
Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669269

Vítima: FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669269

Vítima: FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003828**

Conta: **0000022268-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 075679163-47 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO ALESSANDRO PENEIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: FRANCISCO ALESSANDRO PENEIRA DA SILVA 6 - CPF: 075679163-47
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA - SÃO MIGUEL DO TAPUÍO 9 - Número: 5238 10 - Complemento: 3150
11 - Bairro: ALTO ALEGRE 12 - Cidade: TENESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86-99478-2633

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3828 CONTA: 22268 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 a 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(vainseza)? ☐ 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

Impressão d'gta! da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, TENESINA PIAUI 25-11-2019

Francisco Alessandro Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003945/2019-61

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 14/10/2019 - 09:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

CRUZAMENTO SÃO PEDRO COM MATO GROSSO, Nº:

Complemento

Data/Hora

23/08/2019 - 12:30

Bairro

ILHOTAS

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALEKSANDRO FERREIRA DA SILVA

RG: 1718246SSP/PI

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS MARQUES DA SILVA

Endereço: RUA SÃO MIGUEL DO TAPUIO, Nº 3150

Bairro: MEMORARE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9527-6574

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO YAMAHA, COR PRETA, PLACA NIU-4885. DE PROPRIEDADE DA SRA. FRANCISCA DAS CHAGAS PEREIRA. CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II CARRO. NÃO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL, QUE MOTIVOU A COLISÃO, EM SEGUIDA EVADIU-SE DO LOCAL. O NOTICIANTE/VÍTIMA, TRANSPORTAVA O PASSAGEIRO SEU FILHO SR. FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA, NASCIDO EM 07/02/2001, RG DE Nº4.037.841/SSP/PI, C.P.F DE Nº075.679.163-47. QUE FORAM SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO E LEVADOS PARA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº321480 E PRONTUÁRIO DE Nº311/27

Edvar F. Nunes

Edvar Ferreira Nunes - Mat.
AGENTE DE POL.

Aleksandro Ferreira da Silva

ALEKSANDRO FERREIRA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

[Assinatura]
Delegado Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 175.332-9

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 075679163-47 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO ALESSANDRO PENEIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: FRANCISCO ALESSANDRO PENEIRA DA SILVA 6 - CPF: 075679163-47
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA - SÃO MIGUEL DO TAPUÍO 9 - Número: 5238 10 - Complemento: 3150
11 - Bairro: ALTO ALEGRE 12 - Cidade: TENESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86-99478-2633

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3828 CONTA: 22268 4
(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 a 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(vainseza)? ☐ 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

Impressão d'gta! da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, TENESINA PIAUI 25-11-2019

Francisco Alessandro Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000022268-4

Nr. da Autenticação 875C07012860A3A8

R. SAO MIGUEL DO TABOIO 5238 3150 ALTO ALEGRE
CEP: 00000-000

CPF: 00040223664391

CIP: 64.000-000 - TERESINA

NOMBRE DEL COMPONENTE		FECHA	
Asado	1960	Adapt.	19-11-2019
Antares	1837	Adaptar	17-10-2019
Constitución de Multigénesis	1,000	Polémica Lúthien	17-12-2019
Conquista Melibor	123	Emisivo	15-11-2019
Convenio Feticido	123	Agresión	19-11-2019
Forma de Interacción	NORMA	Código de Interacción	Dist. de Colores

Classificação	Ligação	Número Horário	Posição	Código FOL	Média 12 meses
RESIDENCIAL	HONO	A2078468		1.1.1.1	93

HISTÓRICO ANA		VALOR DO CANCELAMENTO	
Mês/Ano Consumo			
OUT/19	86	CONSUMO 123 A R\$ 0,898297 =	110,49
SET/19	82	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSP)	9,52
AGO/19	82	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,80
JUL/19	73	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,88
JUN/19	77		
MAI/19	78		
ABR/19	71		
MAR/19	101		
FEV/19	99		
JAN/19	111		

TWILF SENT TRUSTS:
9A 122 - 0.45321

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora supõe a responsabilidade pelo pagamento de energia elétrica a partir de 01-01-2013 e não reservando o nome antigo, sendo a inclusão do nome do consumidor no
10/2019	96,25	



ESTADO DO PIAUÍ
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
QUARTEL DO COMANDO GERAL
COMANDO OPERACIONAL



Certidão de Ocorrência nº 155/2019

CERTIFICO, a requerimento da pessoa interessada, o Senhor Orlando José da Silva, RG 1.876.205, CPF 658.272.103-82, residente na Rua Fluema, nº 7520, bairro Vila Irmã Dulce, no município de Teresina, Estado do Piauí, conforme Protocolo nº AA.321.1.006176/19-07, datado de 02/10/2019, que revendo o Livro de Relatório do Comandante de Socorro nº 234/2019 do 1º Ten. QCOBM Pedro CARDOSO da Silva Neto, referente ao serviço do dia 23 para o dia 24 de agosto de 2019, foi encontrado o seguinte registro:

I – OCORRÊNCIAS

5. ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Solicitante: ST BM Moraes. Endereço: Rua São Pedro com Rua Mato Grosso. Por volta das 12:45h, a guarnição de resgate, chefiada pelo Cb Renata, esteve no local acima citado e conduziu para o HUT, o Sr. Aleksandro Ferreira da Silva, o mesmo apresentava fratura de clavícula e escoriações na perna e pé esquerdo. Retorno às 14:15h. EM TEMPO: A ocorrência acima citada, teve duas vítimas: o já acima mencionado e o Sr. Francisco Alessandro Pereira Silva, CPF 075.679.163-47, fone 3214-3631, o mesmo apresentava fratura de tornozelo, escoriações no pé e no joelho esquerdo.//////////

Teresina, 08 de outubro de 2019.


SARVIO Pereira de Sousa – TC QOBM/Comb.
Resp. pelo Comando Operacional de Bombeiros
Publicado BCG nº 169/2019



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francisco Antônio da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 331450

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Ottonio 1820 Redenção - Fone: 36 3236 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Unidade: Adm. Geral
Neurocirurgia

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

Nome:	FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA		Prontuário:	32148
Mãe:	ROSA MARIA PEREIRA	Pai:	ALESSANDRO FERREIRA DA SILVA	
End. Resid.:	RUA NIGUET ALVES Nº5238 - MEMORARE - TERESINA - PI - CEP: 64090-290			
Nascimento:	17.02/2001	Idade:	18a6m16d	Sexo: Masculino
Responsável:	PA-ALESSANDRO FERREIRA DA SILVA	CNS:	99500100785256	
Profissão:	ESTUDANTE	Documento:	CPF: 979.579.183-07	
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E. Civil:	Solteira	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	737561	Entrada:	23/08/2019 13:27:41	Convênio:	SUS
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				
Inform. Paciente/Acomp:					
Condução:	AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Dor intensa	Laranja
Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO NA +25H. RELATO DE TRAUMA EM TORNOMELO E. TORAX, DISENTRIA, NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC) R00-15 -ACIMA USO DE CAPACETE. (SIC)		ELABORAR MARCADO TORNADO EM: 23/08/2019

SSVV:	(Hora: _____)								
Peso:	60,00 kg	Altura:	1,70 m	IMC:	20,96 kg/m²	Pulso:	80bpm	Pressão:	120/80

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: Paciente vítima de acidente de trânsito (moto-carro) há aproximadamente 60 minutos. Trauma do head block, collar cervical porém com prancha rígida. Relata usar capacete no momento do acidente, porém sofreu TCE. Nega perda de consciência, sem vômitos ou epu- ra de dor em MIE e dispnéia. Nega alergias medicamentosas e outras comorbidades. Consciente, orientado. Vias aéreas pervias, fonação preservada. AP: MV-AHT, SRA, expansibilidade preservada, sem dor ao movimento respiratório. RC: BNT, RR2T, SS, hemodinamicamente estável. Bilete depressível, sem dor à palpação. Quadril estável, sem dor à mobilização. Pupilas isocóricas, ortoreagentes, sensibilidade e motricidade preservadas. ECG: 15. MIE enfartado, presença de alterações de O2. SATO2: 99% FO 94 BPM Diagnóstico inicial: 2	Exames Complementares: 12911951 - T.C. DE TORAX 12911961 - T.C. DE CRÂNIO 12911971 - PERNA ESQUERDA
---	---

Prescrição Médica: DIPLOXINA 500 MG - 1 AMP - AD, EV, AGORA TRAMADOL 50 MG - 1 AMP - AD, EV, AGORA Tramadol 100 mg/ml 1 amp + 100 ml 5% 0.5%, EV, Agora	Exames Complementares: Alta un. geral
---	---

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto):	DATA: / /	HORA: :
---	-----------	---------

Assinatura Paciente ou Responsável

ISMAEL PEREIRA MAURIZ
CRM: 4712 EM: 23/08/2019 18:43:18



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23, 08, 1997

NOME DO PACIENTE: <u>FCO Alexandre Pereira</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>521411</u>
DIAGNÓSTICO: <u>LX. SUBM. ACUM. INTER.</u>	CIRURGIÃO: <u>RAI / POS + M. S. P. R. R.</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>22</u>
CIRURGIÃO: <u>Loac Tê</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Da Jun</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Marcos</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>domilio</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº <u>7-0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>75 80</u>	PAR	02 0002	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	—	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>apom</u>	<u>03</u>	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>etihocles</u>	<u>05 00</u>		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<u>encavos</u>	<u>03 00</u>		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>etihocles N. 5</u>	<u>01</u>		
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Glancitide</u>			
PROLENE							

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Fu Abramo P Lb</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>LESÃO SUBTARSALE</i>		
Operação - Tipo <i>RAFI e FOSK + Tenodesse + fixação tibia anterior</i>		
Cirurgião <i>Dr. J. J. F. F.</i>	1º Assistente <i>Dr. J. J. F. F.</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *23/08/19* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0408050454 - 54239
la fixa
0408060450 - 14688
la fixa

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① DPA ② FOSK ③ LESÃO
④ LESÃO TARSAL ⑤ RAFI e
4 FOSK ⑥ TENODESE DE
TUBER ANTERIOR COM ANCIOS 5
⑦ FOSK ⑧ LESÃO

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

HUT Zona Rural

NOME DO PACIENTE <u>FELIX Alexadris Pereira de Uliu</u>						Nº DE REGISTRO <u>32</u>	
DATA: <u>23/08/19</u>	P. ARTERIAL <u>130/80</u>	PULSO <u>80</u>	RESPIRAÇÃO <u>12</u>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOSIS	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>Normal</u>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>Normal</u>						ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>Normal</u>						ASMA	BRONC
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL <u>LOTE</u>				CORTICÓIDES	ATÁRAXICOS	OUTRO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de tornozelo (E)</u>						FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
		18:00					17:20
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO						TOTAL DE DOS
1	2						Midazolam 1mg
3							Propofol 1g
							Fentanyl 100
							Morfina 10g
							Cepazolina 2
							Ranitidina 50mg
							Dipirona 2g
							Tiludil 20g
							SEQUÊNCIA
							1 Monitorização
							2 Sedação
							3 Anestesia
							4 Anestesia
							5 Anestesia
							6 Anestesia
							7 Anestesia
							8 Anestesia
							9 Anestesia
							10 Anestesia
							11 Anestesia
							12 Anestesia
							13 Anestesia
							14 Anestesia
							15 Anestesia
							DURAÇÃO
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS <u>Raquianestesia, punção mediana L4-L5. Ag 26GA. LCR limpo</u>						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <u>Fratura de tornozelo - redução + fixação</u>						Nenhuma intervenção	
CIRURGIÕES <u>Leandro TSC</u>							
ANESTESISTAS <u>Marcelo Gomes</u> Dr. Marcelo Gomes CRM 12.012/PR-4846							
PARTICULARIDADES <u>Nenhuma</u>						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
						BEC, estável, expulso	

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 236458
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 219101841044

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 703097830095670	NOME DO PACIENTE FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 07/02/2001	SEXO M	PRONTUÁRIO 331481
DOCUMENTO CPF 4937841	TELEFONE 8632143621	NOME DA MÃE ROSA MARIA PEREIRA	RESPONSÁVEL ALESSANDRO FERREIRA DA SILVA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA MIGUEL ALVES		NÚMERO / FONE 9248	
BAIRRO MEMORARE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
TRAUMA GRAVE EM PE E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAMES CLÍNICOS + RAO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S929 - FRACTURA DO PE NAO ESPECIFICADA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030011 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FELIÇA CPF: 74663593724
CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 23/08/2019
DATA ADMISSÃO 23/08/2019 16:49	DATA ALTA 24/08/2019 09:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

Tipo acidente	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CROR	NATUREZA DA LESÃO
---------------	-----------------	---------------	-------	-----------------	--------------	------	-------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) JOSE DE TRIPARAN SANTOS FILHO CPF: 37320645006	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROL E AVALIAÇÃO AUDITORIA
CRM:	CRM:
DATA ANALISE: 09/08/2019 11:52:46	DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)

230 758

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código Interno
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executor:	4-CNES	245
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	6 - Prontuário:		
FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA	32143		
7-CNS:	8-Nascimento:	9-Sexo:	CPF:
998002910795256	07/02/2001	Masculino	075.679.163-47
11-Mãe:	12-Fone:	14-Cor:	
ROSA MARIA PEREIRA	86-32143-63	Parda	
13-Resp:	17-Cod. IBGE:	18-UF:	19-CEP:
PAI-ALESSANDRO FERREIRA DA SILVA	221100	PI	64090-380
15-Ende:	16-Munic:		
RUA MIGUEL ALVES N°3238 - MEMORARE - CEP: 64090-380	TERESINA		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:			
<i>Transtorno Obsessivo Compulsivo</i>			
<i>PECE</i>			
21 - Condições que justificam a internação:			
<i>Recusa ao tratamento</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
23 - Diagnóstico Inicial:	24-CID Prim:	25-CID Sec:	26-CID Outr:
(Informação Posterior)			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:			
0415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO			
28-Técnica:	30-Caráter:	Ident.:	31-Docum.:	32-Doc. Méd. Solic.:
	02	01	CPF	746.635.933-72
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:			
LAC TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	23/08/2019			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Plano Seguradora:
36- () Acidente Trabalho Típico	41-CNPJ Empresa:	42-Plano Seguradora:
37- () Acidente Trabalho Trajeto		
38- () Vencido com a Previdência:		
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do Profissional Autorizador:	44-Data Autorização:
	23/09/19
45-Documento:	46-Num. Documento:
CNS () CPF	
Assinatura Paciente ou Responsável:	Assinatura do Profissional Autorizador:
<i>Guilherme Andrade</i>	Assinatura: ALECIANA OLIVEIRA Consultoria Jurídica: 307701 Consultoria SUS: Impressão: 23/08/2019 18:48:37

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código de Internação
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	2452

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário:	321400
7-CNS:	898002910785256	8-Nascimento:	07/02/2001	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	ROSA MARIA PEREIRA			CEP:	075.679.163-47
12-Pai:	PAI-ALESSANDRO FERREIRA DA SILVA			10-Fone:	86-32143-001
13-Endr:	RUA MIGUEL ALVES Nº5238 - MEMOPARE - CEP: 64090-380			14-Fone:	86- 3214-367
15-Munic:	TERESINA			17-Cod.IGGE:	221100
		18-UF:	PI	19-CNPJ:	64090-380

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30-Proc. Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408060450	TENOMIORRAFIA	
31-Proc. Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Solicitada:
0702030023	ANCORA	
Fornecedor da OPM: FIMES		

34-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:	
LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	CPF	
39-Data Solicitação:	40-No. Doc. Méd. Solic.:	41-Ass. Carimbo (Res. Conselho)
23/08/2019	746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Paciente em avaliação de trauma
autor. para tratamento*

AUTORIZAÇÃO

42-Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
	23/09/19	
43-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass. Carimbo (Res. Conselho)	
50-Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	23/09/19	
	53-Ass. Carimbo (Res. Conselho)	

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Francisco Alexandre Pereira da Silva

Nº AIH: 245813

Nº do Prontuário: 321480 Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408060450

Indicador de Compatibilidade: 0702030023

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Dias

CRM Nº

CPF Nº

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 23/08/19 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm
Nº

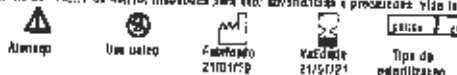
DESCRIÇÃO DO MATERIAL

tipo, Nº de Série, Etc...

ÂNCORA OSSEA DE TITANIO ÂNCORAGGI ECG 5MM
 REG. ANVISA Nº 90297610024
 COD: 0801006CE LOT: 0038A19
 ÂNCORA OSSEA DE TITANIO ÂNCORAGGI ECG 5MM
 USO UNICO - ESTERIL
 PROIBIDO REPROCESSAR
 2701026 - ÂNCORA DE SUTURA ORTOPÉDICA
 1 - ÂNCORA OSSEA DE TITANIO ÂNCORAGGI ECG 5MM
 M. Pina: LIGA DE TITANIO / FIOS DE POLIESTER Norma: ASTM F136 / USP 2
 Fabricante, comercial e distribuidor
 Indústria e Comércio de Prod. Médico
 CNPJ: 07.372.807/0001-60
 R. Rui Costa, 807 - Lote 2 - Bairro Al
 Pq. Industrial São José
 Caila - SP - Brasil
 CEP: 04715-682

Atenc.: Dr. Francisco Alexandre Pereira da Silva
 Resp. Técnico: Guilherme Della Morte
 CREA - SP 506351/05

Credenciais especiais de armazenamento, conservação e manipulação: verificar validade de embalagem verificando selos e validade. Não colocar objeto dentro do p
 selado junto ao produto. Manter em local seco e não expor a luz solar, radia
 se ionizante, extrair de temperatura ou contaminação particular. Não armazenar
 longe da "PNE" For 40°C, instruções para uso: armazenar e preservar: vide li



Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado

Teresina 23 de agosto de 2019

Vem do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Amália



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐	Mudança de Procedimento	☐	Órtese e prótese - OPME
☐	Diária de UTI	☐	Fatores de Coagulação
☐	Diárias de Acompanhante	☐	Gasoterapia
☐	Hemoderivados	☐	Nutrição Parenteral / Enteral
☐	Díálise / Hemodíálise	☐	Procedimento fora da faixa etária
☐	Albumina Humana 20%	☐	

HOSPITAL: H. Z. Rocha CNPJ: _____
PACIENTE: Dr. Alexandre Pereira de Lima Nº AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Paciente com lesão
recente nos membros

DATA: _____

AUDITOR

Ciente

23/09/19

DATA: _____

MDS 001 - HJT

Assinatura do Médico Solicitante

Antônio Casilda Sampaio de Sá
Médico de Família e Comunidade
CRM-PI 10601/2010
CNS 589015285016402

Assinatura do Médico Solicitante

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Góes Tito 1828 - Redenção Fone: 66 3218 5444
TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 05.922.917/0002-01

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 321480)
Endereço: RUA MIGUEL ALVES Nº5238 - MEMORARE - TERESINA - PI CEP: 64090-380
Nascimento: 07/02/2001 Idade: 18a6m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 73
Requisição: 991183 Solicitação: 23/08/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1291166 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

T.C. DE CRANIO

Data Exame: 21/08/2019

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

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO EM NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- VENTRÍCULOS CEREBRAIS COM VOLUMES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÃO.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

AUSCEZAR

TERESINA - PI 23/08/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Otto 1820 - Redenção - Fone: 36 3212 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 05.512.917/0001-01

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 321480)
Endereço: RUA MIGUEL ALVES Nº5238 - MEMORARE - TERESINA - PI CEP: 64090-380
Nascimento: 07/02/2001 Idade: 18a6m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 13
Requisição: 991183 Solicitação: 23/08/2019 Solicitante: ISMALL PEREIRA MAURIZ
Contrôle: 1291195 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 23/08/2019

T.C. DE TORAX

TECNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO XULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

- PARÊNQUIMA PULMONAR COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- TRÁQUEIA E BRÔNQUIOS-PONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX AXIAL.

LUIS CEZAR

TERESINA - PI 23/08/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM: 35412

Endereço: Rua: ...

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tiro 1820 - Redenção - Fone: 33 3218 8467

TERESINA-PI CEP: 64017-170 - FAX: 33 3218 917/0011 01

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 321480)
Data: 23/08/2019
Endereço: RUA MIGUEL ALVES Nº5238 - MEMORARE - TERESINA - PI CEP: 64030-000
Idade: 18a6m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atend: 7375
Requisição: 991184 Solicitação: 23/08/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1291199 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050150

Data Exame: 23/08/2019

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

O exame radiológico do pé esquerdo foi realizado nas incidências de AP e Lateral.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente no colo do 5º metatarso sem desfilamento.
- Luxação recente talus-calcâneo.
- Aumento de volume de partes moles.

JOAO ANTONIO

TERESINA - PI 03/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF 133.903.172-68 CRM P: 1341

Profissão: Radiologista

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. João Vello 1820 - Pedernópolis - Fone: 36 2218 6477

TERESINA-PI CEP: 64027 170 - CNPJ: 01.512.917/0001-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 321480)
Endereço: RUA MIGUEL ALVES Nº5236 - MEMORARE - TERESINA - PI CEP: 64090-380
Nascimento: 07/02/2001 Idade: 18a6m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG
Requisição: 991184 Solicitação: 23/08/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA VAURIL
Controle: 1291198 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204060087

Data Exame: 23/08/2019

TORNOZELO ESQUERDO

Exame radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências de

antero-posterior e lateral.

Observações:

- Lesão recente na articulação talus-calcâneo.

- Aumento de volume de partes moles.

JOÃO ANTONIO

TERESINA - PI 03/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FF

CPF: 139.464.170-02

CRM: 139464

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Av. Dr. Otonário 1810 - Pudeação - Fone: (86) 2119-5014

TERESINA-PI. CEP: 64001-170. CNPJ: 05.872.617/0001-11

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 321480)
Endereço: RUA MIGUEL ALVES Nº5238 - MEMORARE - TERESINA - PI CEP: 64090-380
Nascimento: 07/02/2001 Idade: 18a6m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 73
Requisição: 991184 Solicitação: 23/08/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1291197 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. Sia: 0204060168

Data Exame: 23/08/2019

PERNA ESQUERDA

O exame radiológico da perna esquerda foi realizado nas incidências
de seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Ausência de volume de partes moles.

JOÃO ANTONIO:

TERESINA - PI 03/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-58 CRM PI 1341

Profissional Autônomo

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otton Filho 1823 - Redenção - Fone: 36 1019 7441

TERESINA-PI CEP: 64017-700 CNES: 15.102.0.700.0001

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 321480)
Endereço: RUA MIGUEL ALVES Nº5238 - MEMORARE - TERESINA - PI CEP: 64090-380
Nascimento: 07/02/2001 Idade: 18a6m24d Sexo: Masculino Origem: INTERNACÃO Atend.médico 2411
Requisição: 991273 Solicitação: 23/03/2019 Solicitante: JUSTIVAN SÉRGIO LEAL TEIXEIRA
Contrato: 1291380 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - PIA ENFERMAGEM 121111

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 23/03/2019

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências de perfil e oblíqua.

Os seguintes aspectos observados:

- Alteração de artrodese talus-canela com presença de fratura da base da 1ª metáfala.
- Aumento de volume do partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA PI 03/03/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.603.173-09 CRM PI 1384

Endereço: Rua Dr. Otton Filho 1823

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0206870

ASSINATURA DO TITULAR

Francisco Alessandro Pereira da Silva

CARTERIA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.037.841 DATA DE EMISSÃO 18/03/14

NOME FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO ROSA MARIA PEREIRA ALESSANDRO FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 07/02/2001

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 4028 L 04A F 107V

EXP. TERESINA 23/02/01

CPF 075.679.183-47

TERESINA-PI

Pedro Gomes de Moraes

PEREIRA CRISTINA

ASSINATURA DO DIRETOR

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



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 23-08-2019 CPF DA VÍTIMA 095679163-47
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO INVALÍDELO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR ALTA - SÃO MIGUEL DO TAPIO
 Nº 5239 COMPLEMENTO 3150 BAIRRO ALTO ALEGRE
 CIDADE TERESINA UF PI CEP 64000000
 E-MAIL _____ TELEFONE (86) 99478-2633

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28-11-2019IDENTIDADE 1.032.841ASSINATURA Francisco Alessandro Pereira da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669269 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 23/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO SUBTALAR À ESQUERDA. P5
FRATURA NO COLO DO 5º METATARSO ESQUERDO, SEM DESVIO. P14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - TENODESE E OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. P5
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

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 LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669269 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 23/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO SUBTALAR À ESQUERDA. P5
FRATURA NO COLO DO 5º METATARSO ESQUERDO, SEM DESVIO. P14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - TENODESE E OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. P5
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

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 LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426508/19

Vítima: FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA

CPF: 075.679.163-47

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/08/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA : 075.679.163-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA
CPF: 075.679.163-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL