

**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, 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).





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 097391.003 84. 4 - Nome completo da vítima: WELISON DE SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo: WELISON DE SOUSA SANTOS. 6 - CPF: 097.391.003 84. 7 - Profissão: REOUVO. 8 - Endereço: RUA BELCHION BARROS. 9 - Número: 2905. 10 - Complemento: 11 - Bairro: HORTO ROQUESTAL. 12 - Cidade: TERESSINA. 13 - Estado: PI. 14 - CEP: 64052-500. 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 86 99905 4014.

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (informar para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 0344

(informar o dígito se existir)

CONTA: 82678

(informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder 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(s) (a) (s):

☐ 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 pedido (a rogo)

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

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

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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA 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

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

### Vítimas

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

### Testemunhas

**RELATÓRIO RESUMIDO:** Informo que a 2ª 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 tm Paulo Roberto e cb Carvalho, a ocorrência não foi gerada pelo Mobile. Condutor e vítima 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 Belcho 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	Prova das despesas médicas	Prova das despesas médicas
Registro de Ocorrência Policial	Registro de Ocorrência Policial	Registro de Ocorrência Policial
Prova de Qualidade de beneficiário		Ref. 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



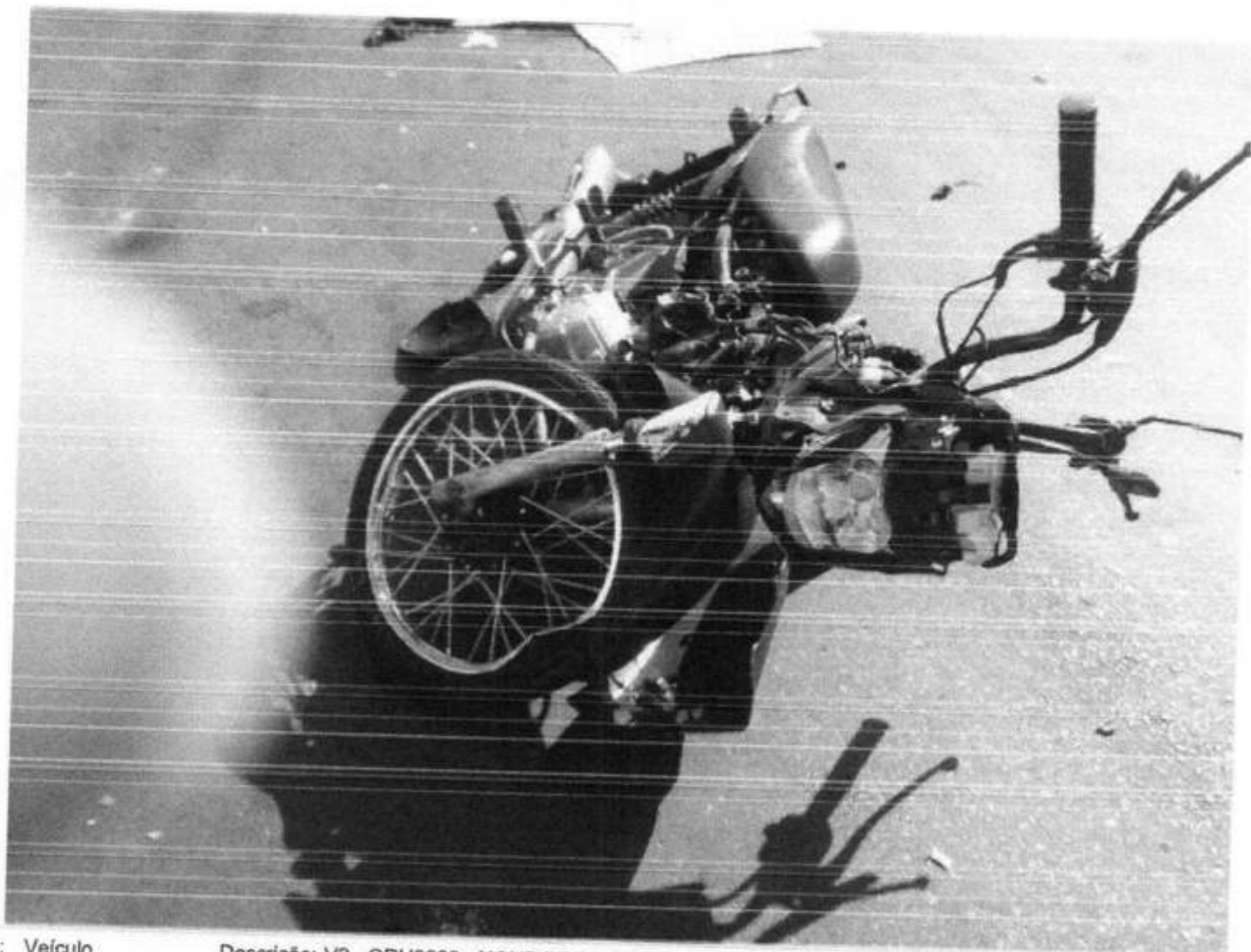
Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I



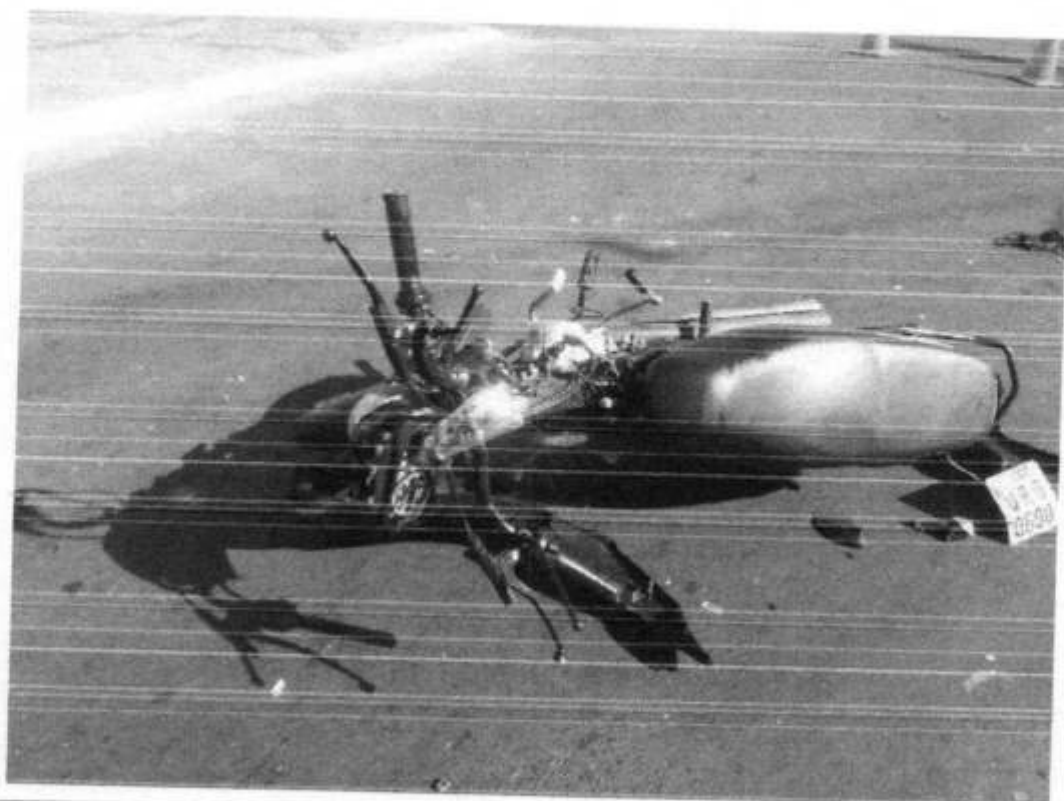
Tipo: Veículo

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

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

☒ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima: 097391.003 84. 4 - Nome completo da vítima: WELISON DE SOUSA SANTOS

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

13 - Estado:

9 - Número:

10 - Complemento:

14 - CEP:

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEANÇA (somente para os bancos abaixo. Anote a opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder 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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se 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 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 pedido (a rogo)

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

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

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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

# ITAÚ – 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

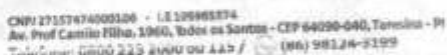
AGÊNCIA: 00344

CONTA: 000000082678-9

---

Autenticação:

EC7EF1A736BA78A127C0AB491A5B6852416F1D0E70AD65800B1DBF34BBBC62F6



## ANATOLIAN

13326376-2

FATURA Nº  
MÊS / ANO

153592993  
11/2019

WOMEN / ENDEMIC

MORADOR MARIA JOSE ALVES DA SILVA

RUA BELCHIOR BARROS, 2905-HORTO  
FL. FORESTAL-TERESINA-PI-cep: 64052500

## DECLARAÇÃO

026-00037-004260

**CALICO**

995

NOME DO MICROMETRO

A14FZ58644

### HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
10/2019	Lido	16	16
09/2019	Lido	10	10
08/2019	Lido	11	11
07/2019	Lido	09	09
06/2019	Lido	14	14
05/2019	Mixto	20	19

ECONOMIAS - CATEGORÍAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

	DATA	ENTREV
ANTERIOR	09/10/2019	431
ATUAL	12/11/2019	443

CONSUMO MES M3

12

LEI 15.74.00075  
PIS/PASEP 43.42x1.65% = R. 71  
COFINS 43.42x7.65% = R. 32

### TARIFA DE TARIFAS

RESIDENCIAL			
TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)			
0	10	3.0640	60
10	25	5.7120	60
25	50	9.4610	60

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

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

## VINCENZO

21/11/2019

TOTAL A PAGAR

43,42

### IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

**AVISO**  
A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE  
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO

Copyright © 1999 by the American Psychological Association or one of its allied publishers. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REAJUSTADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉD.	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2960	2926	34	1,30	0,2-5,0 mg/L
ODOR/AZEDUME	3266	3257	29	5,29	Inferior a 15
PH	2363	2268	35	6,91	6,00-9,50
TURBIDEZ	3284	3245	39	1,43	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

FORMAS TOTAIS

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.942.323-4 DO MS E DECRETO Nº 5.400)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	SÉRIAS / MES	VALOR PERMITIDO
ESCURECIMENTO COL	1311	1310	1	Ausencia	Ausente
	1311	1311	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 12/11/2019

HORA DA EMISSÃO: 11:00

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 305 - 0,649841

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

028178332 FCAM

SEQ.: 00358 UC: 0019712-2 DT.LEIT.: 07/10/2019 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 56235 NORMAL TOTAL: 328,44 CARGA: 004  
DT.VENC.: 14-10-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1021



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 01 89 | SAC (para dificuldades técnicas e de fecho): 0800-022 12 06 | Central Ouditoria: 0800-021 91 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/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSOUBRO. <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 Luís Carlos Pimenta Lima  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.310.073-60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Wilson de Sousa Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 09739100384  
do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro Permanente da vítima Wilson de Sousa Santos  
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 09739100384, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Colombia</u>	Número: <u>347A</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Três Andares</u>	Cidade: <u>Turizina</u>	CEP: <u>64056570</u>
E-mail: _____		Tel. (DDD): <u>8619905 4034</u>

Local e Data: Turizina 08/05/2020

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1233	02 Data do chamado 08/12/19	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 14:44	05 Chegada ao local 14:46
	06 Saída do local 15:07	07 Chegada ao 1º hospital 15:10	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Miguel Rosa Com Desem. Pq de Costa	11 Bairro Centro	12 Município-UF TERESINA-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência rua X - Escola São Paulo				
Dados do Paciente	14 Nome Welyson de Barros Santos	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 24/03/99 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAB 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 17 - Já removido 18 - Falso chamado	
	19 Vitima 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 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 88 Resp 20/18 PA 120/80 TAX 99% SatO2 99%	25 Local da lesão 
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	
Assistência	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Melhorando 3 - Não Removido	
	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não	35 Condições do socorro 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte			

Chamada vítima de acidente de trânsito moto + carro, usando capacete, realizado primeiro atendimento pela equipe moto com a vítima, vítima apresentando lesões de fratura de fêmur, braço, bacia, imobilizada com gesso, encaminhada para o Hospital de Destino HUT.

Responsável pela recepção: Tayane de Castro Costa  
Enfermeiro: [assinatura]  
Condutor: [assinatura]



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: WELSON 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".



# 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

Alexsandro S. Divino

NEURO-OK  
UR-GERAL

DORNO POIA

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b>		Imp: 08/12/2019 15:31:23	
Mãe: <b>ERISMEIRE ALVES DE SOUSA</b>	Pai:	User: HUT-BA	
End.Resid.: <b>RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		(Estação: ...)	
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:		
Profissão: <b>VERDUREIRO</b>	Documento: <b>RG: 2607067 - SSP PI</b>		
G. Instrução: <b>Não informado</b>	E.Civil: <b>Solteiro(a)</b>		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Sigilo: <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 (Conforme Paciente/Acomp): <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC</b>			
Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>			

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

### SSVV: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Peso: <b>0,00</b> Kg	Altura: <b>0,00</b> M	IMC: <b>0,00</b> Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: <b>____</b> bpm	Pressão: <b>____</b> mmHg
----------------------	-----------------------	------------------------------------	------------------------	---------------------------

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM USO DE CAPACETE(SIC). RELATA INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO.

A) VIAS AEREAS PERVIAS, FÁSICO, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS

C) ABDOME PLANO FLÁCIDO, DOLOROSO À PALPAÇÃO. DOR À MANIPULAÇÃO DA PELVE (EM IMOLILIZAÇÃO). 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:

### Exames Complementares:

- (1381014) - T.C. DE CRANIO
- (1381015) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR
- (1381016) - T.C. DE PELVE

**TOMOGRAFIA REALIZADA**  
DATA **08/12/19** HORA **16:55**h.  
EXAME **CRANIO + ABDOME SUP.**  
TECNOLOGO: **\_\_\_\_**

### Prescrição Médica:

- 1- DIETA ZERO
- 2- RINGER LACTATO 1000ML, EV **20 ( )**
- 3-DIPIRONA 1G/2ML- AMP + AD, EV **seção**
- 4-TRAMAL50MG7ML - 1 AMP + 100ML SF 0,9% EV, SE DOR REFRATÁRIA **57-75**

### Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável

MOISÉS 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: <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>254144</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: . . .
11-Mãe: <b>IRISMEIRE 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>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>
16-Munic: <b>TERESINA</b>			

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd.Anterior <b>0408050624</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>
21-Cod. Mudança Proced. <b>0415030013</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO</b>
27-CID Prim: <b>26-Diagnóstico: ?</b>	28-CID Sec: <b>29-CID C.Ass.:</b>

38-Profissional Responsável: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	40-Tp. Documento: CPF	
Data Solicitação: <b>18/12/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>787.098.575-91</b>	
41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)		

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, POLITRAUMATIZADO, COM FRATURA DE RÁDIO DIREITO + FÊMUR DIREITO +

**RNOZELO DIREITO**

**408050624** S724 **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)** **0413040178**

**T009** **TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA**

**0408020407** S525 **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:	<b>Dina Vieira e Silva</b> SAME - HUT Confere com o Original	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>20/12/20</b>	52-CNS/CPF: <b>Daniel Dutra dos Santos</b> ASSESSOR DE AUDITORIA - BRCA/SMS CRM 2680-PI CPF 740.318.053-49 CRM 125315-714600001
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(AMPARO LEAL)

Nº 08/12/19 - 17:55

Relatório de TCE

sem queixas neurológicas

Evo: 15

TC de crânio sem lesões  
neurocirúrgicas

em Alta da NCM

Dr. Alisson Meneses  
Neurocirurgião  
CRM - PI 4512 / CRM - MA 10794

Amegha Geral às 18:20

Paciente vítima de acidente automobilístico, referindo dor em MTD  
Ao exame: consciente, orientado, eupneico, SAT

PCP: fisiológico

Abdomen: plano, flexado, indolor a palpação

Exame em face, Tórax: TC desnaturado com rachaduras

TC de Tórax: sem sinal de hemotórax ou pneumotórax

TC de Abdomen: sem sinais de líquido livre ou pneumoperitônio

Conduto: Alta do Amegha Geral em segurança

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

às 18:28.

Rx com fratura da tíbia e fêmur  
semun distal e Rando distal

Fret de Pirelli O exposto

Dr. Fernando Danilo Fernandes  
Médico  
CRM PI 6732

Dr. Monalisa C. L. de Freitas  
Médica  
CRM-PI 6679

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 273224
	AIH: 2219102470761

### 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
	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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL	0408050624		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO 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)	<p><i>Dina Vieira e Silva</i>          SAME - HUT          Confere com o Original</p>
-------------------------------	---

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, POLITRAUMATIZADO, COM FRATURA DE RÁDIO DIREITO + FEMUR DIREITO + TORNOZELO DIREITO 0408050624 S724 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR (METAFISE DISTAL) 0413040178 T009 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA 0408020407 S525 TRATAMENTO CIRURGICO 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



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

273224

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>254144</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>	RG: <b>2607067 - SSP PI</b>
11-Mãe: <b>ERISMEIRE ALVES DE SOUSA</b>	12-Fone: <b>86-95573-389</b>		
13-Resp: <b>ERISMEIRE ALVES DE SOUSA</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>		
5-Ender: <b>RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>
16-Munic: <b>TERESINA</b>			

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>fratura com fôlego fraco, pulso y- fraco</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>a dx</i>			
22 - Principais resultados de prova: diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>fratura</i>			
3-Diagnóstico Inicial: <b>Fratura da extremidade distal do fêmur</b>	24-CID Prim: <b>S724</b>	25-CID Sec.: <b></b>	26-CID C.Ass.: <b></b>

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: <b>0408050624</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>	Tempo SUs: <b>4</b>	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b>	31-Docum.: <b>01</b>	32-Doc. Méd. Solic.: <b>CPF 787.098.575-91</b>
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	34-Data Solicitação: <b>18/12/2019</b>	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) <i>Dr. Ricardo Ortopedia - Traumatologia CRM: 3766 - TEO Tel: (86) 98884-0561</i>	

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

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto	<i>Dina Viente Silva SAME - HUT Confere com o Original</i>		
45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <i>22.01.20</i>	50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho): <i>Daniel Dutra dos Santos ASSESSOR DE AUDITORIA - DRCAA / SMS CRM 2680-RLCP: 790.318.053-49 CNS 125315714600001</i>
48-Documeto: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>LM</i>
Usuário: (SOLIMAR BRITO)		Consulta Local: 755709

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/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 WELISON DE SOUSA SANTOS	NASCIMENTO 04/03/1999	SEXO M	PRONTUÁRIO 531124
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE IRISMEIRE ALVES DE SOUSA	RESPONSÁVEL ERISMEIRE DE SOUSA SANTOS	
CEP 6400010	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA BELCHIOR BARROS			NUMERO / LOTE 2905
BAIRRO PLANALTO ININGA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO, FRATURA DE FÊMUR E RADIO DISTAL

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
AS ACIMA CITADO

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
RX E EXAME FÍSICO

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	<b>CID 10 SECUNDARIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
--	--------------------------	---------------------------------

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

**CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0408050624 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL

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

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> RICARDO SOARES VALENCA CPF: 78709837359	
<b>CARÁTER</b> URGÊNCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 18/12/2019	<b>CRM:</b>	
<b>DATA ADMISSÃO</b> 18/12/2019 20:02	<b>DATA ALTA</b> 26/12/2019 13:48	<b>MOTIVO ALTA</b> PERMANENCIA POR REOPERACAO	

## 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

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b>  FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA CPF: 20171471334	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b>  CRM: DATA ANALISE: 18/12/2019 20:12:29
--	--

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

Name William de Soure Santos

Sala:

Alergia: Não

Data:

### Procedimento:

Procedimento: Orbitatore de per + per + <sup>Comunicação</sup> Record

Observações:

[illegible]

### Acesso Vascular

- Periférico mae
- Cat. Venoso 20 G
- Dificuldade aces. venoso
- Gastos cateteres
- Central

**Via Adren**

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IOT nº \_\_\_\_\_
- ☐ LMA nº \_\_\_\_\_

#### Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

**Anestesia:**

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

Decúbito: DOV

SPO <sub>2</sub> (%)	100	100	100	100	100
ETCO <sub>2</sub> (mmHg)					
Aces. Venoso	560	—	560	—	560
Aces. Venoso					
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Dina Vieira e Silva  
SAME - HU  
Confere com o C

**Descrição da Anestesia:**

**Descrição da Anestesia:**  
BSA Poderia ser todo, A+A no pulm, com L<sub>2</sub>/L<sub>3</sub> e 26G amon, 100%  
Spmg; y os outros dois intermédios  
CRM - 91.830 | RQE: 3864  
Dr. Eduardo Ramalho  
Anestesiologista

CRM - 914390 / RQE: 2864  
Anestesiologista  
Dr. Eduardo K...

Ardo Ramo

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

### Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Wilson de Sousa Santos

Diagnóstico pré-operatório

fratura de humero direito, fechada, P.O.

Operação - Tipo

artroscopia

Cirurgião

Dr. Ricardo Valença  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 3755 - TEOT: 11305  
Tel: (86) 98884-0561

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

16/11/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

1) fratura humero direito - 0408050624 - 5724 (P.O.)  
2) fratura humero direito - 0408050624 - 5525 (7 hum K)

Acidente Durante a Operação

3) LMC P.O. - 0413060178 - 6989

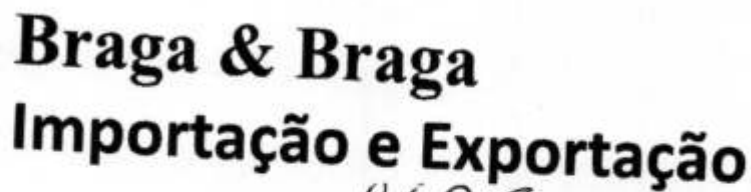
Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Ponto de entrada da artroscopia  
artroscopia com duas câmeras e com  
canais e realização de P.O. a  
partir de 2,5 x 1,5 cm e 2,5 x 1,5 cm  
na artroscopia.  
2) Redução + fixação da fratura  
na artroscopia  
3) Ponto de entrada da artroscopia  
na artroscopia + 2,5 x 1,5 cm

Dr. Ricardo Valença  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 3755 - TEOT: 11305  
Tel: (86) 98884-0561



1022

EX DMS.

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

01 placa PCS 950			01	
01 parafuso deslizante			01	
parafusos				

Dina Vieira de Silva  
SANE - NUT  
Confere com o Original

Dina Vieira e Silva  
SAME - NUT  
Confere com o Original

**Responsável Pelo Preenchimento:**

Date: 18/12/19

**Dr. Ricardo Valença**  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 3766 - TEOT: 11304  
Tel: (86) 2888-0561  
na Farmácia

**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: <b>-</b>
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-Ende: <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. <b>0408050624</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030821</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS</b>	Quant. Soli- cidada: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>BRAGA &amp; BRAGA</b>		

38-Profissional Responsável: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	<b>Dr. Ricardo Valença</b> Ortopedia Traumatologia CRM: 37861-7 / R. 1305 Tel: (86) 3254-0561
41-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 Autorizador: <b>Dina Vieira e Silva</b>	47-Data Autorização: <b>18/12/2019</b>	48-CNS/CPF: <b>5828856</b>
51-Justificativa da 'NÃO' autorização: <b>SAME - HUT</b> Confere com o Original	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>20/01/20</b>	52-CNS/CPF: <b>5828856</b>
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

(SOLIMAR BRITO)

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

**REGISTRO DE ALTA**

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
PACIENTE: VELISON DEJ. SANTOS Nº PRONT 53/124 Nº LAUDO 554/4

- ☐ 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

*Sergio Leal Teixeira*  
CRM - 3131  
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
WELISON DE SOUSA SANTOS		531124		04/03/1999	20	Ortopédica	235	29	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES		
DI : 08/12/2019	FRAT DE RÁDIO D + FEMUR D + TNZ D								
25/12/19	Anado Juvie						1200 - 5m P 100 bpm		
1	Dieta oral livre						2m - 119x81 mmHg		
2	Jelco salinizado						24x - 36°C - 36°C		
5	Ranitidina 50mg - 01 amp + AD EV 8/8hs								
6	Tramadol 100mg - 01 amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN								
7	Paracetamol 400mg VO 6/6h SN								
8	Keflin 1g 1am P + AD EV 6/6h								
9	Bromoprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 hs SN								
10	clexane 40mg 1 amp SC 1XDIA								
11	Cuidados gerais e sinais vitais								



IDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - HUT

HOSPITAL : URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

WELISON DE SOUSA SANTOS

PRONTUÁRIO

531124

DATA NASC

04/03/1999

IDADE

20

CLÍNICA

Ortopédica

ENF. OU AP

235 29

LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA  
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

DI : 08/12/2019 PRAT DE RÁDIO D + FEMUR D + TNZ D

18/12/19

1) Dieta oral livre

2) Jeico salinizado

5) Ranitidina 150mg \_1comp VO 8/8hs

6) Tramadol 100mg \_01amp + SF 0,1% 100ml EV 8/8hs SN

7) Paracetamol 40gts VO 6/6h SN

8) ~~Ciprofloxacina 500mg \_1comp VO 12/12h~~

9) Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN

10) óleo mineral 10ml VO 8/8h

11) Cuidados gerais e sinais vitais

Dina V. V. Silva  
m5

Leandro H. A. M. S.

Dr. Geordano Cremonesi / Dr. Yuri Inácio Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho  
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia  
CRM3435-TEOT10029 / CRM12308 / CRM1766-TEOT11305 / CRM3367

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

NOME Melison de Sousa Santos IDADE 18 anos DATA 18/12/2017

HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 h 00 min TIPO DE ANESTESIA( ) GERAL( ) RAQUE( ) BLOQUEIO( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Trat. cirúrgico de fratura de fêmur CIRURGIÃO maio

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>106 / 54</u>	<u>D</u>	<u>114 / 60</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>107</u>		<u>106</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>99%</u>		<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Adulino</u>		

## ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

TIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	<u>2</u>	<u>2</u>
Movimenta dois membros	<u>1</u>	<u>1</u>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	<u>0</u>	<u>0</u>
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	<u>2</u>	<u>2</u>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	<u>1</u>	<u>1</u>
Tem apnéia	<u>0</u>	<u>0</u>
PA em 20% do nível pré-anestésico	<u>2</u>	<u>2</u>
PA em 20-49% do nível anestésico	<u>1</u>	<u>1</u>
PA em 50% do nível pré-anestésico	<u>0</u>	<u>0</u>
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	<u>2</u>	<u>2</u>
Desperta, se solicitado	<u>1</u>	<u>1</u>
Não responde	<u>0</u>	<u>0</u>
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	<u>2</u>	<u>2</u>
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	<u>1</u>	<u>1</u>
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	<u>0</u>	<u>0</u>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL <u>09</u>	<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA	ASS. <u>maio</u>	<u>maio</u>

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		

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21:00 - Paciente chega na RPA no POI de tratamento cirúrgico de fratura de fêmur D e antebraço D, consciente, respiração espontânea, boa spO<sub>2</sub>, em HV, sem queixas

Moema Tais A. Barcellos  
COREN - PI 157450 - ENF

RAIO-X REALIZADO  
DATA 18/12/2017  
Técnico: [assinatura]

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

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

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

POSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEU [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM CLÍNICA: [ ] 235 / 29.

**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: 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

*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: 1389952 Convênio: S U S 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

Página 1 de 1

## 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: 1389953 Convênio: S U S 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: S U S 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)

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

TERESINA - PI 06/01/2020

**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

Pag: 1 de 1

## 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: 254668  
Requisição: 1041219 Solicitação: 26/12/2019 Solicitante: **LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA**  
Controle: 1396395 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

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

*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

Pag: 1 de 1

## 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: 254668  
Requisição: 1041219 Solicitação: 26/12/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
Controle: 1396396 Convênio: S U S 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

*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: 253469  
Requisição: 1034029 Solicitação: 09/12/2019 Solicitante: CELSO ANTÔNIO MENDES COIMBRA  
Controle: 1381352 Convênio: S U S 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

Pag: 1 de 1

## 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: 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: 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: 1381017 Convênio: S U S

**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 íntegros.
- 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

Pag: 1 de 1

**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: S U S

**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 oblíquas completas recentes desalinhadas na diáfise distal da tibia e fibula.
- 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

Pag: 1 de 1

## 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 SA  
Controle: 1381016 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

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 LINFONODOMEGALIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.
- SINAIS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/12/2019

*MS*  
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: **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: 1033845 Solicitação: 08/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SA  
 Controle: 1381015 Convênio: S U S

**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.
- LITÍASE RENAL DIREITA NÃO OBSTRUTIVA.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- SINAIS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/12/2019

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

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

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

OPTIMIZING YOUR INVESTMENT

ESTALDI UNICO IN ITALIA  
SE C'È CARICA DI ESTINGUERE IL FUOCO, IL PIANO È INNOVATIVO  
QUALIFICAZIONE DI ALTO LIVELLO

0106306010



Price 25/00 *Quinta* -

WOLFGANG WITTE, DOZENT FÜR

CARTÉIRA DE IDENTIDADE

EM TODA A AMÉRICA LATINA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

19/01/2019

DATA DE ENTREGA: 01/05/2010

026974362003-2

ALVES CARLOS CUNHA LIMA

... F. MARIA ODETE DE

Luiz Leite Lima  
Oliveira Cunha

LA FUGA DI VITTORIO

SAO LUIS - MA

non-cumulative

**DIC CANTIERI**  
**NASC. N.89619 FLS.172 LIV.80**

031310073-60

STCITD

SAO LUKE'S

1-800-368-2772

**1**

ASSOCIATIUM, DO DAME TON

Ein 7116 DE 2908UB3

WT A-02

17268

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
CARTÃO DE IDENTIDADE

1496452

WILSON DE SOUSA SANTOS

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO REGISTRO CIVIL



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.607.067

09/05/18

WILSON DE SOUSA SANTOS

ERISMEIRE ALVES DE SOUSA  
ELIOVAR PEREIRA DOS SANTOS

TERESINA-PI

04/03/1999

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

1496452

LEI Nº 7.116 DE 1966 - DECRETO Nº 69.250/63

Ministério da Justiça  
Cartão de Identidade  
Nº 2.607.067

WILSON DE SOUSA SANTOS

Nascimento  
04/03/1999

OUTORGANTE: <u>Welison de Sousa Santos</u>			
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>		ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	
RG: <u>2.607.067</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP PI</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>09/05/18</u>	CPF: <u>097.595.003.84</u>
PROFISSÃO: <u>Recurso</u>	ENDEREÇO: <u>Rua Belchior Barros</u>		
Nº: <u>2905</u>	BAIRRO: <u>Horto Florestal</u>	CIDADE: <u>Turuxina</u>	
ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64 052 500</u>		

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

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO 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 OBRIGATORIO - 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 DESTES MANDADOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

VITIMA: Welison de Sousa Santos  
 CPF: 097.391.003.84 DATA DO ACIDENTE 08/12/2019  
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DADS ☐ MORTE  
 Local/Data: Turuxina 08/05/2020

6º OFÍCIO

Welison de Sousa Santos  
 ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina  
 AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 159 Nº 17, Itarerê, TERESINA - PIAUI  
 RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE WELISON DE SOUSA SANTOS  
 NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR, EM TEST. João Paulo Cavalcanti Coutinho  
 VERDADE, DOU FÉ, TERESINA, 07/02/2020 11:41:17  
 SELO AAR38451 - CVB1 CONSULTE EM [www.tpi.jus.br/portalexta](http://www.tpi.jus.br/portalexta)  
João Paulo Cavalcanti Coutinho  
 JOSÉ PAULO CAVALCANTI COUTINHO - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
 E-mail: R\$ 4.02 TJ R\$ 0.80 MP R\$ 0.10 Selo 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

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

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

**CPF de:** Próprio

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

## 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

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 FÊMUR 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
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50