARMACOLOGIA  
COM ALTA DEFINITIVA, ALTO  
COM SEQUELAS: FORTES DORES  
COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO,  
COM CONSEQUENTES FAMILIARES  
80%.

*Edimar Machado da Silva*

CP: 18/10/19

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirurgia  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

**Residencial Tropical Park**

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

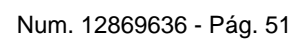


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/11/2020 13:41:36

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110313413549700000012173670>

Número do documento: 20110313413549700000012173670

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
03 AGO 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
<b>OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)</b>			
NOME: <u>Antonio Rafael Gomes Araújo</u>			
RG: <u>263408420030</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>27/01/17</u>	
CPF: <u>05196246371</u>	ESTADO CIVIL: <u>União estável</u>	PROFISSÃO: <u>Sushiman</u>	
ENDEREÇO: <u>R5 Park Brasil J A 13 C 08</u>	Nº: <u>514</u>		
COMPLEMENTO: <u>casa</u>	BAIRRO: <u>urbano</u>		
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>PI</u>	CEP: <u>64012095</u>	TELEFONE: <u>9.95346565</u>




OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: <u>Nelle Fozze Soares Marques</u>			
RG: <u>U.119 262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>	
CPF: <u>840173173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Receita-me</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua 24 de janeiro</u>	Nº: <u>544</u>		
BAIRRO: <u>Centro norte</u>	CIDADE: <u>Teresina</u>	UF: <u>PI</u>	CEP:

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO 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:

Antonio Rafael Gomes Araújo

Data do acidente de trânsito: 20/06/18

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina Piaui 09/08/19  
x Antonio Rafael Gomes Araújo 

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

CARTÓRIO THEMSTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Maria Elvira Cardoso Sousa  
Escrevente Autorizada  
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS	
Reconheço por autenticidade a firma de ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 09/08/2019. Selo: AAR11130-MMI	
www.tjpi.jus.br/portalextra.	
Maria Elvira Cardoso Sousa-Escrevente Autorizado Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:165	
PROCURACAO PARTICULAR	

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0273146/19

**Vítima:** ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

**CPF:** 051.962.463-71

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

**Data do acidente:** 20/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

#### ANTONIO RAFAEL GOMES ARAUJO : 051.962.463-71

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/08/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/08/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

