

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Mensagens, Audiências, Consulta proce..., PJ 0828710-89.20..., Baixar o arquiv..., (34) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=629715&ca=34df6df9875db417ee30f16982b833b6fe6...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0828710-89.2020.8.18.0140 FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSO...

Search bar: 13966014 - CONTESTAÇÃO (2776337 CONTESTACAO 01) Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/01/2021 10:00:51

Left sidebar: 07 Jan 2021

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 13966011 - CONTESTAÇÃO
 - 13966014 - CONTESTAÇÃO (2776337 CONTESTACAO 01)
 - 13966015 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13966017 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 13966018 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 13966019 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

Main content area: 2776337- CS/ 2020-04693/ INVALIDEZ

Logo: **JOÃO BARBOSA** ADVOGADO ASSOCIADOS

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

Text: Processo: 08287108920208180140

Footer: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/.../listProcessoCompletoAdvogado.s... PT 10:03 07/01/2021



Número: **0828710-89.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.813,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		CLAUDIA MARIA TERTULINO COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13966015	07/01/2021 10:00	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15176160





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

Rio de Janeiro, 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.

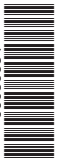
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01261/01262 - carta_15R - INVALIDEZ

00030631



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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

075679163-47 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

FRANCISCO ALESSANDRO PENEIRA DA SILVA 075679163-47 ESTUDANTE RUA - SÃO MIGUEL DO TAPUTO 5236 3150 ALTO ALEGRE TENESINA PE 64.000000 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3828 CONTA: 22268 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 - Garde 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) (vivo(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

Impressão d'grel 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 PE 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)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 10:00:51

http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010710005107600000013209607

Número do documento: 21010710005107600000013209607



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

654 v. 1.1



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

Data/Hora

23/08/2019 - 12:30

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

Bairro

ILHOTAS

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

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 PRA 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

Lucy Kelly Lacerda
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 175.331-9



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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

075679163-47 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: 6 - CPF: FRANCISCO ALESSANDRO PENEIRA DA SILVA 075679163-47
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: ESTUDANTE RUA - SÃO MIGUEL DO TAPUTO 5236 3150
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: ALTO ALEGRE TENESINA PI 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\$1.000,00 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3828 CONTA: 22268 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 - Guarda 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 (velhos)? ☐ 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'grel 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 PI 25-11-2019

Francisco Alessandro Peneira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 10:00:51

http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010710005107600000013209607

Número do documento: 21010710005107600000013209607

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





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



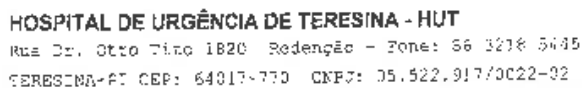


NOME DO PACIENTE: Francisco Alves de Paula

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 321450

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".





Unepelo: Ad C. 10
K. n. 10

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA		Prontuário: 32148
Mãe: ROSA MARIA PEREIRA	Pai: ALEXSANDRO FERREIRA DA SILVA	
End. Resid.: RUA NIGUELI ALVES Nº5238 - MEMORARE - TERESINA - PI - CEP: 64090-380		
Nascimento: 07.02/2001	Idade: 18a6m16d	Sexo: Masculino Fone:
Responsável: PA-ALEXSANDRO FERREIRA DA SILVA	CNS: 9980010108256	
Profissão: ESTUDANTE	Documento: CPF: 078.679.168-07	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Solteira	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 737561	Entrada: 23/08/2019 13:27:41	Convênio: S U S	Pré-Atendimento:
Motivo da Procura			
(Informe Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)			
Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS			

...NÍVEL DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Cor intensa	Laranja
Breve História Cias. Risco: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO O CARRO HÁ + 25H.RELATO DE TRAUMA EM TORNOMELO E TORAX, DISENFERIA.NEGR OUTRAS QUEIMAS.(SIC) 200-15 -ADUA USO DE CASACETE.(SIC)		ELEONORA MARCO KAREN PR EM: 11/02/2013

ESVV:		(Hora: ____:____)	
Peso:	5,00 Kg	Altura:	0,60 M
IMC:	17,00 Kg/m ²	Pulso:	80/p
Presión:		120/80	

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

paciente vítima de acidente de trânsito (moto-carro) há aproximadamente 60 minutos. Trauma no tórax do tipo head block, collar cervical porém com prancha rígida. Relata usar capacete no momento do acidente, não sacado com o impacto, porém sofreu TCE. Nega perda de consciência, sem vômitos ou hemorragias. A dor em MIE e dispnéia. Nega alergias medicamentosas e outras comorbidades. Consciente, orientado. Vias aéreas pervias, fonação preservada. AP: MV-AUT, SRA, expansão preservada, sem dor ao movimento respiratório. RC: BNF, RR2T, SS, hemodinamicamente estável. Não palpável, não expansível, sem dor à palpação. Quadril estável, sem dor à mobilização. Pupilas isocóricas, reagentes, sensibilidade e motricidade preservadas. ECG: IS. MIE enfaxado, presença de alterações de Q2.

Teórico inicial:

Exames Complementares:

02911951 - T.C. DE TORAX
02911961 - T.C. DE CRANIO
02911971 - PERNA ESQUERDA

Prescrição Médica:

DEFIROXA 500 MG - 1 AMP - AD, EV, AGORA
 THIOXICLYN 10 MG - 1 AMP - AD, EV, AGORA

Trombol 100 mg/ml 1 Amp + 100 ml St 0.9%, EV, Agam

Motivo da Alta/Encerramento:

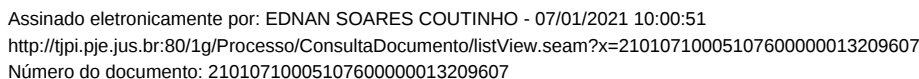
Observação (aditivo):

पठ्यः

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

ISMAEL PEREIRA MAURIZ
CRM: 4722 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 23/08/19

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO Nº
DIAGNÓSTICO	CIRURGIÃO
ANESTESIA	Nº DA SALA
CIRURGIÃO	CPF Nº
AUXILIAR	CPF Nº
ANESTESIA	CPF Nº
INSTRUMENTADORA	CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5 8.0	PAR	02	
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 20	UNID.	01				03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				etihrodes	05 UNID		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				encavos	03 UNID		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				etihrodes N.5	01		
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Glancilide			
PROLENE							





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	F. Alexandre P. L. L.		
Diagnóstico pré-operatório	LESÃO SUBTARSALE		
Operação - Tipo	RAFI e FOSK + Tenodesse + talartica		
Cirurgião	Dr. Edson F. F. F.	1º Assistente	Dr. Y. M. P.
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia	

Anestésico(a)

Data da Operação 23/08/19 Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0308050454 - 5929
início
0308050450 - 14:58
início

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

(1) DPA (2) FOSK (3) RAFI
(4) FOSK (5) RAFI
(6) TENODESE
(7) FOSK (8) RAFI

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

HUT Zona Rural

NOME DO PACIENTE						Nº DE REGISTRO	
FEB Alexadris Pereira de Uva						32	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESSO	ALTURA	
23/08/19	130/80	80	12				
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA Normal							
SISTEMA CIRCULATÓRIO Normal						ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO Normal						ASMA	BRONC
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL LOTE				CORTICÓIDES		ATARÁXICOS OUTRO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de tornozelo E						FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOS					
OXIGÊNIO		18 00 17 20					
1							
2							
3							
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 300 200 100					
		(SA) (SA) (SA)					
TEMPERATURA		Cº 260 240					
T		2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL		38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
V O PULSO							
INÍCIO E FIM ANESTESIA		X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO		O SpO2% 99% 99% 99% 99%					
SÍMBOLOS		DURAÇÃO					
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE					
Raque anestesia, punção mediana L4-L5. Ag 2669. LER Vazio		Sem intercorrências					
OPERAÇÕES		Fratura de tornozelo. Redução + fixação					
CIRURGIÕES		Lao Tse					
ANESTESISTAS		Marcelo Gomes					
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		BEC, estável, eufórico					
PARTICULARIDADES		Nenhuma					

MOD 76 - HUT

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 793097830095670	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 / LOTE 5248	
BAIRRO MEMORARE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA GRAVE EM PE

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 PÉ NAO ESPECIFICADA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEIGOSA

CPF: 746635933721

CRM:

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

23/08/2019

DATA ADMISSÃO

23/08/2019 16:49

DATA ALTA

24/08/2019 09:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CROR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR/AVALIAÇÃO AUDITORIA
JOSE DE SIBAPIAN SANTOS FILHO CPF: 37320645000 CRM:	DATA ANÁLISE: 09/09/2019 11:52:46 CPF: CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

about:blank





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)

230 958

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código Interc.
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
Nome do estabelecimento executor:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	245

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA	6 - Prontuário:	32143				
7-CNS:	698002910795256	8-Nascimento:	07/02/2001	9-Sexo:	Masculino	CPF:	075.679.163-47
1-Mãe:	ROSA MARIA PEREIRA	12-Fone:	86-32143-63				
3-Pai:	PAI-ALESSANDRO FERREIRA DA SILVA	14-Cor:	Parda				
10-Endereço:	RUA MIGUEL ALVES N°3238 - MEMORARE - CEP: 64090-380	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64090-380
16-Município:	TERESINA						

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

TRANSITO ENROUTE EM PÉ (E)

21 - Condições que justificam a internação:

Requerido ao cirurgião

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

[assinatura]

23 - Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prim:

25-CID Sec:

26-CID Causa

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod. Proced.:	27-Procedimento Solicitado:		
0415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO		
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		

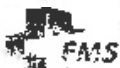
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Data do Acidente:
37- () Acidente Trabalho Típico	(2-CNPJ Empresa:	
38- () Acidente Trabalho Trajeto		
41- Marcado com a Previdência:		
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

42- Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo, Rq. Conselho:
	23/09/19			
Assinatura Paciente ou Responsável:	51-Usuário:	52-Consultoria Especial:	53-Consultoria SUS:	54-Impressão:
<i>[assinatura]</i>	VALCINA OLIVEIRA	707701		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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código de Internação: 2458
Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	3-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA	6 - Prontuário: 321430
7-CNS: 898002910785256	8-Nascimento: 07/02/2001
9-Sexo: Masculino	CPF: 075.679.163-47
11-Mãe: ROSA MARIA PEREIRA	12-Pai: PAI-ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA
13-Endet: RUA MIGUEL ALVES Nº5238 - MEMOPARE - CEP: 64090-380	14-Endet: 86- 3214-380
15-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100
18-UF: PI	19-CEP: 64090-380

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30-Proc.Princip. 0408060450	31 - Procedimento Principal / Descrição: TENOMIORRAFIA
32-Proc.Especial 0702030023	33 - Descrição do Procedimento Especial: ANCORA
Fornecedor da OPM: PIMES	

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com diagnóstico de fibrilção auricular, paciente jovem

AUTORIZAÇÃO

41-Nome do Profissional Autorizador: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	47-Data Autorização: 23/09/19	48-CNS/CPF: 5828856
42-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (R. Conselho): 	
50-Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria:	51-Data Autorização: 23/09/19	52-CNS/CPF: 5828856
	53-Ass.Carimbo (R. Conselho): 	





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESE
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 2022-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

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. J. Pais

CRM Nº

CPF Nº

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

Código Ropm
Nº

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

ipo, Nº de Série, Etc...)

ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM
REG. ANVISA Nº 0297610024
COD: 08010060E LOT: 0038A19
ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM
USO UNICO - ESTERIL
PROIBIDO REPROCESSAR
2701025 - ANCORA DE SUTURA ORTOPEDICA
1 - ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM
M. PIMMES - LIXA DE TITANIO / FIOS DE POLIESTER NORMA: ASTM F 135 / USP 2
Fabricante, comércio e distribuição:
Isomex Ind e Com de Prod Medico
CNPJ: 07.372.807/0001-80
R. Rui Jurek, 1. 807 - Lote 2 - Bairro Ali
Pc. Industrial San Jose
Cidade - SP - Brasil
CEP: 04715-882

Atenc: Dr. Francisco Alexandre Pereira da Silva
Assp. Técnica: Cláudia Maria de Oliveira
Cidade - SP 0468351005

Condições especiais de armazenamento, conservação e manipulação: verificar instruções de embalagem verificando prazo e validade. Não colocar objeto dentro do p. selado junto ao produto. Manter em local seco e não expor a luz solar, radiação ionizante, radiação de raios gama ou radiação ultravioleta. Não armazenar dentro de "plástico" ou "plástico" indevidos para uso: substâncias e produtos. Não is

Atenc: Dr. Francisco Alexandre Pereira da Silva
Assp. Técnica: Cláudia Maria de Oliveira
Cidade - SP 0468351005

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

Teresina 23 de agosto de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome: Amélia





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
☐	Díalise / Hemodíalise	☐	Procedimento fora da faixa etária
☐	Albumina Humana 20%	☐	

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

JUSTIFICATIVA

Paciente com Febre
recusar Jor K

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Ciente

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

MOD. 001 - HJT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua W. Otoni Tito 1820 - Rodagem Fone: 66 3218 5404
TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNES: 55.922.917/0002-01

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 321480)
Endereço: RUA MIGUEL ALVES Nº5238 - MEMORARE - TERESINA - PI CEP: 64090-300
Nascimento: 07/02/2001 Idade: 18a6m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 73
Requisição: 991183 Solicitação: 23/08/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1291196 Convênio: S U S

Cod. SIA: 0206010079

RELATÓRIO:

T.C. DE CRÂNIO

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 COM VOLUMES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÃO.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

INTERESSA DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

DR. CESAR

TERESINA - PI 23/08/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Registrado



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Otto 1870 - Redenção - Fone: 36 3212 5612

TERESINA-PI CEP: 44017-770 CNPJ: 06.512.917/0001-01

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 321480)
Enfermeiro: RUA MIGUEL ALVES Nº5238 - MEMORARE - TERESINA - PI CEP: 54090-380
Nascimento: 07/02/2001 Idade: 18a6m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: ☒
Requisição: 991193 Solicitação: 23/08/2019 Solicitante: ISMAIL 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 MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX NORMAL.

LUIS CEZAR

TERESINA - PI 23/08/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF 940.719.343-87 CRM 3540

Endereço: Rua...



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tiro 1820 - Federação - Fone: 35 3018 1447
TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 07.487.817/0001-01

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 321480)
Endereço: **RUA MIGUEL ALVES Nº5238 - MEMORARE - TERESINA - PI CEP: 64090-000**
Idade: 18a6m24d Sexo: Masculino Origem: URGENCIA/EMERG Atendimento: 7376
Requisição: 991184 Solicitação: 23/08/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1291199 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 23/08/2019

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

Exame podológico do pé esquerdo foi realizado nas condições seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente no colo do 5º metacarpo sem desvio.
- Luxação recente hallus-metatarsal.
- Aumento de volume de partes moles.

JOÃO ANTONIO

TERESINA - PI 03/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF 133.903.172-08 CRM PI 1341

Profissão: Médico Podólogo



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

RUA Dr. Jairo Telo 1820 - Pedagogia - Fone: 36 3218 8407
TERESINA-PI CEP: 64017 970 CNPJ: 06.512.917/0001-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 321480)
Endereço: RUA MIGUEL ALVES Nº5238 - MEMORARE - TERESINA - PI CEP: 64080-380
Nascimento: 07/02/2001 Idade: 18a6m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG. Atendimento: 111
Requisição: 991184 Solicitação: 23/08/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA VAJURI
Cadastro: 1291198 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204060087

Data Exame: 23/08/2019

TORNOZELO ESQUERDO

Exame radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências de

anteroposterior e lateromedial.

- Lesão recente na articulação talus-calcâneo.
- Aumento do volume de partes moles.

JOÃO ANTONIO

TERESINA - PI 03/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CRM: 133464 - ROR: 133464

Dr. Carlos Augusto Moura Fe



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Av. Dr. Olegário Neto 1610 - Pudeação - Fone: (085) 3219-5000
TERESINA-PI. CEP: 64001-100. CNPJ: 05.872.617/0001-00

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: 72
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 estudo radiológico da perna esquerda foi realizado nas seguintes
Das 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 Registrado



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Nilo 1823 - Redenção - Fone: 36 1011 7441

TERESINA-PI CEP: 64017-710 CNES: 360120001000000

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 Atendimento: 24h
Requisição: 991273 Solicitação: 23/08/2019 Solicitante: JUSTIVAN SÉRGIO LEAL TEIXEIRA
Consultas: 1291380 Convênio: SUS CLÍNICA ORTOPÉDICA - PII EXATIMARQUES LEITE

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 21/08/2019

TORNOZELO ESQUERDO

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

Os seguintes aspectos observados:

- Alteração de artrofase talus-canela com presença de fratura de linha de tensão.
- Aumento de volume do partes moles.

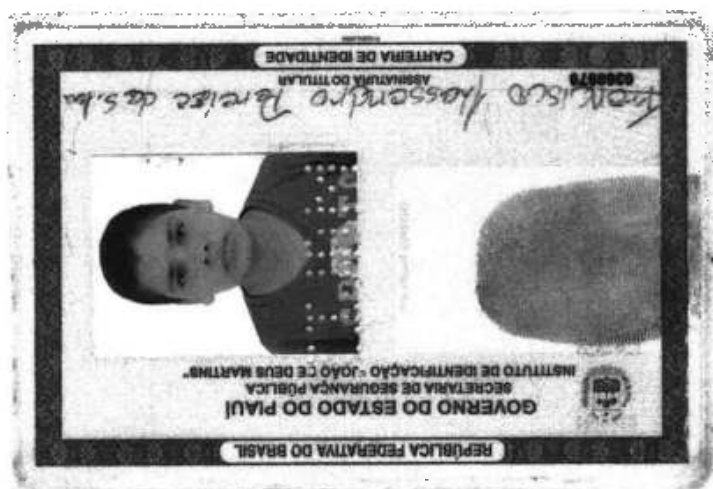
(JOÃO ANTONIO)

TERESINA PI 03/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.603.173-88 CRM PI 1041

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 10:00:51



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 23-08-2019 CPF DA VÍTIMA 095679163-47
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO INVALÍDEZ
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂNTESCO COM
 A VÍTIMA É FRANCISCO ALESSANDRO PEREIRA DA SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR ALIA - SÃO MIGUEL DO TAPIÉ
 Nº 5239 COMPLEMENTO 3150 BAIRRO ALTO ALEGRE
 CIDADE TERESINA UF PI CEP 64.000000
 E-MAIL _____ TELEFONE (86) 99478-2633

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ 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)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ 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
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 - 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 DE 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 RECEITUÁRIO 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28-11-2019
 IDENTIDADE Y.037 841
 ASSINATURA 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 OSTEOSÍNTESE 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

