

AGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.887.574/0001-04 - IE 155945273
Av. Prof. Carlos Filipe, 1360 - São José do Bonito - CEP 64090-000 - PI
Telefone: 0600 723 2000 ou 125 / (66) 98124-3199

TC 1.02
2019052811364

13370928-9

151656829
5/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARIA DAS NEVES ALVES DE OLIVEIRA
RUA FRANCISCO MAGNOLIA, 2155 - STA MARIA DA
CODIPI - TERESINA - PI - cep: 64012470

LOCALIZAÇÃO
018-00042-001040
GRUPO
018
NÚMERO DO HIDRÔMETRO
A98C019413

HISTÓRICO DE CONSUMO	DATA	TIPO	LDO	FEITURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TPO TARI
04/2019	Medida	08	12		1 Residencial - Normal
03/2019	Medida	08	12		
02/2019	Medida	08	12		
01/2019	Medida	08	12		
12/2018	Medida	08	12		
11/2018	Medida	08	12		

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS (M)	VALOR
26/04/2019	599	10	28,45
28/05/2019	599		

TABUA DE TARI	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL TARIFA DE CONSUMO R\$/M3 E M3 0 16 2,8450 55 10 28 5,1645 165 25 59999 9,1500 26	OPÇÃO VALOR REFERENTE AGUA - 28,45 > Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

VALOR RESIDENCIAL TARIFA DE CONSUMO R\$/M3 E M3 (R)	VALOR
28,45	28,45

REGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO
Nossos Arquivos acusam 1 Débito(s). Atenção - Sujeito a Corte.
Procure a Loja de Atendimento.

NOTIFICAÇÃO
Tudo bem, não há nenhuma pendência de pagamento. A água é fornecida normalmente. Não há necessidade de pagamento de taxa de instalação de novo serviço.
Atenciosamente, a Agência de Água e Saneamento de Teresina.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍBRE	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
PH	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50
TURBIDEZ	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5
DOLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESQUECIMENTOS	660	656	4	Ausência	Ausente
	660	660	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 28/05/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:38

J CORRETORES
DE SEGUROS

05 AÇO 2019

DPVAT

TC 1.02 2019052811364

AGUAS DE
TERESINA

compulsoria
CREDITA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64040-740 - Fone: (86) 3241-1000
Fax: (86) 3241-1001 - E-mail: cepisa@cepisa.com.br
Site: www.cepisa.com.br
Registre-se: Cof. de Matrícula no Estado de PI nº 00177/2015

Para contato
ligue o número

SEU CÓDIGO

1722284-7

Nº da Nota Fiscal

023995327

A Tarifa Social de Energia Básica - TSEB foi criada
pelo Lei nº 19.486 de 26 de maio de 2012.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	12-07-2019	30	20,14

ANTÔNIO FLOREANO DE SOUSA
R. TRANVAVIUM FEITOSA QD C2 CASA 23 PARQUE BRASIL
CNPJ: 0003477912300

CPF: 0003477912300 - INSC. EST. 0003477912300 - INSC. MUN. 0003477912300

Atual:	0	Anterior:	06/07/2019
Próxima:	0	Próxima Leitura:	12-06-2019
Opção de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	05-08-2019
Consumo Média:	0	Unidade:	04-07-2019
Consumo Média:	30	Apresentação:	06-07-2019
Forma de Pagamento:	FCAM	Diário de Consumo:	24
Forma de Pagamento:	Código de Insc. Atividade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Unidade	País	Código PIS	Média 12 meses
RID/IDENCIAL	MONO	1761030807		1.1.1.1	0
CONSUMO 30 A R\$ 0,671578 = 20,14					
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,00					
JUL/19	0				
MAI/19	0				
ABR/19	0				
MAI/19	0				
FIV/19	0				
JUN/19	0				
DIJ/18	0				
MAI/18	0				
OUT/18	0				
SET/18	0				
TAXA DE SERVIÇO: 0,00					
TAXA DE TRANSMISSÃO: 0,00					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

FATURADO PELO NINHO C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art. 87), SUJEITO
A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art. 171) - RES 414/10 ANEEL
LIMITE 0800 1005 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 04-07-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

9A09.8121.43F1.5205.968B.1B4C.047C.6BDC
CONTA DE CREDITO - R\$

Contribuição	5,44	Base de Cálculo	20,14
Imposto	10,49	Alíquota ICMS	
Descontos	1,77	Valor de ICMS	
Descontos	0,86	Valor do IPI	1,40%
Tributos	1,58	Valor do CORFIS	6,48%
			0,28
			1,30

INDICADORES DE CONTINUIDADE

IND	DEC	FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SET
0,05	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,03			
0,00			0,00			0,00			

**CORRETORA
DE SEGUROS**

05 AGO 2019

BRASIL

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCDORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 Nº 99.613/98.

Pelo exposto, eu Antonio Fernando da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 347-229-123/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALTON ALVES DA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 040-626-623-96

do sinistro de DPVAT cobertura Invalida-2 da Vítima ALTON ALVES DA OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 040-626-623-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Tranvânia Feitosa 212 casa</u>	Número:	<u>23</u>	Complemento:	<u>casca</u>
Bairro:	<u>Angeli Brasil</u>	Cidade:	<u>Tenésima</u>	Estado:	<u>P.</u>
E-mail:				CEP:	<u>64012-095</u>
				Tel.(DDD):	<u>85.99498.2980</u>

Local e Data: Tenésima 01-08-2019

Antonio Fernando da Silva
Assinatura do Declarante

CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou, entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Erlane Oliveira Pinto

RG nº 2.779.862, data de expedição 15/08/13

Órgão SSP. PI, portador do CPF nº 040.844.533.58

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Paul D'ARCO AD-5.2 Bairro Parque Brasília, nº 10

complemento LOJA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

AILTON ALVES DA OLIVEIRA, cujo o condutor era

AILTON ALVES DA OLIVEIRA

Veículo: MOTO Modelo: Honda / POP. 110I Ano: 2017

Placa: PER. 9473 Chassi: 9C2JB0100H2251745

Data do Acidente: 15/05/2019

Local e Data: 17/06/2019

J CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

Maria Erlane Oliveira Pinto

Assinatura do Declarante

DPVAT

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório
TERESINA
Sampaio
Rua Liberdade, 1221 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (98) 2221-0100 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
Titular: Antônio Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA ERLANE OLIVEIRA PINTO, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, Teresina-PI, 17/06/2019. Selo: AAD21809-XLC7
www.tjpi.jus.br/portalejtra

KATIA GARDERIA DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Rm01:3.85 TJ:0.77 FMDP/PI:0.10 Selo:0.26 Total:4.98 - 09:58
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Garderia da Silva Santos
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELCO
DIGITAL



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

NOME DO PACIENTE:

Milton Alves de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

217128

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".



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 620481986	Nº REGULAÇÃO: 73816	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE:	AILTON ALVES DE OLIVEIRA	NASCIMENTO: 11/03/1989

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ACIDENTE DE MOTO APRESENTA FRATURA, LUXAÇÃO E EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM PODODACTILOS DIREITOS ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OUTRO ARTELHO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 87bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 14rpm

GLICEMIA: 140mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DICLOFENACO

DATA: 15/05/2019 06:37:11

Dr. Wainer Lopes de M. S. Faria
Médico

CRM-PI 3244

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

CORRETORA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

Handwritten signature and stamp

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.911/0022-02

Otopneumia

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

Imp: 15/05/2019 09:13:44

(Usuário: ANTONINO NETO)

(Estação: CONSULTAS)

Nome: AILTON ALVES DE OLIVEIRA	Prontuário: 217128
Mãe: MARIA DAS NEVES ALVES DE OLIVEIRA	Pai: FRANCISCO DE OLIVEIRA FILHO
End.Resid.: RUA FRANCISCO MAGNOLIA 2155 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-040	
Nascimento: 11/03/1989	Idade: 30a2m4d
Sexo: Masculino	Fone: 86- 6829-1092
Responsável: AILTON ALVES DE OLIVEIRA	CNS: 8980D3479551094
Profissão: CAPISTEIRO	Documento: RG: 2919879 - SSP-PI
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721736	Entrada: 15/05/2019 08:56:03	Convênio: S U S	Proced: 0321060061
Motivo da Procura Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:	CORRETORA DE SEGUROS
Vítima de acidente motociclístico.	
Sem alterações no exame físico. Com luxação e fratura exposta em pé esquerdo.	05 AGO 2019

Diagnóstico Inicial:	CID:
OBs: Luxação na porção lateral do joelho.	
Exames Complementares:	

Prescrição Médica:	

Motivo da Alta/Encerramento:	
Observação (Adulto)	
DATA: 15/05/2019	HORA: 09:13:42

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 15/05/2019 09:13:42



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15/05/19

NOME DO PACIENTE:	Ailton Alves de Oliveira	PRONTUÁRIO Nº:	217128
DIAGNÓSTICO:	Angioma hemangioma E+	CIRURGIA:	LMC Angioma Hemangioma
ANESTESIA:	Dr. Henrique	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. Cláudio Nogueira	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Residente: Lucas	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Ruige	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Geracy	CPF Nº:	

CORRETORA
DE SEGUROS

MATERIAL DE CONSUMO

05 AGO 2019

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 742	PAR	02	
AGULHA RAQUE 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		crepom		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Chirurgia de - 05			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Curios - 03			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Dgum			
PROLENE							

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

<input type="checkbox"/>	Mudança de Procedimento	<input checked="" type="checkbox"/>	Órtese e prótese - OPME
<input type="checkbox"/>	Diária de UTI	<input type="checkbox"/>	Fatores de Coagulação
<input type="checkbox"/>	Diárias de Acompanhante	<input type="checkbox"/>	Gasoterapia
<input type="checkbox"/>	Hemoderivados	<input type="checkbox"/>	Nutrição Parenteral / Enteral
<input type="checkbox"/>	Díalise / Hemodíalise	<input type="checkbox"/>	Procedimento fora da faixa etária
<input type="checkbox"/>	Albumina Humana 20%	<input type="checkbox"/>	

SECRETORIA
DE SEGUROS

05 AGO 2019

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
 PACIENTE: _____ Nº AIH: OPMAT
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Fratura exposta de 2° PDE. fixado
com 1 FK 1,5

Dr. Lucas Araújo
MÉDICO
CRM-PI 7144

DATA:

15/08/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Alison Alves de OliveiraSala: 2Alergia: nenhumaData: 11/11/19Procedimento: Cesariana por CCirurgião: CláudioObservações: —

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>Bupivacaína amida</u>	<u>1</u>	<u>15mg</u>											
2 <u>Morfin</u>	<u>1</u>	<u>20mg</u>											
3 <u>Kefzol</u>	<u>2</u>	<u>2g</u>											
4 <u>Apicalina</u>	<u>1</u>	<u>10mg</u>											
5 <u>Oxycodona</u>	<u>1</u>	<u>10mg</u>											
6 <u>Opiora</u>	<u>2</u>	<u>2g</u>											
7 <u>Bupropiona</u>	<u>1</u>	<u>10mg</u>											
8 <u>Bexla</u>	<u>1</u>	<u>10mg</u>											
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

☒ Periférico 1150

☐ Cat. Venoso nº 25 G

☐ Dificuldade acces. venoso

Gastos — cateteres

☐ Central —

Via Aérea

☐ Cateter nasal

☐ IOT nº —

☐ LMA nº —

Monitorização:

☒ Cardioscopia

☒ PANI

☒ Oxímetro de pulso

☐ ETCO2

☐ Outros

Anestesia:

☐ Geral Venosa

☐ Geral Balanceada

☒ Raqui-anestesia

☐ Peridural

☐ Bloqueio Periférico

☐ Outros

Decúbito: D54

SPO2 (%)	<u>99</u>	<u>99</u>	<u>99</u>	<u>99</u>
ETCO2 (mmHg)				
Acas. Venoso	<u>1x 100 + 100 + 100</u>			
Acas. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

Descrição da Anestesia: 1) Indução propofol + curar aut. 2) Monitorização 3) Raqui-anestesia: 1150 e 100 mg ERG
tipo cateter 1150 mediana 4) RTD + simetololol 5) Curar 1/1000;

Dr. Henrique Henrique
Médico Anestesiologista
CRM-PI: 4507 / RQE: 2811
Anestesiologista

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Silton Alves de Oliveira*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura exposta 1. e 2. PDE*

Operação - Tipo *LMC + Dr. Angulo Natanael E + Internúcleos 2. PDE*

Cirurgião *Dr. Claudio Nozueira* 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *15/05/19*

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

*Fratura exposta Natanael E + 1
perfurante crânio 2. PDE com extensões pericrânio e periparotídeo
intemperada.*

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. P.P.T. - D.D.H. sob anestesia
2. Insuflação + Antimicrobiano 7 lavagem Extrema
3. LMC expandida + SFQ, 9x.
4. Regulagem com angulo Natanael E
5. Internúcleos 2. PDE 1 Fx 1,5m
6. Suturas + Lavagem

Dr. Claudio Nozueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 322 CRM-AM 937
SBOT 1289



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

JOSEANE

NOME DO PACIENTE <i>Adilson Alves de Oliveira</i>		PRONTUÁRIO <i>217/28</i>	CLÍNICA Ortopédica	ENF. OU AP <i>233</i>	LEITO <i>EXT.</i>	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
<i>15/05/19</i>	<i># 201 gastrite aguda 1° e 2° produzindo pi e 4 amputações v'pde.</i>		<i>Meio alergia alerg. amoniacais</i>			
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO				<i>200 SSW P- 81 bpm</i>	
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN. <i>cloro 500ml, IV, 12/12h</i>				<i>PA = 98x62 mmHg</i>	
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H				<i>Célio Roberto C. Nunes COREN 1551628 - RJ</i>	
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H					
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN		<i>DN</i>			
8	CURATIVO <i>1x1 dia</i>					
9	CCGG + SSVV					
10	<i>Plavix 10mg + 10ml SF 0,9%, IV, 8/8h, re. náusea ou vômito</i>					
<p><i>Dr. Lucas Araújo</i> MÉDICO CRM 17144</p>			<p>RAIO-X REALIZADO DATA <i>4/05/2019</i> Técnico: <i>[assinatura]</i></p>			



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

239096

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

6 - Prontuário: 217128

7-CNS: 898003479551094

8-Nascimento: 11/03/1989

9-Sexo: Masculino

RG: 2919879 - SSP-PI

11-Mãe: MARIA DAS NEVES ALVES DE OLIVEIRA

12-Fone: 86- 8829-1092

13-Resp: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

14-Cor: Sem Informação

15-End: RUA FRANCISCO MAGNOLIA 2155 - SANTA MA. CODIFI - CEP: 64000-040

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-040

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Trauma em pé E com fratura exposta
1º, 2º PDE (Obg. Enmagamento lateral E)
Neuromuscular de: lateral 1º peroneo e um
lateral do delt.

21 - Condições que justificam a internação:

2º PDE com peroneo e um
lateral do delt.

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID Caus.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0415030013

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo SUS

9999

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

31-Docum.:

32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

762.451.793-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS

15/05/2019

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 321 CRM-MA 4337
SBOT 12881

35-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CROR:

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:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 721736

Consulta SUS:

Impressão: 15/05/2019 11:24:17

Francisca dos Anjos Ferreira dos Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 A PARTIDOCARREIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

PIAUÍ

AILTON ALVES DE OLIVEIRA

LGT. EXERCÍCIO (Nº) 00000000
 00000000 0000 00

DT 040.020.023-94
 11/03/1989

NOME
 FRANCISCO DE OLIVEIRA
 FILHO
 MARIA DAS NEVES ALVES
 DE OLIVEIRA

FORMAÇÃO
 AC
 COTADO
 AB

Nº Registro 06531693700
 VALOR 17/01/2022
 PRAZAMENTO 10/10/2017

PIAUÍ

Ailton Alves de Oliveira

LGT. EXERCÍCIO (Nº) 00000000
 00000000 0000 00

DT 040.020.023-94
 11/03/1989

NOME
 FRANCISCO DE OLIVEIRA
 FILHO
 MARIA DAS NEVES ALVES
 DE OLIVEIRA

FORMAÇÃO
 AC
 COTADO
 AB

Nº Registro 06531693700
 VALOR 17/01/2022
 PRAZAMENTO 10/10/2017

PIAUÍ

Ailton Alves de Oliveira

LGT. EXERCÍCIO (Nº) 00000000
 00000000 0000 00

DT 040.020.023-94
 11/03/1989

NOME
 FRANCISCO DE OLIVEIRA
 FILHO
 MARIA DAS NEVES ALVES
 DE OLIVEIRA

FORMAÇÃO
 AC
 COTADO
 AB

Nº Registro 06531693700
 VALOR 17/01/2022
 PRAZAMENTO 10/10/2017

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS
 05 AGO 2019

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462424

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

Data do acidente: 15/05/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO HÁLUX ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME: VÍTIMA APRESENTA AMPUTAÇÃO TOTAL DO HÁLUX ESQUERDO E AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO DO HALUX E LIMPEZA MECANICO CIRURGICA E AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2 PODODÁCTILO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS;ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Amputação do 1º pododáctilo esquerdo, Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190462424 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AILTON ALVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 15/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO HÁLUX ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME: VÍTIMA APRESENTA AMPUTAÇÃO TOTAL DO HÁLUX ESQUERDO E AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO DO HALUX E LIMPEZA MECANICO CIRURGICA E AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2 PODODÁCTILO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS;ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Amputação do 1º pododáctilo esquerdo, Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE AILTON ALVES DE OLIVEIRA. DOU PE. EM TESTE DA VERDADE. Teresina-PI, 17/06/2019. Selo: APD21810-PMPS
www.tjpi.jus.br/portalextra
KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emcl:3,85 TJ:0,77 PMPS/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - DP:58
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardênia da Silva Santos
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: AILTON ALVES DA OLIVEIRA

RG: 2919879 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 040.625-623-95

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Vendedor

Endereço: Rua Francisco MAGALHÃES Nº 2155

Bairro: Santa Rosa Cep: 64012-470 Cidade/UF: Teresina PI

Telefone: (86) 99527-7492 () ()

OUTORGADO:

Nome: Antonio Floriano de Sousa

RG: 989871 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 347.229.123-00

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Autônomo

Endereço: Rua Travassos Feltosa Q- C2 Nº 23

Bairro: Parque Brasil Cep: 64012-085 Cidade/UF: Teresina - PI

Telefone: (86) 99498-2980 (86) 98112-3310 ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: AILTON ALVES DA OLIVEIRA

CPF: 040.625.623-95 Data do Acidente: 15/05/2019

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

37/06/2019
Local e data

DPVAT

05 AGO 2019

DE SEGUROS

Ailton Alves da Oliveira

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265052/19

Vítima: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 040.626.623-96

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/05/2019

Titular do CPF: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00

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

AILTON ALVES DE OLIVEIRA : 040.626.623-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA
CPF: 347.229.123-00

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190462424**

Nome do(a) Examinado(a): **AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R FRANCISCO MAGNOLIA, 2155 - STA MARIA - Teresina - PI - CEP 64012-470

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2919879**

Data e local do acidente: [**15/05/2019**]

AV PRINCIPAL DO POTY S/N BAIRRO SANTA MARIA - TERESINA -PI

Data e local do exame: [**22/08/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA LUXAÇÃO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO HÁLUX ESQUERDO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME: VÍTIMA APRESENTA AMPUTAÇÃO TOTAL DO HÁLUX ESQUERDO E AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO DO HALUX E LIMPEZA MECANICO CIRURGICA E AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2 PODODÁCTILO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS;ALTA MÉDICA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Amputação do 1º pododáctilo esquerdo, Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

1º **pododáctilo esquerdo**

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (**X**) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

2º **pododáctilo esquerdo**

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462424

Vítima: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 15/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AILTON 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, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462424

Vítima: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 15/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), AILTON ALVES DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190462424

Vítima: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 15/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AILTON 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\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

Recebedor: **AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.025,00**

Banco: **001**

Agência: **000003506-8**

Conta: **000510044936-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 040-626-623-96 4 - Nome completo da vítima: ALTON 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: ALTON ALVES DE OLIVEIRA 6 - CPF: 040-626-623-96
 7 - Profissão: ALTO 8 - Endereço: Rua Francisco MAGalhães 9 - Número: 2155 10 - Complemento: 6059
 11 - Bairro: Sta Maria da Vitória 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-470
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 86-99498-2980

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3506 8 CONTA: 510.044.936 1
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 assinado, 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 (na 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 herdeiros (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.

34

Impressão do
dígito do
estado ou
beneficiário
não alfabetizado

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: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 040-626-623-96 4 - Nome completo da vítima: ALTON 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: ALTON ALVES DE OLIVEIRA 6 - CPF: 040-626-623-96
 7 - Profissão: ALTO 8 - Endereço: Rua Francisco MAGalhães 9 - Número: 2155 10 - Complemento: 6059
 11 - Bairro: Sta Maria da Vitória 12 - Cidade: Terreiros 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-470
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 86-99498-2980

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3506 8 CONTA: 510.044.936 1
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 assinado, 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 (na 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 herdeiros (vivos/nascidos)? ☐ 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
 titular do
 seguro ou
 beneficiário
 não alfabetizado

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: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 620481986	Nº REGULAÇÃO: 73816	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - IIUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: AILTON ALVES DE OLIVEIRA	NASCIMENTO: 11/03/1989	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ACIDENTE DE MOTO)APRESENTA FRATURA, LUXAÇÃO E EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM PODODACTILOS DIREITOS ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OUTRO ARTELHO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 87bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 14rpm

GLICEMIA: 140mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DICLOFENACO

DATA: 15/05/2019 06:37:11

Dr. Wainer Lopes de M. S. Filho
Médico

CRM-PI 2244

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

CORRETORA
DE SEGUROS

05 AÇO 2019

DPVAT

CORRETORA
DE SEGUROS

05 AÇO 2019

DPVAT

Handwritten signature and stamp

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03506-8

CONTA: 000510044936-1

Nr. da Autenticação 6B8D75932B76EC3B