

000000000000

000000000000

CNPJ 27.574.000/0001-06 - 12.895.55574

Rua Adolpho Koenig, 1033, Wences - CEP 34031-000, Teresina - PI

Telefone: 0000 225 2000 ou 019 / 3333 50124-2295

12045854-6

154007573

RAIMUNDA C DA SILVA
PROPRIETÁRIO: RAIMUNDA CAMPELO DA SILVA
CON DIRCEU ARCOVERDE
II, Q-323-C-001-ITARE-TERESINA-PI-CEP:64076720

010-00028-000920 010 810X091227

RESIDUAL	TRF	UDF	EXTRADO	RESIDUALS - CATEGORIAS / TITULAR
01/2018	111	21	11	1 Residencial - Normal
02/2018	111	21	11	
03/2018	111	21	11	
04/2018	111	21	11	
05/2018	111	21	11	

ANTERIOR 16/02/2018 1152
ATUAL 17/03/2018 1172

RESIDUAL	VALOR REFERENTE AGUA - 61,03	VALOR
RESIDUAL	VALOR REFERENTE AGUA - 61,03	61,03
RESIDUAL	RESID social - Normal	20,00
RESIDUAL	JURGS POR ATRASO	01/2018
RESIDUAL	MULTA POR ATRASO	02/2018
RESIDUAL		1,36

REGULARIDADES / ANORMALIDADES

ARQUIVOS ACUSACH: 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CGTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

Atencao: Se o cliente não pagar o valor devido, a responsabilidade pela manutenção dos serviços, conforme Lei Federal nº 11.448/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.927/93, Art. 5º, §5º, inciso II.

PARAMETROS	AVOSTRAS REALIZADAS	AVOSTRAS EM CONSERVACAO	AVOSTRAS EM DECOMPOSICAO	MEIA / MES	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3,923	2,934	2,93	1,12	0,30-5,00 mg/L
ODOR APARENTE	3,630	3,230	4,36	7,63	Inferior a 15,00
PH	3,614	3,051	5,62	2,88	Inferior a 5,00
TURBIDEZ					

PARAMETROS	AVOSTRAS REALIZADAS	AVOSTRAS EM CONSERVACAO	AVOSTRAS EM DECOMPOSICAO	MEIA / MES	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	5,74	5,74	0	ABSENTES	ABSENTES
ESPOCISTAS COLI				ABSENTES	ABSENTES

DATA DA EMISSAO: 17/03/2018 HORA DA EMISSAO: 08:15

SABEMI SEGURADORA S/A
20 MAR 2018
RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Aldo Bezerra Gomes

RG nº 3321938, data de expedição 10/12/08, Órgão SSP/PI

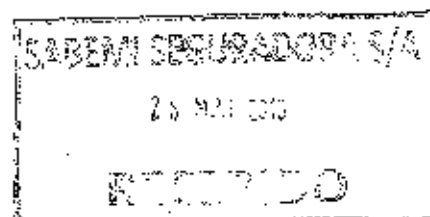
CPF nº 590.079.663-93, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Avadna 323 casa os itanane</u>
Número	<u>C-05</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Pinheirinho Ancoverda 33</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64078420</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 99423-3434 / 3303-5885 / 99503-0030</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina de Abril 2008

Assinatura do Declarante: Aldo Bezerra Gomes



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

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/DOCORIGINALASPX?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 nº9.513/98.

Pelo exposto, eu Cíntia Maria Ferreira de Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 027473103 / 62 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Aldo Bezerra Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 550079663 / 93 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Aldo Bezerra Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 550079663 / 93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

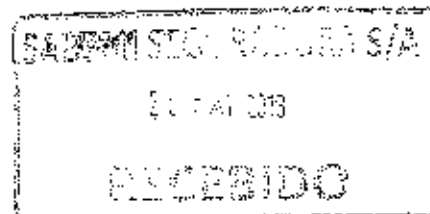
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. da 339 casa 55 Dineu Ancoventes</u>		Número <u>33</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Dineu Ancoventes</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64078466</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 99423-3434</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 3303-5885</u>

Teresina de abril de 2018
Local e Data

Cíntia Maria Ferreira de Sousa
Assinatura do Declarante





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

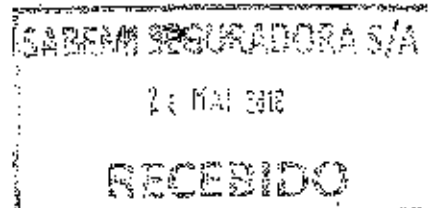
3/4

NOME DO PACIENTE:

M^{te} Begenna Gomes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

471562



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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

SUS SUS

Imp: 23/03/2018 09:49:23

Nome: ESTIVELAND

Endereço: RESERVAÇÃO

BOLETIM DE ENTRADA - EE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALDO BEZERRA GOMES		Prontuário: 471562	
Mãe: MARIA JOSE GOMES	Pai: JOSE BEZERRA GOMES		
End. Resid.: QUADRA 323 CASA C1 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64060-010			
Mascimento: 16/04/1974	Idade: 43a:11m:9d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99504-0652
Responsável: REGILDA CANELO	CNS:		
Profissão: AS PORTARIA	CPF: 590.079.663-91 * R5: -		
E. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Casado(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 656635	Data: 23/03/2018 09:46:44	Condução: AMBULÂNCIA DO SEMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S O S
Acid. Trab.: Sim	Trajetória: Sim	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Repre acidente de trânsito com trauma

SABEMI SEGURADORA S/A

23/03/2018

RECEBIDO

COPIA DA ATENÇÃO
MOTOCICLISTA
HUT
COMPROVANTE ORIGINAL

PA ☒ X mmHg Pulso: FC: bpm Temp.: ☒ S 52.6

Diagnóstico Inicial:

Fratura Torção E + radiao distal D

CONDUZA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RX Torção E

RX antebraço D

Interna para tratamento cirúrgico

RAIO-X REALIZADO

DATA 23/03/2018

Técnico: [assinatura]

S 52.5

ALTA: ☐ Melhorado ☐ Administrativa
☐ Curado ☐ Por Indisciplina
☐ Inalterado ☐ Por Evasão
☐ A Pedido

☐ Retornar à Unid. Origem:
☐ Transferência:

DATA SAÍDA: / / HORA: : -

☐ Internação na Unidade
Proced. Solicitado: 04/50/0012

DESTINO:
☐ Até 24 Hs ☐ Família
☐ De 24 a 48 Hs ☐ IML
☐ Após 48 Hs ☐ Anat. Patol.

CID Compatível: Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Ferdinando Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão e Cotovelo
CRM-PI 3096 - TERESINA-PI

Profissional - EE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

Pag: 23/03/2018 09:49:23

(REGISTRO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ALDO BEZERRA GOMES		Prontuário: 471562	
Mãe: MARIA JOSE GOMES		Pai: JOSE BEZERRA GOMES	
End. Resid.: QUADRA 323 CASA 01 - DISTRITO ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 14/04/1974	Idade: 43a:11m:9d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99504-0662
Responsável: REGILDA CAMPELO		CNS:	
Profissão: AG PORTARIA		Documento: CPF: 590.079.663-91	
G. Instrução: Médio Completo		E. Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 656635	Data: 23/03/2018 09:46:44	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S O S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

Atestado emitido em 23/03/2018
Márcia Regina de Sousa
SABES-PI
CONFERE COM ORIGINAL



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRD (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			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo		16 Idade	
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Sexo		19 Idade	
Tipo de Ocorrência	20 Tipo da ocorrência				
	21 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				
Acidente de Transporte	22 Vítima		23 Meio de locomoção		24 Outra parte envolvida
	25 Equipamentos de segurança		26 Local da lesão		
Exame Físico	27 Glasgow =		28 Resposta verbal		29 Resposta motora
	30 Sinais vitais		31 Local da lesão		
Assistência	32 Procedimentos realizados		33 Glicemia		34 Acesso venoso
	35 Medicamentos a)		36 Medicamentos b)		
Hospital de Destino	37 Hospital de destino		38 Condições de entrada		39 Obito
	40 Condições de entrada		41 Obito		
Chequeamos interdisciplinar	42 Motociclista		43 Condições de entrada		44 Obito
	45 Condições de entrada		46 Obito		

20403

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	INT. ou APE.	LEITO
Adela Bezerra Gomes			Portador inf.		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
fx. Torçopla E + Ruptura distal					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 23/03/18 HORA: 1					
OBSERVAÇÕES					
41:20 Puncionado AVP em MSE					
utilizado Jelco 18 - Alentejano Lima					
1 - Dieta geral					
2 - SE 0,9% 500ml EV de 12/12h					
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 5/5h					
4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h					
5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h					
6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h					
7 - CCGG + SSVV					
8. Metformina 750 VO 2x/die					
9. Insulina NPH 40 U 2x/die					
Dr. Ferdinand Freitas					
Ortopedia e Traumatologia					
Clínica de Ortopedia e Coluna					
CRM-PI 3099 - TEOT-11020					
10. Tramadol 100mg EV 8/8h					
11. Tramadol 100mg EV 8/8h					
12. Tramadol 100mg EV 8/8h					
13. Tramadol 100mg EV 8/8h					
14. Tramadol 100mg EV 8/8h					
15. Tramadol 100mg EV 8/8h					
16. Tramadol 100mg EV 8/8h					
17. Tramadol 100mg EV 8/8h					
18. Tramadol 100mg EV 8/8h					
19. Tramadol 100mg EV 8/8h					
20. Tramadol 100mg EV 8/8h					
21. Tramadol 100mg EV 8/8h					
22. Tramadol 100mg EV 8/8h					
23. Tramadol 100mg EV 8/8h					
24. Tramadol 100mg EV 8/8h					
25. Tramadol 100mg EV 8/8h					
26. Tramadol 100mg EV 8/8h					
27. Tramadol 100mg EV 8/8h					
28. Tramadol 100mg EV 8/8h					
29. Tramadol 100mg EV 8/8h					
30. Tramadol 100mg EV 8/8h					
31. Tramadol 100mg EV 8/8h					
32. Tramadol 100mg EV 8/8h					
33. Tramadol 100mg EV 8/8h					
34. Tramadol 100mg EV 8/8h					
35. Tramadol 100mg EV 8/8h					
36. Tramadol 100mg EV 8/8h					
37. Tramadol 100mg EV 8/8h					
38. Tramadol 100mg EV 8/8h					
39. Tramadol 100mg EV 8/8h					
40. Tramadol 100mg EV 8/8h					
41. Tramadol 100mg EV 8/8h					
42. Tramadol 100mg EV 8/8h					
43. Tramadol 100mg EV 8/8h					
44. Tramadol 100mg EV 8/8h					
45. Tramadol 100mg EV 8/8h					
46. Tramadol 100mg EV 8/8h					
47. Tramadol 100mg EV 8/8h					
48. Tramadol 100mg EV 8/8h					
49. Tramadol 100mg EV 8/8h					
50. Tramadol 100mg EV 8/8h					
51. Tramadol 100mg EV 8/8h					
52. Tramadol 100mg EV 8/8h					
53. Tramadol 100mg EV 8/8h					
54. Tramadol 100mg EV 8/8h					
55. Tramadol 100mg EV 8/8h					
56. Tramadol 100mg EV 8/8h					
57. Tramadol 100mg EV 8/8h					
58. Tramadol 100mg EV 8/8h					
59. Tramadol 100mg EV 8/8h					
60. Tramadol 100mg EV 8/8h					
61. Tramadol 100mg EV 8/8h					
62. Tramadol 100mg EV 8/8h					
63. Tramadol 100mg EV 8/8h					
64. Tramadol 100mg EV 8/8h					
65. Tramadol 100mg EV 8/8h					
66. Tramadol 100mg EV 8/8h					
67. Tramadol 100mg EV 8/8h					
68. Tramadol 100mg EV 8/8h					
69. Tramadol 100mg EV 8/8h					
70. Tramadol 100mg EV 8/8h					
71. Tramadol 100mg EV 8/8h					
72. Tramadol 100mg EV 8/8h					
73. Tramadol 100mg EV 8/8h					
74. Tramadol 100mg EV 8/8h					
75. Tramadol 100mg EV 8/8h					
76. Tramadol 100mg EV 8/8h					
77. Tramadol 100mg EV 8/8h					
78. Tramadol 100mg EV 8/8h					
79. Tramadol 100mg EV 8/8h					
80. Tramadol 100mg EV 8/8h					
81. Tramadol 100mg EV 8/8h					
82. Tramadol 100mg EV 8/8h					
83. Tramadol 100mg EV 8/8h					
84. Tramadol 100mg EV 8/8h					
85. Tramadol 100mg EV 8/8h					
86. Tramadol 100mg EV 8/8h					
87. Tramadol 100mg EV 8/8h					
88. Tramadol 100mg EV 8/8h					
89. Tramadol 100mg EV 8/8h					
90. Tramadol 100mg EV 8/8h					
91. Tramadol 100mg EV 8/8h					
92. Tramadol 100mg EV 8/8h					
93. Tramadol 100mg EV 8/8h					
94. Tramadol 100mg EV 8/8h					
95. Tramadol 100mg EV 8/8h					
96. Tramadol 100mg EV 8/8h					
97. Tramadol 100mg EV 8/8h					
98. Tramadol 100mg EV 8/8h					
99. Tramadol 100mg EV 8/8h					
100. Tramadol 100mg EV 8/8h					

FMS

SUS



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIA)

270746
61712

DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Nome do estabelecimento credenciado:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

4-CNES

5828856

210746

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3-Nome: ALDO REZERRA GOMES

6 - Prontuário: 471562

7-CNS:

8-Nascimento: 14/04/1974

9-Sexo: Masculino

CPF: 590.079.663-91

11-Mãe: MARIA JOSE GOMES

12-Fone: 86-99504-0662

13-Resp: REGILDA CAMPELO

14-Cor: Parda

15-Endere: QUADRA 323 CASA 01 - DIRCEU ARCOVERDE - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:

Reque quade de urto com trauma no pulso direito e tornozelo Esquerdo

21 - Condições que justificam a internação:

Tratamento cirurgico.

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

Rx + exame físico

23-Diagnóstico Inicial:
(Informação Posterior)

24-CID 10:

25-UTI 10:

26-CID 10:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod. Proced.:
0415010012

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS

29-Clinica:

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

02

01

CPF

716.039.213-20

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FERDINAND CARVALHO DE ALMEIDA FREITAS NETO.

23/03/2018

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 3096 - TEOT-11020

Xis-254, Cachoeira, Maranhão, 2018.

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Físico

38- () Acidente Trabalho Trajetos

39 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Regilda Campelo da Silva

Procedimento: MARIA SILVA
Consultas Iniciais: 01/03/18
Consultas SUS:
Imprimido: 23/03/2018 10:58:28



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ALDO BEZERRA GOMES		470973	73	ORTOPEDIA	CORREDOR 1		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						OBSERVAÇÕES
DI: 16/03/2018	FRAT. DA EXT. DISTAL DA TIBIA						
25/03/18	Pct com melhora clínica. So bom aspecto. Após hospitalar						03:00 Pct realceu a tibia a critério médico
1	Dieta oral livre						Satisfatório
2	Jeito salinizado						
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN						
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
8	Glicemia capilar de 6/6h						
9	Insulina regular conforme esquema:						
10	150-200 2UI SC; 201-250 4UI SC; 251-300 6UI SC						
11	301-350 8UI SC; 351-400 10UI SC >400 12UI SC						
12	glicose 50% 4amp EV se glicemia <= 80mg/dl						
13	Cuidados gerais e sinais vitais						
Dr. Eduardo Caramelha / 25 de março de 2018 Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia Dr. Yuri Jivago Fede Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM-15-TEST10029 / CRM-2508 / CRM-3567 / CRM-3567							



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

2074



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENK ou APX	LEITO
André Pereira Souza	4715 B2		Oftalmologia	Ortopedia	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE		
Tratamento Prescrito (1) e (2) no ponto (1) - P.O. i					
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 24/03/99 HORA: 12:00					
1) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	21:40 - Oculmétrico em P.O. de			
2) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	intermitente. Ide. punção D +			
3) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	intermitente de 12h em 12h			
4) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	última de acidente. Início c/ick -			
5) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	foco, com início, ou intermitente.			
6) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	Pupilo, moderadamente dilata-			
7) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	foco. Início hipertensão, repou-			
8) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	suspensão. Medicação em 12h			
9) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	Tensão 120/80 - 120/80 - 120/80			
10) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	40 U5 e 40 U5 - 40 U5 + 120/80 -			
11) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	na 850 mg N. 120/80 - 120/80			
12) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	Siga 120/80			
13) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	Cefazolin 500mg IV			
14) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	24:00 - Glucosio 33.8 mg 12h			
15) DROGA: 500mg EV 12h	12:00	06:00 - Glucosio 31.8 mg 12h			
16) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
17) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
18) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
19) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
20) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
21) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
22) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
23) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
24) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
25) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
26) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
27) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
28) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
29) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
30) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
31) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
32) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
33) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
34) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
35) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
36) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
37) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
38) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
39) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
40) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
41) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
42) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
43) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
44) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
45) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
46) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
47) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
48) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
49) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
50) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
51) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
52) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
53) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
54) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
55) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
56) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
57) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
58) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
59) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
60) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
61) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
62) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
63) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
64) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
65) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
66) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
67) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
68) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
69) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
70) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
71) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
72) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
73) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
74) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
75) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
76) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
77) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
78) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
79) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
80) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
81) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
82) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
83) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
84) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
85) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
86) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
87) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
88) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
89) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
90) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
91) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
92) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
93) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
94) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
95) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
96) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
97) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
98) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
99) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				
100) DROGA: 500mg EV 12h	12:00				

Twining Ribbon London Bluebird

0-100-0, 101-100-2011;

1001-1000 1001-1000 1001-1000

Содержание

23-10-1946

1. **Chlorophyll**
 2. **Chloroplast**
 3. **Chlorophyll**
 4. **Chloroplast**
 5. **Chlorophyll**
 6. **Chloroplast**
 7. **Chlorophyll**
 8. **Chloroplast**
 9. **Chlorophyll**
 10. **Chloroplast**
 11. **Chlorophyll**
 12. **Chloroplast**
 13. **Chlorophyll**
 14. **Chloroplast**
 15. **Chlorophyll**
 16. **Chloroplast**
 17. **Chlorophyll**
 18. **Chloroplast**
 19. **Chlorophyll**
 20. **Chloroplast**
 21. **Chlorophyll**
 22. **Chloroplast**
 23. **Chlorophyll**
 24. **Chloroplast**
 25. **Chlorophyll**
 26. **Chloroplast**
 27. **Chlorophyll**
 28. **Chloroplast**
 29. **Chlorophyll**
 30. **Chloroplast**
 31. **Chlorophyll**
 32. **Chloroplast**
 33. **Chlorophyll**
 34. **Chloroplast**
 35. **Chlorophyll**
 36. **Chloroplast**
 37. **Chlorophyll**
 38. **Chloroplast**
 39. **Chlorophyll**
 40. **Chloroplast**
 41. **Chlorophyll**
 42. **Chloroplast**
 43. **Chlorophyll**
 44. **Chloroplast**
 45. **Chlorophyll**
 46. **Chloroplast**
 47. **Chlorophyll**
 48. **Chloroplast**
 49. **Chlorophyll**
 50. **Chloroplast**
 51. **Chlorophyll**
 52. **Chloroplast**
 53. **Chlorophyll**
 54. **Chloroplast**
 55. **Chlorophyll**
 56. **Chloroplast**
 57. **Chlorophyll**
 58. **Chloroplast**
 59. **Chlorophyll**
 60. **Chloroplast**
 61. **Chlorophyll**
 62. **Chloroplast**
 63. **Chlorophyll**
 64. **Chloroplast**
 65. **Chlorophyll**
 66. **Chloroplast**
 67. **Chlorophyll**
 68. **Chloroplast**
 69. **Chlorophyll**
 70. **Chloroplast**
 71. **Chlorophyll**
 72. **Chloroplast**
 73. **Chlorophyll**
 74. **Chloroplast**
 75. **Chlorophyll**
 76. **Chloroplast**
 77. **Chlorophyll**
 78. **Chloroplast**
 79. **Chlorophyll**
 80. **Chloroplast**
 81. **Chlorophyll**
 82. **Chloroplast**
 83. **Chlorophyll**
 84. **Chloroplast**
 85. **Chlorophyll**
 86. **Chloroplast**
 87. **Chlorophyll**
 88. **Chloroplast**
 89. **Chlorophyll**
 90. **Chloroplast**
 91. **Chlorophyll**
 92. **Chloroplast**
 93. **Chlorophyll**
 94. **Chloroplast**
 95. **Chlorophyll**
 96. **Chloroplast**
 97. **Chlorophyll**
 98. **Chloroplast**
 99. **Chlorophyll**
 100. **Chloroplast**

சென்னை

NOME	Aldo Bezerra Gomes		IDADE	anos	DATA	/2018
HORÁRIO DE ADMISSÃO	19 hs 00 min	TIPO DE ANESTESIA:	() GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO			
CIRURGIA REALIZADA	Red. de Tórax + Punho		CIRURGIÃO			
SINAIS VITAIS	HORÁRIO					
	ADMISSÃO	SAÍDA				
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	141 X 72	184 X 125 mmHg				
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	68	73				
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	98%	100%				
TEMPERATURA AXILAR (°C)	-					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	-					
NOME/MATRÍCULA	Anumicaia					

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	☒	2	☐
	Movimenta dois membros	1	1	☐	1	☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☐	0	☒
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☐
	Apresenta dispnéia ou limitação de respiração	1	1	☐	1	☐
	Tem apnéia	0	0	☐	0	☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☐	2	☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☐	1	☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☐	0	☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☒	2	☐
	Desperta, se solicitado	1	1	☐	1	☐
	Não responde	0	0	☐	0	☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☒	2	☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☐	1	☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☐	0	☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL			
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.			

R () Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda: () Nasoe () Nasoe
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 19:00 Admitido no POS de osteossintese de tórax e de punho. Consciente, orientado, eufórico, suprimido com hipertensão sistólica, com urina limpa, em hidratação parenteral. M. Colby

RAIO-X REALIZADO

DATA 24/03/2018

Técnico:

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO (X) IMAGENS E GRÁFICOS ()	
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR ()	



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente <u>Aldo Bezerra Gomes</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura de fêmur (D) + Fratura do quadril (E)</u>		
Operação - Tipo <u>DFI de fêmur (D) + DFI do quadril (E)</u>		
Cirurgião <u>Dr. Eduardo Sousa</u>		1º Assistente <u>Dr. Adriano</u>
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador <u>Leopoldo</u>	Anestesiologista <u>Dr. Marcos</u>	Anestesia <u>Raque + Bloqueio</u>
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>2</u>	Início	Fim
Diagnóstico pré-operatório		
<u>O não</u>		

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DFI do fêmur

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em ADH sob plano de fêmur (D) + fêmur do quadril (E)
- 2) DFI de fêmur + DFI do quadril + bloqueio de vasos cirúrgicos (D)
- 3) via de acesso para visualização fêmur com 1/3 fêmur no fêmur.

- 4) Realizada a 1ª fixação de Kirschner e bloqueio para fêmur 3,5 cm com 2 parafusos na região e 2 parafusos na região.

- 5) Enxerto (D). Fechamento por placa de bloqueio fêmur.

- 6) DFI de fêmur + DFI do quadril + bloqueio de vasos cirúrgicos (E)

- 7) via de acesso para visualização fêmur com 1/3 fêmur no fêmur.

- 8) O fêmur em placa de bloqueio de fêmur com 2 parafusos na região e 3 parafusos na região do fêmur. 1/3 parafusos (D) (fêmur bloqueio).

- 9) Fechamento por placa, bloqueio

Dr. Eduardo P. de Sousa
CRM: 17.123
Ortopedia e Traumatologia



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24.03.18

NOME DO PACIENTE: <u>Aldo Bezerra Gomes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>471562</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Hto com cirurgias múltiplas</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Ditilidina</u>	Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Eduardo Bona</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Dr. 120900</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Raque + Bloqueio</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Lequana</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>nº 24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	02 + 04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	04 + 04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10 + 40	
ALCOOL 70%	ML	200		Clonit PAPA DE GERMANTE	ML	350 + 250	
ALGODÃO	BOLA	—		PARATÓPICO <u>Clonit - Algodão</u>	ML	250 + 250	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		FVET TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	500		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		<u>eletrodos</u>	und	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	und	06	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>crepom</u>	und	60	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<u>faixa de smach</u>	cm	60	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3-0	und						
FITTA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2-0	und			CIRCULANTE: <u>Guarulesa</u>			
PROLENE							

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
MATERIAL DE CONSUMO
CONFIRMAÇÃO COM ORIGINAL

PACIENTE: ALDO BEZERRA GOMES
MÉDICO RADIOLOGISTA: 2854 CRM-PI
DATA: 10/04/2018

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

Análise:

Controle de fratura na fíbula distal, fixada por placa e parafusos metálicos.
Demais estruturas ósseas íntegras.
Espaços articulares preservados.
Partes moles com transparência normal.

Conclusão:

Controle de fratura na fíbula distal, fixada por placa e parafusos metálicos.



Dr. Pedro Augusto Pedreira Martins Junior
CRM 2854-PI

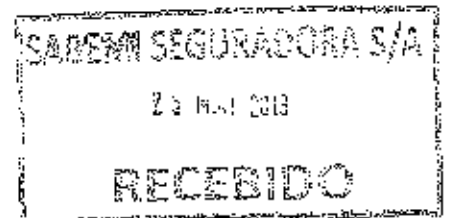
PACIENTE: ALDO BEZERRA GOMES
MÉDICO RADIOLOGISTA: 2854 CRM-PI
DATA: 10/04/2018

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

Análise:

Controle de fratura no rádio distal, fixada por placa, parafusos e fio metálicos.
Descontinuidade do processo estilóide da ulna.
Demais estruturas ósseas íntegras.
Redução do espaço articular radiocárpico, com esclerose do rádio distal.
Demais espaços articulares preservados.
Partes moles com transparência normal.

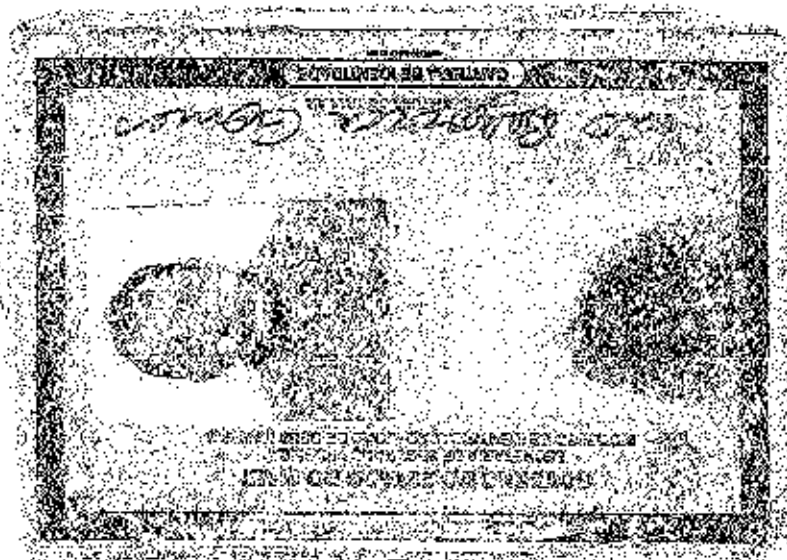
Conclusão:



Controle de fratura no rádio distal, fixada por placa, parafusos e fio metálicos.
Descontinuidade do processo estilóide da ulna.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Pedro".

Dr. Pedro Augusto Pedreira Martins Junior
CRM 2854-PI



VALIDAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO	
REGISTRO SERIAL	1.321.938
DATA DE EMISSÃO	10/12/08
NOME	
ALDO BEZERRA GOMES	
FILIAÇÃO	
MARIA JOSE GOMES	
JOSE BEZERRA GOMES	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
TERESINA-PI	14/04/1974
DOC. ORDEM	
CERT. CASAM. 32992 L 838 F 208	
EXP. TERESINA-PI 18/08/06	
TERESINA-PI	
590.079.663-91	
LEI Nº 7.110 DE 25/08/02 - DECRETO Nº 58.250/03	

SABEMI SEGUROADORA S/A

20 MAI 2013

RECEBIDO

2.635.599 - 04.11.2003
CINTIA MARIA FERREIRA DE SOUSA
Valdecir Nonato da Sousa
Maria Adalgisa Ferreira de Sousa
Teresina-Piaui
12.Abr.1988
Nascido 207.892 Liv. A 248 Fls. 731 exp. em
Teresina-Pi. 13. Jan. 1993



SABERTE SEGURODORA S/A
22 MAR 2016
RECEBIDO

~~XXXXXXXXXX~~



**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 027.471.103-62

Nome: CINTIA MARIA FERREIRA DE SOUSA

Data Nascimento: 12/04/1988

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição no CPF: 03/05/2005

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 18:35:09 do dia 28/06/2017 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: F2A0.BD51.EBD1.FFF4

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ALDO BEZERRA GOMES**

Nº Sinistro: **3180244928**

Vitima: **ALDO BEZERRA GOMES**

Data do Acidente: **23/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180244928**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12881563



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

590079663-93

Nome completo da vítima

Aldo Bezerra Gomes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Aldo Bezerra Gomes		CPF titular da conta 590079663-93		Profissão Prestante
Endereço Quadr 323 e 003 Dique Ancoevende II		Número 003	Complemento Casa	
Bairro Dique Ancoevende II	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64078420	
Email			Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

3389

005

024906-

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SEGURADORA S/

25 MAI 2012

Teresina 25 de Maio de 2012

Local e Data

RECEBIDO

Aldo Bezerra Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU
DATA: 04/04/2018 HORA: 15:46:35
TERMINAL: 20041026 CONTROLE: 200410260611

=====

AGÊNCIA: 3389 - DIRCEU ARCOVERDE
CONTA : 001.00024965-0
CLIENTE: ALDO BEZERRA GOMES

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

RESUMO

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <u>Aldo Bezerra Gomes</u>	CPF da Vítima <u>550079663-91</u>	Data do Acidente <u>23/03/2018</u>
--	--------------------------------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
E-mail	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Teresina 25 de Maio de 2018
Local e Data

Aldo Bezerra Gomes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Sato 1320 Redenção - Fone: 36 3229 4872

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

SAS SAS**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 23/03/2018 09:46:03

Módulo: RESGATE

Atividade: ADM/ADM

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALDO BEZERRA GOMES		Prontuário: 471562	
Mãe: MARIA JOSE GOMES		Pai: JOSE BEZERRA GOMES	
End.Resid.: QUADRA 323 CASA 01 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 14/04/1974	Idade: 43a:11m:9d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99504-0662
Responsável: REGILDA CAMPELO		CNS:	
Profissão: AG PORTARIA		CPF: 390.079.663-91 * RG: -	
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 656635	Data: 23/03/2018 09:46:44	Condição: AMPLAÇÃO DO SINA	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Sim	Trajetória: Sim	Típico: Não	CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Repre acidente de trânsito com trauma

SADENA SEGURADORA S/A

13 MAR 2018

RECEBIDO

Recebido em 23/03/2018
15:07:53
SAS-HUT
COMPRE COM ORIGINAL

PA ☒ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
---	--------------	---------------	--------------

Diagnóstico Inicial:

Fratura Torçãõ E + radío distal D

S 525

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

IX Torçãõ E

Re autêntica D

Intima para tratamento cirúrgico

RAIO-X REALIZADO

DATA 23/03/2018

Técnico: _____

S 525

☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Unid. Origem:
☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
☐ Inalterado	☐ Por Evasão	
☐ Alta Pedido		

DATA SAÍDA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

DESTINO:		☐ Internação na Unidade
☐ Até 24 Hs	☐ Família	Proced. Solicitado: 04/50/0012
☐ De 24 a 48 Hs	☐ IML	CID Compatível: _____
☐ Após 48 Hs	☐ Anat. Patol.	Prof. Solicitante
		Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Fernando Freitas
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião Especialista e Colunel
CRM-PI 3096 - 15/04/2020

- Profissional - BE