
Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717310

Vítima: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717310

Vítima: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000057498-4

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 049.719.253-50 4 - Nome completo da vítima: Jéssica Alves de Oliveira

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

5 - Nome completo: Jéssica Alves de Oliveira 6 - CPF: 049.719.253-50
7 - Profissão: Comerciante 8 - Endereço: R. Alto do Piauí 9 - Número: 6923 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Campi 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64090-385
15 - E-mail: eduanseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS CADASTRAIS

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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3389 CONTA: 57.498 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

NAO ALFABETIZADO

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Teresina - PI 20/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jéssica Alves de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTOATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU

DATA: 20/12/2019

HORA: 15:12:13

TERMINAL: 20041019

CONTROLE: 200410190632

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3389 013.00057498-4

NOME: JEOVA A DE OLIVEIRA

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 182079260

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004095/2019-17

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

Data/Hora: 25/10/2019 - 11:11

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

568589

Data/Hora

22/09/2019 - 00:46

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV: MIRTIS MELAO, Nº:

Complemento

Bairro

ALTO DA RESSURREIÇÃO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

RG: 3222015

Mãe: FRANCISCA ALVES PEREIRA

Endereço: RUA ALTO DO PIAUI, Nº 6922

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA-NIS-3549-PI DE SUA PROPRIEDADE, RELATA QUE VINHA NA VIA ACIMA CITADA QUANDO UM ANIMAL PASSOU NA FRENTE DA MOTO CAIU SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO.145795. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

JEOVA ALVES DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Krisko Leal Paraiso
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 049.719.253-50 4 - Nome completo da vítima: Jéssica Alves de Oliveira

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

5 - Nome completo: Jéssica Alves de Oliveira 6 - CPF: 049.719.253-50
7 - Profissão: Comerciante 8 - Endereço: R. Alto do Piauí 9 - Número: 6923 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Campi 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64090-385
15 - E-mail: jessicaalves2@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3389 CONTA: 57.498 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasos)? ☐ 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 - Assinatura do beneficiário ou representante legal: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina - PI 20112119

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jéssica Alves de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 N° do chamado 3481	02 Data do chamado 22/09/1991	03 PRO (código) 2905	04 Saida do PA 00:46	05 Chegada ao local 01:05
	06 Saida do local 01:05	07 Chegada ao 1º hospital 01:14	08 Saida do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Mirtes Melão	11 Bairro Alto da Ressurreição	12 Município-UF THE-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Jeová Alves de Oliveira	15 Sexo ☒ 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 3 - Ignorado			
	16 Idade 28 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ☒ 1-Sim ☐ 2-Não ☐ 9-Ignorado			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vitima ☒ 1 - Pedestre ☒ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção ☒ 1 - A pé ☐ 2 - Automóvel ☒ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida ☐ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
	23 Glasgow = 15				
Exame Físico	RESPOSTA VERBAL				
	RESPOSTA MOTORA				
Assistência	24 Sinais Vitais Pulso: 101 Resp.: 22 PA: 130x90 TAX: 98% SatO2: 98%				
	25 Local da lesão				
Hospital de Destino	26 Pupilas ☒ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais				
	27 Pulso Radial ☒ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente				
Observações Interdisciplinar	28 Sanguinamento ☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não				
	29 Escala de Dor de 0 a 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10				
Assistência	30 Fratura 1 - Sim ☒ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐				
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☐				
Assistência	32 Hospital de Destino HUT				
	33 Condições de entrada ☒ 1-Melhorado ☐ 2-Piorando ☐ 3-Inalterado				
Assistência	34 Óbito ☐ 1-Sim ☐ 2-Não ☒ ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☒ Durante o transporte				
	35 Não Removido ☐				
Observações Interdisciplinar Pot motociclista pilotando sem usar o capacete sofreu colisão com cavalo apresentando ferimento na testa, excoriações no epauro e abdômen, MMII seguem consistentes, orientado, não há dor, não há acompanhamento.					
Responsável pela recepção					
Socorristas Médico Blume Jacinto Enfermeiro Lina					



Nueto OK.
Otopneide

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA		Prontuário: 145795	
Mãe: FRANCISCA ALVES PEREIRA	Pai: RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA		
End.Resid.: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 12/01/1991	Idade: 28a8m10d	Sexo: Masculino	Fone: 86-9 -
Responsável: FRANCISCA ALVES PEREIRA	CNS: 705005859542556		
Profissão: AUTONOMO	Documento: CPF: 049.719.253-50		
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Solteiro(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 742642	Entrada: 22/09/2019 01:16:18	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV: (Hora: :)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTOCICLETA X CAVALO. RELATO DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO LOCAL DO TRAUMA.
A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL. NEGA DOR CERVICAL À MOBILIZAÇÃO PASSIVA/ATIVA.
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RÔNCOS OU SIBILOS, PULSO:101.BPM, SAT 02:98%
C) ABDOME FLÁCIDO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTAVEL. PRESSAO:130/90MMHG
D) PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. GLASGOW 15
E) ESCORIAÇÃO EM COURO CABELUDO, LESAO CORTOCONTUSA EM FRONTE E MMII

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- (1316093) - T.C. DE CRANIO
- (1316094) - MAO DIREITA
- (1316095) - MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / HORA: :

Francisca Alves Pereira
Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 22/09/2019 01:21:23

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: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000057498-4

Nr. da Autenticação 03F5E50C7E253732



Para contato conosco, informe esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Fatura de Energia Elétrica - Série B-1
Registro Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	31/10/2019	394	411,88

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	21824	Atual:	24/10/2019
Anterior:	21430	Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/11/2019
Consumo Medido:	394	Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação:	24/10/2019
	FCAM		
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/19 368	CONSUMO 394 A R\$ 0,944936 = 372,30
AGO/19 285	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 30,03
JUL/19 222	MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00 0,57
JUN/19 205	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,13
MAI/19 204	MULTA POR ATRASO 09/19-00 7,18
ABR/19 178	JUROS POR ATRASO 09/19-00 1,67
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,70
FEV/19 297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12
JAN/19 365	
DEZ/18 57	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 - 0,555018

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Verá poder emitir parcelas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.848F.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30 271,78
Energia:	141,48	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	6,49%
			17,64

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DNC			ERC			CMSC	EDCB
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Cópiado: TERESINA-MACABEA Período de operação: 08/2019 R\$ 100,91

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ilson Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.719.253/50 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Ilson Alves de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.719.253/50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

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

Teresina, 20 de Dezembro de 2019
Local e Data

* Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Jeova Alves de Oliveira
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 145795

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".



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow	24 Sinais vitais	25 Local da lesão		
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sengramento	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	
	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	
Assistência	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinar			

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Blume Jacinto

Enfermeiro
Condutor

Lina



HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Ot 1820 Redenção Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Nota OK.
Otopneia

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 22/09/2019 01:21:24

(User: GILBERTO)

(Estação: CONSULTA03)

Nome:	JEOVA ALVES DE OLIVEIRA	Prontuário:	145795
Mãe:	FRANCISCA ALVES PEREIRA	Pai:	RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA
End.Resid.:	RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	12/01/1991	Idade:	28a8m10d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-9 -
Responsável:	FRANCISCA ALVES PEREIRA	CNS:	705005859542556
Profissão:	AUTONOMO	Documento:	CPF: 049.719.253-50
G. Instrução:	Fundamental Completo	E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	742642	Entrada:	22/09/2019 01:16:18	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTOCICLETA X CAVALO. RELATO DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO LOCAL DO TRAUMA.
A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL. NEGA DOR CERVICAL À MOBILIZAÇÃO PASSIVA/ATIVA.
B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RÔNCOS OU SIBILOS, PULSO:101.BPM, SAT O2:98%
C) ABDOME FLÁCIDO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTAVEL. PRESSAO:130/90MMHG
D) PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. GLASGOW 15
E) ESCORIAÇÃO EM COURO CABELUDO, LESAO CORTOCONTUSA EM FRONTE E MMII

Diagnóstico Inicial:	CTD:
?	

Exames Complementares:
(1316093) - T.C. DE CRANIO
(1316094) - MAO DIREITA
(1316095) - MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Prescrição Médica:

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

Francisca Alves Pereira
Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 22/09/2019 01:21:23

Ungea Guel

Paciente vítima de acidente de motocicleta, admissão, exposto em ar ambiente, abdome globoso, inchado à palpacao, sem visceromegalias.

Conduta: Alta da Ungea Guel.

Dr. Aurelio Nery
MEDICA
CRM-MG 7385

Neurocirurgia - 4 hs - 22.9.19.

Paciente acidentado de moto com lesão em região frontal. Ao exame: Glasgow 15, consciente, orientado, pupilas iso-cóti. Não há náuseas ou vômitos.

Tratamento: Sem afecções neurocirúrgicas.

Conduta: Alta da neurocirurgia / Avaliação ortopedica



Dr. Thiago C. Guimarães
NEUROCIRURGO
CRM-PI 43991/CRM-MA 85504



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	247971

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA	6 - Prontuário: 145795			
7-CNS: 705005859542556	8-Nascimento: 12/01/1991	9-Sexo: Masculino	CPF: 049.719.253-50	
10-Mãe: FRANCISCA ALVES PEREIRA	12-Fone: 86-9	14-Cor: Parda		
13-Resp: FRANCISCA ALVES PEREIRA	15-Ender: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA				

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
Paciente com relato de acidente motociclistico com trauma em mão direita e presença de escoriações, edema e limitação de movimento. Radiografia evidencia fratura da base de ossos do metacarpo

21 - Condições que justificam a internação:
Necessidade de cirurgia

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

23-Diagnóstico Inicial:
Fratura de outros ossos do metacarpo

24-CID Prim: **S623** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020210	27-Procedimento Solicitado: REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DOS METACARPÍANOS	Tempo SUS: 1
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: 00	Dr. André Luís S. Nogueira MÉDICO CRM-PI 2930
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS	34-Data Solicitação: 22/09/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Bo.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Francisca Alves Pereira</i>	Usuário: (CLAUDIO AURELIO) Consulta Local: 742642 Consulta SUS:
--	---

Fis N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/09/2019

NOME DO PACIENTE: Teoua Alves de Oliveira	PRONTUÁRIO N°: 145795
DIAGNÓSTICO: Fratura 3-4: MTCV	CIRURGIA: Autoclavagem
ANESTESIA: Dr. Patrício	N° DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Dr. Claudio	CPF N°
AUXILIAR:	CPF N°
ANESTESIA: bloqueio	CPF N°
INSTRUMENTADORA: Leandro	CPF N°

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 75	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N°	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 20	UNID.	01		cefom	Rec	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Inez			
PROLENO							

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
☐	Diálise / Hemodiálise	☐	Procedimento fora da faixa etária
☐	Albumina Humana 20%	☐	

HOSPITAL: HUT CNPJ: _____
 PACIENTE: João Alves de Oliveira Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Cláudio CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Fratura 4. x 5. MTC D. fr. fech.
 L 2FK 1,5--



Dr. Cláudio Nogueira
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 3321-EM-MA 9337
 SBOT 12681

DATA: 26/09/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

145795

Nome do Paciente *João Alencar de Oliveira*

Diagnóstico pré-operatório *Fraça 4. e 5. MTCO*

Operação - Tipo *Anterior*

Cirurgião *Dr. Cláudio Nogueira* 1º Assistente

2º Assistente *Dr. Cláudio Nogueira*

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *26/09/19* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Pêl - DDK sal anestesico
- 2) Anestesia + Antimigração + Campos Anteriores
- 3) Redução de fratura + fixação
- 4) Curativo + Tob

Dr. Cláudio Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 9337
SBOT 12681

Cláudio Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 9337
SBOT 12681

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>João Alves de Oliveira</u>				Nº DE REGISTRO		
DATA: <u>25/09/19</u>	P. ARTERIAL <u>120x78</u>	PULSO <u>81</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>Nega alergias</u>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>Sem alterações</u>				ASMA		
SISTEMA DIGESTIVO <u>jejum > 8h</u>				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <u>consciente / orientado</u>				CORTICOIDES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura em mão @</u>				FÍSICOS <u>ASA I</u>		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		
EFEITOS						
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO			TOTAL DE DOSES	
1		2			3	
AVP LÍQUIDOS		SO-UTO 500			① Clonazepam 2mg	
		SANGUE 300			② Midazolam 5mg	
		OUTROS 100			③ Fentanyl 50mcg	
					④ Dexmedetomidina 10mcg	
TEMPERATURA T		260			Sondometrona 4mcg	
P. ARTERIAL V O PULSO		240			SEQUÊNCIA	
		200			⑤ Dipirone 2g	
		180			3	
		160			4	
		140			5	
		120			6	
		100			7	
		80			8	
		60			9	
		40			10	
		20			11	
		10			12	
					13	
					14	
					15	
RESPIRAÇÃO O					DURAÇÃO	
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS <u>Bloqueio de plexo braquial axilar guiado por USG com A.</u>				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES <u>Tto cir. Fratura Mão @</u>						
CIRURGIÕES <u>Cláudio</u>						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES						
				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JEOVA ALVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 145795)
Endereço: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/01/1991 Idade: 28a8m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 742642
Requisição: 1003306 Solicitação: 22/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1316093 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 22/09/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- HIPODENSIDADES NA SUBSTÂNCIA BRANCA PROFUNDA PERIVENTRICULAR.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/09/2019

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JEVOA ALVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 145795)
Endereço: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/01/1991 Idade: 28a8m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 742642
Requisição: 1003307 Solicitação: 22/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1324129 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 22/09/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

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

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JEOVA ALVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 145795)
Endereço: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/01/1991 Idade: 28a8m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 742642
Requisição: 1003307 Solicitação: 22/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1316094 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/09/2019

MAO DIREITA

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

- Fraturas completas recentes na base do 3° e 4° metacarpos.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 27/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente: **JEOVA ALVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 145795)
Endereço: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/01/1991 Idade: 28a8m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247971
Requisição: 1003357 Solicitação: 22/09/2019 Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
Controle: 1316210 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 31

Cod. SIA: 0204040094

RELATÓRIO:

Data Exame: 22/09/2019

MAO DIREITA

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

- Fraturas completas recentes na base do 3° e 4° metacarpos.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 27/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

João Simão
Médico - R. 147487
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JEOVA ALVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 145795)
Endereço: RUA ALTO DO PIAUI, 6923 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/01/1991 Idade: 28a8m16d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247971
Requisição: 1004901 Solicitação: 25/09/2019 Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
Controle: 1319384 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 31

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 25/09/2019

MAO DIREITA

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

- Fraturas recentes alinhadas na base do 3° e 4° metacarpos fixadas com fios metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Este documento é cópia de
Módulo: 01467
SAFE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS



Jeová Alves de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.119 DE 29/05/83 - DECRETO Nº 89.250/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.222.015 DATA DE EMISSÃO 24/09/13

NOME JEÓVA ALVES DE OLIVEIRA

FLACÃO

FRANCISCA ALVES PEREIRA
RAIMUNDO NONATO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO
12/01/1991

DOC. DIGITAL
CER. NASC. 86572 L A94 F 047
EXP. TERESINA-PI 11/12/96

CPF
049.719.253-50

ASSINATURA DO DETENTOR DO C.R. Nº 11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

MOLEDAIR DIREITO

0476263

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4-119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE

NATURALIDADE ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE, DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 61/1 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/18

TERESINA-PI

840.173.173-91

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 69.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANES

DETRAN - PI 9020170690688 Nº 014208083154
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 DOO. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
272720240 2019

NOME
JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ 04971925350 PLACA NIS-3549

PLACA ANT / UF 9C2JCA110BR315352

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLO / NENHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN KS ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2011

CAP / POT / CL 002F / 124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1ª IPVA 2ª 3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) JOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURD PAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICÖES

TERESINA DATA 4/10/2019

ARAO MARTINS DO REGO LOBO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 014208083154 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 04971925350 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 4/10/2019
PLACA NIS-3549

RENAVAM 272720240 MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2010 DT. MRS. 09 Nº CHASSI 9C2JCA110BR315352

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

36,04 4,00 40,04

CUSTO DO BILHETE (R\$) JOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

4,15 0,32 84,58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 30/09/2019

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.240.408/0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717310 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 4º METACARPO DIREITO. P 13/14/15

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO K E ALTA MÉDICA.
P 2/3/7/8/9/10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

**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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466215/19

Vítima: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 049.719.253-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2019

Titular do CPF: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

JEOVA ALVES DE OLIVEIRA : 049.719.253-50

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: 23/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717310 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEOVA ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 4º METACARPO DIREITO. P 13/14/15

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO K E ALTA MÉDICA.
P 2/3/7/8/9/10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

**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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Jeova Alves de Oliveira		
RG: 3.622 015	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 24/09/13
CPF: 049.719.253-50	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Comerciante
ENDEREÇO: Rua Alto do Piauí		Nº: 6923
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: Gurupi	
CIDADE: Teresina	ESTADO: PI	CEP: 64.090-365 TELEFONE: 988902432

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES		
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSS/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	PROFISSÃO: RECUSO
ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO		Nº: 544
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: TERESINA	UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Jeova Alves de Oliveira

Data do acidente de trânsito: 22/09/2019

Cobertura da vítima: Invalida



LOCAL / DATA:

Teresina Piauí

Jeova Alves de Oliveira

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Cartório 8º Ofício de Notas de Teresina

ANILHAÇÃO ALENCAR DE SA E FREITAS SILVEIRA - TABELA INTERNA
CNPJ: 12.281.918/0001-81 - END: 1980
AVENIDA CARLOS NELLSON, 82 - JARDIM J. P. TERESINA - PI, CEP: 64000-235

CONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JEOVA ALVES DE OLIVEIRA NOS
DOCUMENTOS DE PROCURAÇÃO PARTICULAR EM TESTE
TERESINA, 22/11/2019, 12:59:35

ANILHAÇÃO 1517 - HCSZ. CONSULTE EM: www.todasnotas.com.br

NOTAS DE T

min. Bárbara Alencar e Freitas Silveira

Tabela

ANILHAÇÃO CAROLINE SILVEIRA MARQUES - ESCRIVENTE
RG: 3.965.71 - SSP/PI - 05/07/1985 - RG: 0.10.800.49.026.1038 - 08/04/88