

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, 07 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200266610      Vítima: WELISON DE SOUSA SANTOS**

**Data do Acidente: 08/12/2019      Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), WELISON DE SOUSA 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\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 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: WELISON DE SOUSA SANTOS**

**Valor: R\$ 6.412,50**

**Banco: 341**

**Agência: 000000344**

**Conta: 0000082678-9**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**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, retorno 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).





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora  
**LIDER**  
Administradora de Seguro Cível

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° doório ou ASL:

3 - CPF da vítima:

097391.003 84.

4 - Nome completo da vítima:

WELISON DE SOUSA SANTOS

5 - Nome completo:

WELISON OG SOUSA SANTOS.

7 - Profissão:

RECUJO.

8 - Endereço:

Rua Belchior Barros

11 - Bairro:

HOTEL PROFESSAL.

12 - Cidade:

TERESINA.

13 - E-mail:

5 - CEP:

09739100384.

9 - Número:

2905

10 - Complemento:

14 - CEP:

09052300

16 - Tel.(DDD):

86 99905 4014

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

## DADOS CADASTRAIS

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\$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 CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

JTCAU

CONTA POUPLANCA (Somente para os bancos abertos. Adicione uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0344

CONTA: 82.678

9

(Informar o dígito se existir)

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (bebê nascido)?

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.

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da testemunha

45 - Assinatura da testemunha

46 - Assinatura da testemunha

47 - Assinatura da testemunha

48 - Assinatura da testemunha

49 - Assinatura da testemunha

50 - Assinatura da testemunha

51 - Assinatura da testemunha

52 - Assinatura da testemunha

53 - Assinatura da testemunha

54 - Assinatura da testemunha

55 - Assinatura da testemunha

56 - Assinatura da testemunha

57 - Assinatura da testemunha

58 - Assinatura da testemunha

59 - Assinatura da testemunha

60 - Assinatura da testemunha

61 - Assinatura da testemunha

62 - Assinatura da testemunha

63 - Assinatura da testemunha

64 - Assinatura da testemunha

65 - Assinatura da testemunha

66 - Assinatura da testemunha

67 - Assinatura da testemunha

68 - Assinatura da testemunha

69 - Assinatura da testemunha

70 - Assinatura da testemunha

71 - Assinatura da testemunha

72 - Assinatura da testemunha

73 - Assinatura da testemunha

74 - Assinatura da testemunha

75 - Assinatura da testemunha

76 - Assinatura da testemunha

77 - Assinatura da testemunha

78 - Assinatura da testemunha

79 - Assinatura da testemunha

80 - Assinatura da testemunha

81 - Assinatura da testemunha

82 - Assinatura da testemunha

83 - Assinatura da testemunha

84 - Assinatura da testemunha

85 - Assinatura da testemunha

86 - Assinatura da testemunha

87 - Assinatura da testemunha

88 - Assinatura da testemunha

89 - Assinatura da testemunha

90 - Assinatura da testemunha

91 - Assinatura da testemunha

92 - Assinatura da testemunha

93 - Assinatura da testemunha

94 - Assinatura da testemunha

95 - Assinatura da testemunha

96 - Assinatura da testemunha

97 - Assinatura da testemunha

98 - Assinatura da testemunha

99 - Assinatura da testemunha

100 - Assinatura da testemunha

101 - Assinatura da testemunha

102 - Assinatura da testemunha

103 - Assinatura da testemunha

104 - Assinatura da testemunha

105 - Assinatura da testemunha

106 - Assinatura da testemunha

107 - Assinatura da testemunha

108 - Assinatura da testemunha

109 - Assinatura da testemunha

110 - Assinatura da testemunha

111 - Assinatura da testemunha

112 - Assinatura da testemunha

113 - Assinatura da testemunha

114 - Assinatura da testemunha

115 - Assinatura da testemunha

116 - Assinatura da testemunha

117 - Assinatura da testemunha

118 - Assinatura da testemunha

119 - Assinatura da testemunha

120 - Assinatura da testemunha

121 - Assinatura da testemunha

122 - Assinatura da testemunha

123 - Assinatura da testemunha

124 - Assinatura da testemunha

125 - Assinatura da testemunha

126 - Assinatura da testemunha

127 - Assinatura da testemunha

128 - Assinatura da testemunha

129 - Assinatura da testemunha

130 - Assinatura da testemunha

131 - Assinatura da testemunha

132 - Assinatura da testemunha

133 - Assinatura da testemunha

134 - Assinatura da testemunha

135 - Assinatura da testemunha

136 - Assinatura da testemunha

137 - Assinatura da testemunha

138 - Assinatura da testemunha

139 - Assinatura da testemunha

140 - Assinatura da testemunha

141 - Assinatura da testemunha

142 - Assinatura da testemunha

143 - Assinatura da testemunha

144 - Assinatura da testemunha

145 - Assinatura da testemunha

146 - Assinatura da testemunha

147 - Assinatura da testemunha

148 - Assinatura da testemunha

149 - Assinatura da testemunha

150 - Assinatura da testemunha

151 - Assinatura da testemunha

152 - Assinatura da testemunha

153 - Assinatura da testemunha

154 - Assinatura da testemunha

155 - Assinatura da testemunha

156 - Assinatura da testemunha

157 - Assinatura da testemunha

158 - Assinatura da testemunha

159 - Assinatura da testemunha

160 - Assinatura da testemunha

161 - Assinatura da testemunha

162 - Assinatura da testemunha

163 - Assinatura da testemunha

164 - Assinatura da testemunha

165 - Assinatura da testemunha



**ESTADO DO PIAUÍ  
PÓLICIA MILITAR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO - Nº 3011700037**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito (Com pessoa ferida ou morta)  
 TIPO DE ACIDENTE: Colisão com outro veículo DATA: 08/12/2019 HORA: 14:52:36  
 MUNICÍPIO: TERESINA LOGRADOURO: avenida Miguel Rosa com Rua desembargador Pires Nº:  
 de Castro

CONDUTORES					
Veículo Nº 1 Placas DSU1350	Condutor Sexo Endereço Proprietário	esmivaldo de sousa Lima Masculino Rua paraiba número 1513 bairro Vila operária município de TERESINA esmivaldo de sousa Lima	Idade 58		CNH 01351332905
Veículo Nº 2 Placas QRU0600	Condutor Sexo Endereço Proprietário	welison de sousa Santos Masculino Rua belchior Barros número 2905 bairro PLANALTO ininga município de TERESINA	Idade 21		CNH
	Veículo: Marca / Modelo	FIAT/SIENA HLX FLEX	Espécie Passageiro	Ano	
	Condutor Sexo Endereço Proprietário	HONDA/POP 110I	Espécie Passageiro	Ano	

DANOS NOS VEÍCULOS	
Veículos	Danos
DSU1350	Lateral direita [setor lateral posterior direita PARA lama porta traseira e para brisa]
QRU0600	Garfo dianteiro [frontal avarias conforme fotos anexadas]

Vítimas					
Nome	Sexo	Masculino	Idade	21	
Endereço welison de sousa Santos Rua belchior Barros				Condição Problema clínico	

**Testemunhas**

**RELATÓRIO RESUMIDO:** Informo que a 2º GU da ciptran foi acionada via via copom pra atender um acidente de trânsito com vítima, ao chegar no local já se encontrava a vtr comandada pelo 2º tn Paulo Roberto e cb Carvalho, a ocorrência não foi gerada pelo Mobile. Condutor e vindima welison de sousa Santos foi socorrido pelo Samu para o HUT, o mesmo conduzia a moto Honda POP 110 de placa QRO HONDA/POP 110I (QRU0600) PI de cor preta V-2 cond Sr Esmivaldo de Sousa Lima Véic fiat siena cinza de placa DSU1350 HOVE PERICIA NO LOCAL PERITO SAULO, OBS A MOTO de placa QRO HONDA/POP 110I (QRU0600) foi entregue para o Sr Genilson Silva dos Santos Rg2607094 CPF 05297457394 Res na Rua Belchior Barros nº2905 PLANALTO ininga Cel 9 9541 6347.

Informações sobre o DPVAT - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de vias Terrestres:

Óbito	Lesões Corporais	Invalidez Permanente
Certidão de Óbito		
Registro de Ocorrência Policial	Prova das despesas médicas	Prova das despesas médicas
Prova de Qualidade de beneficiário	Registro de Ocorrência Policial	Registro de Ocorrência Policial Rel. médico atestando o tipo e grau definitivo de invalidez

**ONDE SOLICITAR:** O benefício deve ser solicitado através de requerimento encaminhado a Seguradora Consorciada do beneficiário ou seu representante legal, acompanhado dos documentos acima.

**Imagens**



Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



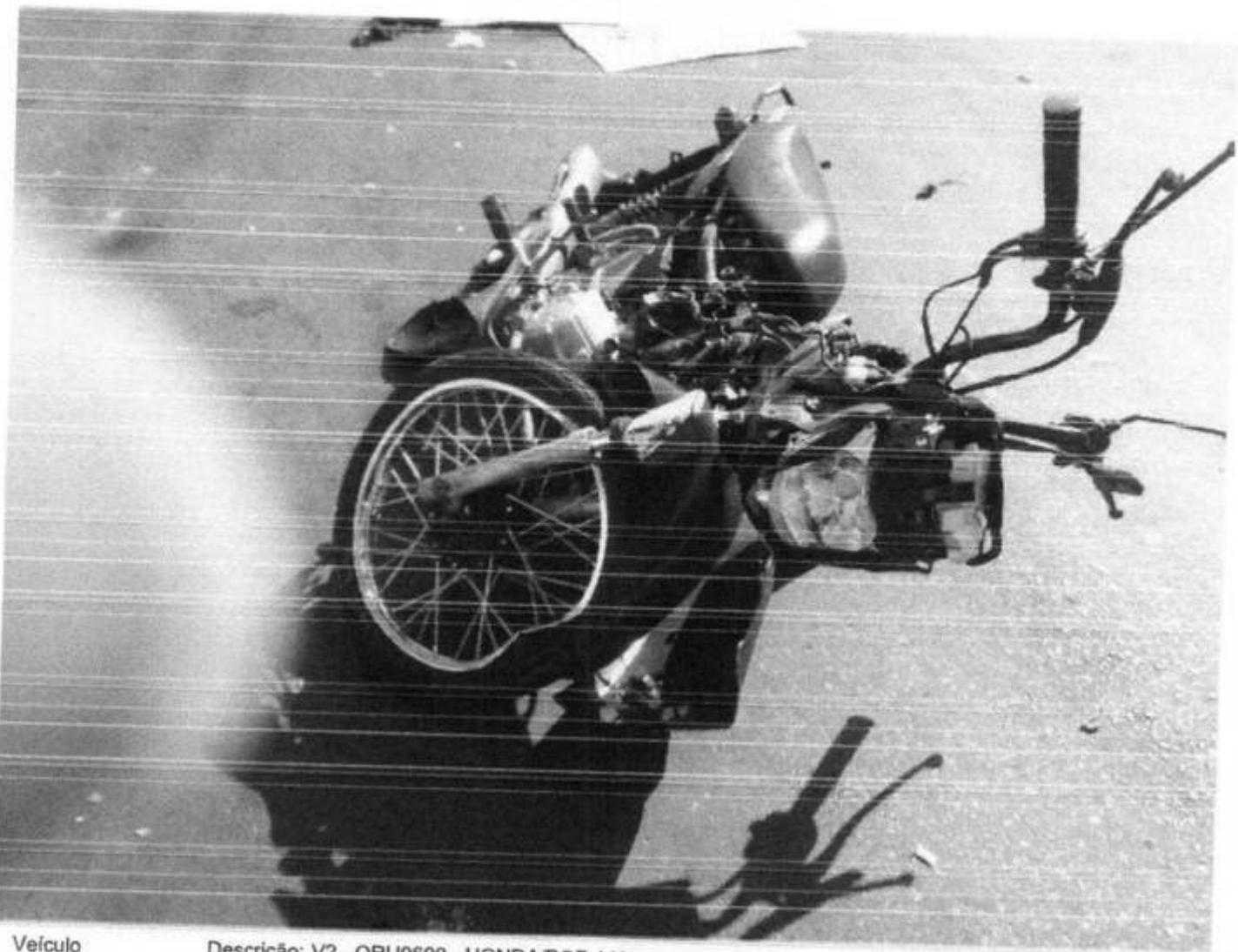
Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110i



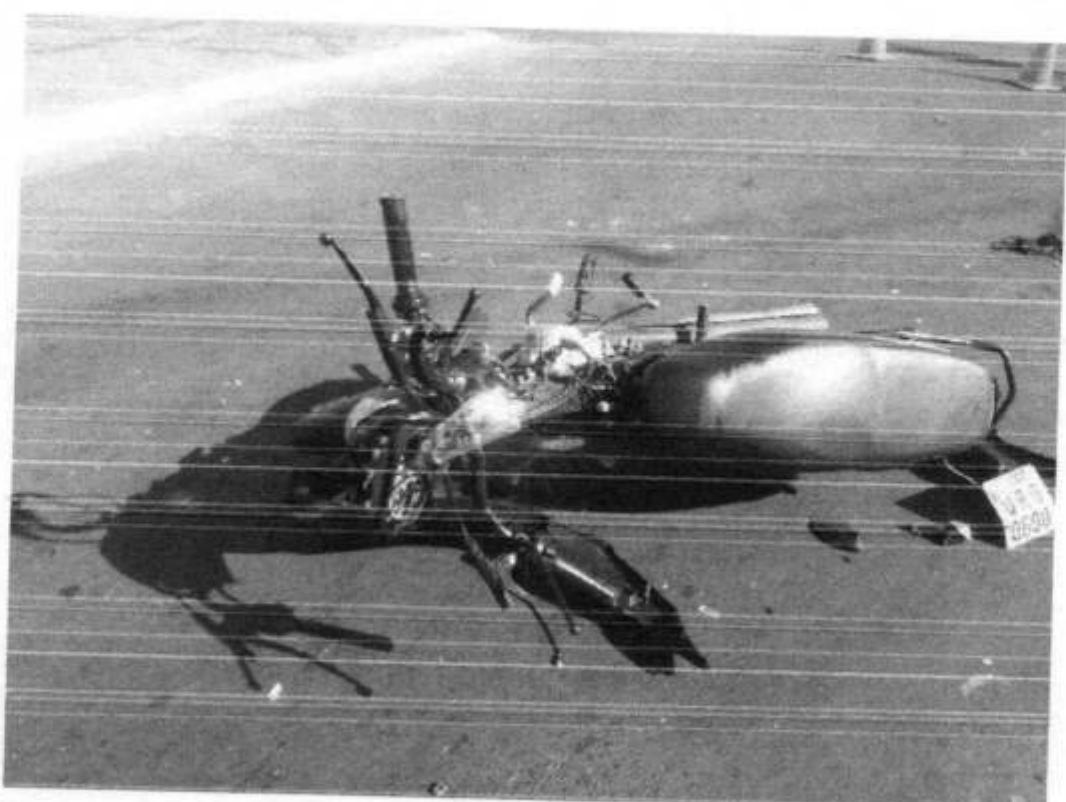
Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I

NOME DO

PM: SENGLETON PESSOA DOS SANTOS

Id. Func.: 14300



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  
2 - NR doório ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

097-391-003 84.

WELISON DE SOUSA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: WELISON OG SOUSA SANTOS.	6 - CPF: 097-391-003 84.
7 - Profissão: RECUJO.	8 - Endereço: RUA BELCHIOR BARROS
9 - Número: 3905	10 - Complemento: 11 - Bairro: HOTEL HOSPITAL
12 - Cidade: TERESINA	13 - Estado: PI
14 - CEP: 67052300	15 - E-mail: 8699905 404

16 - Tel (DDD):  
86 99905 404

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
--	---

CONTA POUPLANCA (apenas para os bancos abertos. Atualize uma vez/a)

Bradesco (257)  Itaú (341)  Caixa Econômica Federal (104)

Banco do Brasil (001)  Sicredi (342)

AGÊNCIA:  CONTA:  (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar a crédito 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (não nasceu)?  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 omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, *Teresina 23/01/2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

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

CLIENTE: WELISON DE SOUSA SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00344

CONTA: 000000082678-9

---

Autenticação:

EC7EF1A736BA78A127C0AB491A5B6852416F1D0E70AD65800B1DBF34BBBC62F6

**Águas de  
CG TERESINA**

CNPJ 27157474000106 - I.E 129965874  
Av. Prof. Camilo Filho, 1060, Bairro da Santinha - CEP 64090-040, Teresina - PI

Fone/Fax: 0800 223 2000 ou 1100 / (86) 98124-2399

Fatura N° 153592993  
Mês / Ano 11/2019

1.42.324  
20191112171054

13326376-2

NOME / ENDERECO  
INHABITANTE MARIA JOSE ALVES DA SILVA  
RUA BELCHIOR BARROS, 2905 - HORTO  
FLORESTAL - TERESINA - PI - cep: 64052500

LOCALIZAÇÃO  
006-00037-004260

GRUPO  
006 NÚMERO DO HIDROMÉTRICO  
A14F258644

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	USO	FATURADO
10/2019	Lído	16	16
09/2019	Lído	10	10
08/2019	Lído	11	11
07/2019	Lído	09	09
06/2019	Lído	14	14
05/2019	Mínimo	00	00

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

VALOR  
ANTERIOR 09/10/2019 431  
ATUAL 12/11/2019 443

CONSUMO MÊS/M:

12

LB 107414918

PL. PASEP 03.42%.65% = 8.71

COFINS 43.42%.65% = 3.29

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL		TAXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (R\$)
0	10	3.0640 69
10	28	5.7120 69
25	999999	9.8610 99

DESCRÍCION	VALOR REFERENTE AGUA - 42,08	DET.	VALOR
> Residencial-Normal	12,0 m3	001/001	42,08
JUROS POR ATRASO		001/001	0,04
MULTA POR ATRASO		001/001	1,30

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (R\$)

VENIMENTE

21/11/2019

TOTAL A PAGAR

43,42

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM  
A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE  
Multa no valor de R\$ 459,90 a R\$ 2.516,80.

*Assinatura*  
NOTIFICAÇÃO

Agua de Teresina S/A informa que o seu fornecimento de água é normal e seguro. Se houver alguma irregularidade, o consumidor deve entrar em contato com a concessionária, conforme Linea Fone/Email: 0800 223 2000 ou 1100 / (86) 98124-2399

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO N° 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2960	2926	34	1,30	0,2-5,0 mg/l
COR AVAREZIE	3286	3257	29	5,29	Interior a 15
pH	2303	2268	15	6,91	6,00-9,50
TURIDEZ	3284	3245	39	1,43	Inferior a 5
COLIFORMES TOTais					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO N° 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1311	1310	1	Ausencia	Ausente
	1311	1311	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 12/11/2019 HORA DA EMISSÃO: --





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.saguradoralider.com.br](http://www.saguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prazos), de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h:

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022.12.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022.01.09 | SAC (para indenizações multibacias e de fábio): 0800-022.12.05 | Central Obediente: 0800-021.01.35

## 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=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 base 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 COMF.

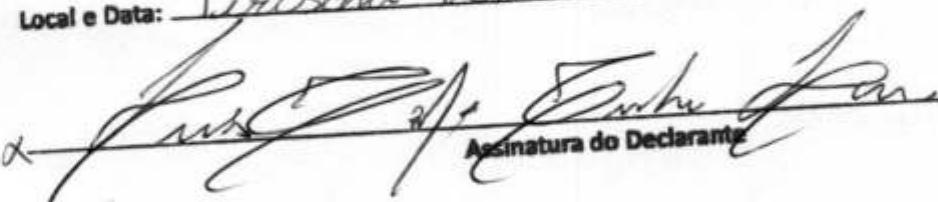
<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, Órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu Luis Carlos Pumha Lima  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.310.073-60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Wilson de Souza Santos Inscrito (a) no CPF sob o N° 097391003841  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidos Pumanunti (Deim's) da Vítima Wilson de Souza Santos  
Inscrito (a) no CPF sob o N° 097391003841, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso Informar

Dado o ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Bairro:	Cidade:	Número:	Complemento:
<u>Rua Colombia</u>			<u>347A</u>	
<u>Tres Andares</u>		<u>Tijucina</u>	<u>85</u>	CEP: <u>64036570</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>8619905 1054</u>

Local e Data: Tijucina 08/03/2020

  
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 N° do chamado <b>1233</b>	02 Data do chamado <b>08/12/19</b>	03 PRO (código) <b>2900</b>	04 Saída do PA <b>14:44</b>	05 Chegada ao local <b>14:46</b>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>15:07</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>15:10</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local do Incidente	10 Endereço <b>Avenida Miguel Rosa Com Dezena - Rua de Costa</b>	11 Bairro <b>Centro</b>	12 Município-UF <b>TERESINA-PI</b>	Código IBGE	
Ponto de referência	13 Ponto de referência <b>Av. X - Escola São Paulo</b>				
Nome	14 Nome <b>Welyson de Paula Santos</b>	Sexo <b>1- Masculino</b>	15-18	15-18	15-18
Idade	16 Idade <b>04/03/99</b>	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	17-18
Tipo de ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espancamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica	06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Queimadura 10-Choque elétrico	11-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares	16-Outros	16-17
Acidente de Transporte	19-Vítima 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 9-Ignorado	20-Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21-Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Onibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta	22-Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	22-23
Exame Físico	23-Glasgow = <b>15</b>	RESPOSTA VERBAL 4-Espontânea 3-A voz 2-A dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24-Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. Sat2	24-25
Hospital de Destino	25 Local da lesão <b>Abdomen</b>	26-Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	27-Pulso Radial 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	28-Sangramento 1-Sim 2-Não	26-27
Observações Infrudisciplinares	29 ESCALA DE DÓR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa	30-Fratura 1-Sim 2-Exposta 3-Fechada 4-Suspeito	31-Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Ared Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	32-Hospital de Destino: <b>HOT</b>	31-32
	33-Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Malterado	34-Óbito 1-Sim 2-2 Antes do socorro 3-Antes do transporte 4-Durante o transporte	33-34	Não Removido	
	<p><i>Cliente vítima de acidente de trânsito moto + carro desconhecido condutor, machucado que não se estendeu para auxiliar, cliente caiu de moto, cliente apresenta suspeita de fratura de fêmur, joelho, tibia, bacia, imobilizada moto e carro, paciente não consegue se mover nem andar, paciente é levado para a emergência</i></p>				
	Socorristas Médico AE/TE	Tayane de Castro Costa 084-209-TE	Enfermeiro Condutor	Eduardo Condutor HOT	
	Responsável pela recepção				



NOME DO PACIENTE: WELISON DE SOUSA SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 531124

*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".



*Alérgico a Devrone*

**NEURA OK**

**CIR-CRAC**

**→ ORTOPEDIA**

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

DADOS DO PACIENTE:

*NHES 10/12/19*

**SUTURA**

Imp: 08/12/2019 15:31:23

User: HUT-02 SA

(Estação: )

<b>Nome:</b> WELISON DE SOUSA SANTOS		<b>Prontuário:</b> *24	
<b>Mãe:</b> ERISMEIRE ALVES DE SOUSA	<b>Pai:</b>		
<b>End.Resid.:</b> RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<b>Nascimento:</b> 04/03/1999	<b>Idade:</b> 20a9m4d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-95573-389	
<b>Responsável:</b> ERISMEIRE ALVES DE SOUSA		<b>CNS:</b>	
<b>Profissão:</b> VERDUREIRO		<b>Documento:</b> RG: 2607067 - SSP PI	
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)	
DADOS DO ATENDIMENTO:			
<b>Órgão:</b> 755709	<b>Entrada:</b> 08/12/2019 15:13:10	<b>Convênio:</b> S U S	<b>Proced:</b> 0301060029
<b>Motivo da Procura</b> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b>
		Laranja
Breve História Clas. Risco:	<i>Dina Vitória e Silva SAME - HUT Confere com o Original</i>	
		Em: 08/12/2019 15:18:02

<b>SSVV:</b>	<b>(Hora: _____)</b>			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**  
 PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM USO DE CAPACETE(SIC). RELATA INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO.  
 A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, FÁSICO, COM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDAS  
 B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS  
 C) ABDOME PLANO FLÁCIDO, DOLOROSO À PALPAÇÃO. DOR À MANIPULAÇÃO DA PELVE (EM IMOBILIZAÇÃO). FC 88, PA 120/80MMHG.  
 D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15  
 E) ESCORIAÇÕES E LESÕES CORTO CONTUSAS EM FACE. DOR EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO - IMOBILIZADOS, SOCORRISTA DO SAMU RELATA FRATURA EXPOSTA.

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

<b>Exames Complementares:</b>	<b>TOMOGRAFIA REALIZADA</b> <b>DATA 08/12/19 HORA 16:55 hs.</b> <b>EXAME CRANIO + ASAS SIC</b> <b>TECNÓLOGO:</b>
-------------------------------	---

<b>Prescrição Médica:</b>	
---------------------------	--

1- DIETA ZERO 2- RINGER LACTATO 1000ML, EV 3-DIPIRONA 1G/2ML- AMP + AD, EV 4-TRAMAL50MG?ML - 1 AMP + 100ML SF 0,9% EV, SE DOR REFRATÁRIA	<i>2º ( ) Alegria J. J. S. 15</i>
---	---

<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b>	
-------------------------------------	--

Observação (Adulto)	<b>DATA:</b> / / . <b>HORA:</b> : .
---------------------	-------------------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

MOÍSES FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ  
 CRM 6780 PI Em: 08/12/2019 15:31:21



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES  
**5828856**

Código da  
Internação:

4-CNES  
**5828856**

**254144**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: **WELISON DE SOUSA SANTOS**

6 - Prontuário: **531124**

7-CNS: **898050027361006** 8-Nascimento: **04/03/1999** 9-Sexo: **Masculino**  
 11-Mãe: **IRISMEIRE ALVES DE SOUSA** CPF: **- - -**  
 13-Resp: **IRISMEIRE ALVES DE SOUSA** 12-Fone: **86-95573-389**  
 15-Ender: **RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010** 14-Fone: **86-95573-389**  
 16-Munic: **TERESINA** 17-Cod.IBGE: **221100** 18-UF: **PI** 19-CEP: **64000-010**

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd. Anterior <b>0408050624</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL)</b>
21-Cod. Mudança Proced. <b>0415030013</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO</b>

27-CID Prin: 26-Diagnóstico:  
**?**

28-CID Sec. 29-CID C.Ass.: **\_\_\_\_\_**

38-Profissional Responsável:  
**RICARDO SOARES VALENÇA**

40-Tp. Documento:  
**CPF**

41-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM) **13040178**

40-No.Doc. Méd. Solic.:  
**787.098.575-91**

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**  
 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, POLITRAUMATIZADO, COM FRATURA DE RÁDIO DIREITO + FÉMUR DIREITO + TROXOZOLO DIREITO  
 0408050624 8724 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL) 0413040178  
 T009 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA  
 0408020407 8525 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

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

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50. Nome do Pofissional/parecer controle  
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

*20/01/20*

*Daniel Dutra dos Santos  
ASSESSOR DE AUDITORIA - DRCAA / SMS  
CRM-680-PI (CPF) 740.318.053-49  
CRM-135315-14600001*

53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(AMPARO LEAL)

Nº - 08/12/19 - 17:55

Relato do TCE

Sua saúde melhorou

Eus: 15

TCE de cônus em lesões  
neuromotorias

em Alte da NC

CRM-PI 14512 / CRM-MATO Grosso  
Neurocirurgião  
Dr. Alisson Menezes

Avenger Geral as 18:20

Possui história de evolução desfavorável, referido da unidade de acurso: convulsões, ondas de cefaleia, etc.

VCP: febreja

Abdome: pleno, febril, indolor à palpação

Exames em fase, Tóxicos: TCE observado com evolutividade

TCE de Tóxicos: sem sinal de hiperemia ou pneumotórax

TCE de Abdome: sem sinais de líquido livre com peritonite

Conclusão: Alta do avenger Geral em referência

as 18:28.

Rx com febreja de Tóxico e febreja. P, fármaco detectado. Ranhado detectado

Fase de Tóxico. O exame

Dra. Daniela Fernandes  
Médico  
CRM PI 6732

Dra. Manoela C. de Freitas  
CRM-PI 6679  
MEDICA  
Neurocirurgião

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

5828856

CNES

5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	WELISON DE SOUSA SANTOS		04/03/1999	531124	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL	
		IRISMEIRE ALVES DE SOUSA		ERISMEIRE DE SOUSA SANTOS	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)			NUMERO / LOTE	
64000010	RUA BELCHIOR BARROS			2905	
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		UF	
PLANALTO ININGA		TERESINA		PI	

## PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL	0408050624		
DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	S724		

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

## PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Dina Vieira e Silva  
SAMIE - HUT  
Confere com o Original

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, POLITRAUMATIZADO, COM FRATURA DE RÁDIO DIREITO + FEMUR DIREITOP + TORNOCÉLO DIREITO 0408050624 S724 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR (METAFISE DISTAL) 0413040178 T009 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA 0408020407 S525 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	07/01/2020

## AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
AARAO CRUZ MENDES	
CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO	
203833996150008	07/01/2020 17:19:02



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

273224

## 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****254144**

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **WELISON DE SOUSA SANTOS**6 - Prontuário: **531124**7-CNS: **898050027361006**8-Nascimento: **04/03/1999**9-Sexo: **Masculino**RG: **2607067 - SSP PI**11-Mãe: **ERISMEIRE ALVES DE SOUSA**12-Fone: **86-95573-389**13-Resp: **ERISMEIRE ALVES DE SOUSA**14-Cor: **Sem Informação**15-Ender: **RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**16-Munic: **TERESINA**

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Painel com fratura fêmur,  
mão e braço*

21 - Condições que justificam a internação:

*Or de  
M*

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

3-Diagnóstico Inicial:

**Fratura da extremidade distal do fêmur**

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

5724

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408050624** 27-Procedimento Solicitado:**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL)**

Tempo SUS

4

29-Clinica:

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

02

01

CPF

787.098.575-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

**RICARDO SOARES VALENÇA**

18/12/2019

*Dr. Ricardo  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 3766 - TEO  
Tel: (86) 98834-0561  
35-Ass.Carimbo Med.Sci.(CRM)*

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-( ) Acidente Trabalho Tipico

42-CNPJ Empresa:

*Dina Vieira e Silva*

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

SAME - HUT

Confere com o Original

45 - Vinculo com a Previdência:

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

22/07/20

48-Documento:

49-Num. Documento:

*Daniel Dutra dos Santos  
Assessor de AUDIÓRIA - DCAA/MS  
CRM 2680-PLPF - 70.318.053-49  
RG 1253157-16600001*

50-Ass.Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

\ M

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 755709

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 273224

AIH: 2219102470761

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	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	WELISON DE SOUSA SANTOS		04/03/1999	M	531124
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		IRISMEIRE ALVES DE SOUSA	ERISMEIRE DE SOUSA SANTOS		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE	
64000010	RUA BELCHIOR BARROS			2905	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
PLANALTO ININGA			TERESINA	PI	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO, FRATURA DE FÉMUR E RÁDIO DISTAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
AS ACIMA CITADOPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)  
RX E EXAME FÍSICO

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL  
S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050624 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

## CARÁTER

URGÊNCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

18/12/2019

RICARDO SOARES VALENCA

DATA ADMISSÃO

18/12/2019 20:02

DATA ALTA

26/12/2019 13:48

## MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CRM:

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° 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))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA CPF: 20171471334	CRM: DATA ANALISE: 18/12/2019 20:12:29 CPF: CRM: DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



## FICHA DE ANESTESIA

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIA**

Name: Willy von der Horne Dohring

Salat

Alergia:

### Data =

or someone at University Records

#### **Observações:**

## Acesso Vascular

- Periférico Mg e  
Cat. Venoso 20 G
  - Dificuldade aces. venoso  
Gastos \_\_ cateteres
  - Central

Via Aérea

- Cateter nasal
  - IOT n° \_\_\_\_\_
  - LMA n° \_\_\_\_\_

#### **Monitorização:**

- ✓ Cardioscopia
  - ✓ PANI
  - ✓ Oxímetro de pulso
  - ETCO<sub>2</sub>
  - Outros

## Anesthesia:

- Geral Venosa
  - Geral Balanceada
  - Raquianestesia
  - Peridural
  - Bloqueio Periférico
  - Outros

Decúbito: DOL

SPO2 (%)	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)	35	35	35	35	35	35	35
Aces. Venoso	500	—	500	—	500	—	500
Aces. Venoso							
Diurese							
Perdas Sanguíneas							

**Descrição da Anestesia:**

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Wilson de Souza Santos

Diagnóstico pré-operatório

Yodo 130 mg ferro 700 mg, Pô

Operação - Tipo

Turbo Plastico

Cirurgião

Dr. Ricardo Valenca  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 2256 - TEOT: 11305  
Tel: (86) 98884-0561

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

10/12/19

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

D Fractos ferri D → 04080506254-5123 (dura)  
A Fractos ferri D → 04080205407 - 5525 (2 ferri)

Acidente Durante a Operação

D Ferri ferri D → 0413050178 - 1989

*Mrs*  
Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

### Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

D Monta bala de antro  
ontem ultas coxas + coxa  
grau 1 + rotula pro a  
ferri PCS + políglol + mre  
mre.

D Reduz + fixou ar ferri  
ultas coxas

D punha óstio - longo a  
mre + mre + mre

Dr. Ricardo Valenca  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 2256 - TEOT: 11305  
Tel: (86) 98884-0561



# Braga & Braga Importação e Exportação

1022

*ex DMS.*  
COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

**BRAGA&BRAGA**

CNPJ:63607790000198

FABRICANTE:

CNPI

PACIENTE: Welison de Souza Santos  
RG HOSPITAL:

RG.HOSITAL: HUT.

COD.SIG TAP:

DATA: 18/12/19

0702030821

**PROCEDIMENTO:**

#### **PROCEDIMENTO:**

ALTA:

**USADO.**

MEDICO: Dr. Ricardo.  
Produtos Utilizados/Implantados:

CPF:

CRIM:

NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote		QTD

O1 placă DCS 95€  
O1 parafusuri distanțe  
parafusuri

Dina Vieira de Silva  
SAME - TUT  
Confere com o Original

**Responsável Pelo Preenchimento:**

Data: 18, 12, 19

**Dr. Ricardo Valença**  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 3766 - TEOT: 11.306  
Tel: (86) 28884-0561

**Responsável pela Farmácia**

**responsável pelo Preenchimento**



**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>254144</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b>	6 - Prontuário: <b>531124</b>
7-CNS: <b>898050027361006</b>	8-Nascimento: <b>04/03/1999</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: . . .
1-Mãe: <b>ERISMEIRE ALVES DE SOUSA</b>	12-Fone: <b>86-95573-389</b>
13-Resp: <b>ERISMEIRE ALVES DE SOUSA</b>	14-Fone: <b>86-95573-389</b>
15-Ender: <b>RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>
	18-UF: <b>PI</b>
	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>0408050624 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL)</b>	Quant. Solici-data: <b>1</b>
31-Cod.Procedimento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>0702030821 PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS</b>	

Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA

38-Profissional Responsável: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Ricardo Soares Valença CRM: 3786 / TEF: 1205 Onofre Traumatologista Tel: (86) 3288-4056
-Data Solicitação: <b>18/12/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>787.098.575-91</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*[Handwritten signature]*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:  <i>Dina Vieira e Silva SAMAE - HUT Confere com o Original</i>	/ /	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:  <i>22/07/20</i>	52-CNS/CPF:  <i>Daniel Dutra dos Santos CRM: 2680 / TEF: 740.318.031-99 CRM: 125315714600001</i>
--	---	--

(SOLIMAR BRITO)



Teresina

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE: REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
PACIENTE: VELISUM BEJ. SANTOS Nº PRONT. 53124 Nº LAUDOS 5414

- ALTA HOSPITALAR
- PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
- PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
- PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
- TRANSFERÊNCIA
- EVASÃO
- ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: 26/12/13

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

Assistente Sérgio Leal Teixeira  
CRM - 3131  
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



SE J214 5528





1<sup>ª</sup> DIAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - PIAUÍ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOS. A. E URGÈN



JDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGENCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Wulison de Souza Santos	IDADE	anos	DATA	18/12/12	
HORÁRIO DE ADMISSÃO	21 h 00 min	TIPO DE ANESTESIA	( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO			
CIRURGIA REALIZADA	Inat. cirúrgico de fratura de fêmur			CIRURGIÃO	D	
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO			HORÁRIO	D	
	PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	106 / 54			SAIDA	
	FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	107			1460	
	SATURAÇÃO DE O2 (%)	99%			106	
	TEMPERATURA AXILAR (O° C)				98%	
	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				/	
NOME/ MATRÍCULA	Adilino			maio		
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK						
TÍVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	ADMISSÃO	2	SAIDA	
	Movimenta dois membros	1		1	1	
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0		0	0	
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2		2	2	
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1		1	1	
	Tem apnéia	0		0	0	
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2		2	2	
	PA em 20-49% do nível anestésico	1		1	1	
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0		0	0	
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2		2	2	
SATURAÇÃO O2	Desperta, se solicitado	1		1	1	
	Não responde	0		0	0	
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando ar ambiente	2		2	2	
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1		1	1	
ESCALA DE DOR ALTA	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0		0	0	
			TOTAL	09	10	
SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUCÇÃO	( ) DRENO TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG( ) NASOE	
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21:00 - Paciente chega na RPA no PDI de tratamento cirúrgico de frature de fêmur D e antebraço D consciente, respiração espontânea, uso sp'O<sub>2</sub>, ém HV, sem queixas

Moema Tais Farias das Almas  
COREN - PI 157450 - ENF

RAIO-X REALIZADO

DATA:

Técnico:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

ALTA SRPA

Aalta da, RPA  
s/ queixas  
Dra. Fernanda R. S. Matos Gonçalves  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-PI 4924

ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO X IMAGENS E GRÁFICOS [ ]

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

POSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERIAT [ ] 14 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] IDP [ ]

235 / 29.



**HOSPITAL DE URGENCIA 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: **WELISON DE SOUSA SANTOS (Prontuário: 531124)**

Endereço: **RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010**

Nascimento:	04/03/1999	Idade:	20a10m2d	Sexo:	Masculino	Origem:	INTERNAÇÃO	Atendimento:	253469
-------------	------------	--------	----------	-------	-----------	---------	------------	--------------	--------

Requisição:	1034029	Solicitação:	09/12/2019	Solicitante:	CELSO ANTÔNIO MENDES COIMBRA
-------------	---------	--------------	------------	--------------	------------------------------

Controle:	1381353	Convênio:	S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 235	LEITO 29
-----------	---------	-----------	-------	--------------------------	----------------	----------

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 09/12/2019

### PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura recente no calcâneo.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

*MA*  
 Dina Vieira e Silva  
 SAME - HUT  
 Confira 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. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente:	<b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b> (Prontuário: <b>531124</b> )		
Endereço:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	04/03/1999	Idade: 20a10m2d	Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253594
Requisição:	1038134	Solicitação: 18/12/2019	Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle:	1389952	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 18/12/2019

### PUNHO DIREITO

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

- Fratura recente alinhada no rádio distal fixada com fios metálicos.
- Tala gessada

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente:	<b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b>	(Prontuário: <b>531124</b> )
Endereço:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010	
Nascimento:	04/03/1999	Idade: 20a10m2d
Requisição:	1038134	Solicitação: 18/12/2019
Controle:	1389953	Convênio: SUS
Sexo:	Masculino	
Origem:	<b>INTERNACÃO</b>	
Atendimento:	<b>253694</b>	
Solicitante:	FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	
CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 235	LEITO 29

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/12/2019

#### JOELHO DIREITO

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

- Fratura cominutiva recente no fêmur distal.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)

Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253594

Requisição: 1038134 Solicitação: 18/12/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

Controle: 1404925 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 18/12/2019

### COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva recente no fêmur distal.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente:	<b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b> (Prontuário: 531124)		
Endereço:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	04/03/1999	Idade: 20a10m2d	Sexo: Masculino
Requisição:	1041219	Solicitação: 26/12/2019	Origem: INTERNAÇÃO
Controle:	1396395	Convênio: SUS	Atendimento: 254668
		Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	
		CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 235
			LEITO 29

Cod. SIA: 0204060168

**RELATÓRIO:**

Data Exame: 26/12/2019

**PERNA DIREITA**

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

- Fraturas cominutivas recentes distais nos ossos da perna.
- Fratura cominutiva recente no calcâneo.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente:	<b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b> (Prontuário: 531124)		
Endereço:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	04/03/1999	Idade: 20a10m2d	Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 254668
Requisição:	1041219	Solicitação: 26/12/2019	Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle:	1396396	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 26/12/2019

### TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas recentes distais nos ossos da perna.
- Fratura cominutiva recente no calcâneo.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente:	<b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b> (Prontuário: 531124)			
Endereço:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	04/03/1999	Idade: 20a10m2d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1034029	Solicitação: 09/12/2019	Solicitante: CELSO ANTÔNIO MENDES COIMBRA	Atendimento: 253469
Controle:	1381352	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 235 LEITO 29

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 09/12/2019

### COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diáfise femural.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente:	<b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b>	(Prontuário: <b>531124</b> )		
Endereço:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI	CEP: 64000-010		
Nascimento:	04/03/1999	Idade: 20a10m2d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1034029	Solicitação: 09/12/2019	Solicitante: CELSO ANTÔNIO MENDES COIMBRA	Atendimento: 253469
Controle:	1381351	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 235 LEITO 29

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 09/12/2019

**TORNOZELO DIREITO**

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas recentes distais nos ossos da perna com desvio.
- Fratura cominutiva recente no calcâneo.
- Presença de fixador externo na tibia.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

*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. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 534424)  
 Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a9m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755709  
 Requisição: 1033847 Solicitação: 08/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ  
 Controle: 1381017 Convênio: SUS

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 08/12/2019

**MEMBRO SUPERIOR DIREITO**

O estudo radiológico do membro superior direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/12/2019

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente:

**WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)

Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a9m7d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 755709

Requisição: 1033847 Solicitação: 08/12/2019

Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ

Controle: 1381018 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 08/12/2019

### MEMBRO INFERIOR DIREITO

O estudo radiológico do membro inferior direito foi realizado nas incidências em pa/perfil da coxa e da perna.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diafise femural.
- Fraturas obliquas completas recentes desalinhadas na diáfise distal da tibia e fíbula.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/12/2019

Dina Vieira e Silva  
*MS*  
 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. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: **531124**)  
 Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a9m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755709  
 Requisição: 1033846 Solicitação: 08/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ  
 Controle: 1381016 Convênio: SUS

Cod. SIA: 0206030037

### RELATÓRIO:

Data Exame: 08/12/2019

#### T.C. DE PELVE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.
- SINAIS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/12/2019

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

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**  
 CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591  
 Profissional 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:	<b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b> (Prontuário: <b>531124</b> )	
Endereço:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010	
Nascimento:	04/03/1999	Idade: 20a9m4d
Requisição:	1033845	Solicitação: 08/12/2019
Controle:	1381015	Convênio: SUS
	Sexo: Masculino	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755709
		Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SA

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 08/12/2019

### T.C. DE ABDOME SUPERIOR

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- LITIASSE RENAL DIREITA NÃO OBSTRUTIVA.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS.
- SINAIS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/12/2019

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

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**  
 CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591  
 Profissional Responsável



17268



VALOR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº do RG: 2.607.067

DATA DE VENCIMENTO: 09/05/18

**WELISON DE SOUSA SANTOS**

ERISMEIRE ALVES DE SOUSA  
ELIO MAR PEREIRA DOS SANTOS

TERESINA-PI

CERT.NASC. 4093 L 14AE F 193  
EXP TERESINA-PI 30/07/02

1696452

LEI Nº 2.116 DE 22/03/1940 - DECRETO Nº 69 256/03

OUTORGANTE:		<i>Welison de Souza Santos</i>		
NACIONALIDADE:		Brasileiro		
RG:	2.607.067	ORG. EMISSOR:	SSP PI	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:	Receve	ENDEREÇO:	Rua Belchior Barros	Solteiro
Nº:	2905	BAIRRO:	Horta Florestal	CIDADE:
ESTADO:	Piauí	CEP:	64052-500	

OUTORGADO: LUIS CARLOS CUNHA LIMA				
NACIONALIDADE: BRASILEIRO		ESTADO CIVIL: DIVORCIADO		
RG: 0269743620032	ORG. EMISSOR: SSPMA	DATA DE EXPEDIÇÃO: 19/01/2019		CPF: 011.310.073-60
PROFISSÃO: TEC. SEG. DO TRABALHO	ENDEREÇO: RUA COLOMBIA			
Nº: 3474	BAIRRO: TRÊS ANDARES	CIDADE: TERESINA		
ESTADO: PIAUI		CEP: 64016-570		

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUÍ MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELEcer E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O Fiel E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDADO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

VITIMA: Welison de Souza Santos  
 CPF: 097.391.003-84 DATA DO ACIDENTE 08/12/2019  
 COBERTURA SOLICITADA:  INVALIDEZ PERMANENTE  DAMS  MORTE  
 Local/Data: Teresina 08/10/2020

6º OFÍCIO

*Welison de Souza Santos*

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina  
 AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 150 N° 17, Itaré, TERESINA - PIAUÍ

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE WELISON DE SOUSA SANTOS NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR, EM TESTE, *José Paulo Cavalcanti Coutinho*, VERDADE, DOU FÉ, TERESINA, 07/02/2020 11:41:17  
 SELO AAC38451-CVB1 CONSULTE EM [www.tpi.jus.br/portalextra](http://www.tpi.jus.br/portalextra)

*José Paulo Cavalcanti Coutinho*  
 JCSE PAULO CAVALCANTI COUTINHO - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
 Etmo. R\$ 4,02 TJ. R\$ 0,80 MP. R\$ 0,10 Sebo. R\$ 0,26 Total: R\$ 5,18

CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE  
 NOTAS DE TERESINA-PI  
 José Paulo Cavalcanti Coutinho

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209468/20

**Vítima:** WELISON DE SOUSA SANTOS

**CPF:** 097.391.003-84

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/12/2019

**Titular do CPF:** WELISON DE SOUSA SANTOS

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

### WELISON DE SOUSA SANTOS : 097.391.003-84

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](http://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: 28/07/2020  
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA  
CPF: 011.310.073-60

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/07/2020  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

\_\_\_\_\_  
LUIS CARLOS CUNHA LIMA

\_\_\_\_\_  
JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200266610      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELISON DE SOUSA SANTOS      **Data do acidente:** 08/12/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.  
FRATURA SUPRACONDILIANA DO FÉMUR DIREITO.  
FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PUNHO COM FIOS DE KIRSCHNER E DO MEMBRO INFERIOR COM FIXADOR EXTERNO. ALTA MÉDICA.

P4 / P8 / P10 / P11 / P18 / P19 / P20 / P23 / P24

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO E DE MEMBRO INFERIOR 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 PUNHO DIREITO E DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>47,5 %</b>	<b>R\$ 6.412,50</b>