



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001393/2018-83

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Etevaldo De Andrade Filho

Data/Hora: 10/07/2018 - 10:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

BR-230, NAS PROXIMIDADES DO ASSENTAMENTO BARRIGUDA, Nº:

Complemento

ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Data/Hora

28/03/2018 - 18:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

RG: 3.647.974 SSP PI

Mãe: ROSA PEREIRA DE SOUSA

Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA

Endereço: LOCALIDADE NOVA FAZENDA, Nº

Complemento: ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-5458-5517

Tipo Envio: VITIMA/Noticiante

Nome: ANTONIA CARVALHO DE SOUSA

RG: 1.825.134 SSP PI

Mãe: HELENA FERREIRA DE CARVALHO

Pai: ANTONIO FERREIRA DE CARVALHO

Endereço: LOCALIDADE NOVA FAZENDA, Nº

Complemento: ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: OEIRAS

Tipo Envio: VITIMA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Ronavam:

Cor:

1 - HONDA, CG 150 TITAN KS

2008

NHY1947

9C2KC0810BR231460

C0974858951

Preta

Condutor: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

RG: 3.647.974 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE NOVA FAZENDA Número: Complemento: ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: ANTONIO FILHO DE CARVALHO SOUSA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA o noticiante que, no dia 28/03/2018, por volta das 18:00h, trafegava pela BR-230, sentido Oeiras/Floriano, conduzindo referida motocicleta, caracterizada acima; QUE em referida motocicleta, o noticiante levava no carona (garupa), sua esposa ANTONIA CARVALHO DE SOUSA; QUE em determinado trecho, mais precisamente, nas proximidades do Assentamento Barriguda o noticiante bateu referida motocicleta, em um animal (vaca), vindo a cair; QUE após o acidente o noticiante sofreu queimaduras de segundo grau em MMSS E MMII, causado pela moto que ficou em chamas após o acidente; QUE o noticiante foi socorrido por terceiros e encaminhado a UPA - Unidade de Pronto Atendimento 24h, em Oeiras-PI, e logo em seguida transferido para o HUT - Hospital de Urgência de Teresina, onde passou por procedimento cirúrgico; QUE sua esposa, ANTONIA CARVALHO



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001393/2018-83**

DE SOUSA, apresenta escoriações leves pelo corpo e refere dor torácica irradiando para o dorso e dor intensa em MSD (BRAÇO), que na oportunidade também foi socorrida por terceiros e encaminhada para a UPA, em Oeiras, onde foi medicada; QUE O NOTICIANTE NÃO POSSUI CNH. Era o que tinha a noticiar.

  
Ezevaldo De Andrade Filho - Mat. 086702X  
AGENTE DE POLÍCIA

  
DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

  
Delegado de Polícia



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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 Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 a 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 pelo 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

Dominick Antonio de Souza

CPF da Vítima

121.449.702-04

Data do Acidente

28-03-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

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 Lider 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.

DEFEAS 10 de Julho de 2018

Local e Data

x Benigno Antonio de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

13 JUL 2018

**DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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 Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 a 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 pelo 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

Domingos Antonio de Souza

CPF da Vítima

121.949.702-04

Data do Acidente

28-03-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

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 Lider 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.

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

13 JUL 2018

**DPVAT**

DEFEITO 10 de Julho de 2018

Local e Data

x Domingos Antonio de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

6111 - MARCIA GABRIELLE DIAS SOUSA

6111 - MARCIA GABRIELLE DIAS SOUSA

# 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: 28/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 000000060935-6

---

Nr. da Autenticação 073421F7EB8EC71B

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0768573-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.940.748/0001-29 | Ins. Estadual: 14.301.383-5  
Nota Fiscal - Cota de Energia Elétrica - 26 e B-1  
Regime especial de imposto sobre lucros e dividendos

Da Nota Fiscal 005050382  
A Tarefa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	04/05/2018	32	17,30

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA  
LC NCVF FAZENDA D B-RURAL  
CPF: 00012174920204  
CEP: 64.500-000 - OBRAS

**DADOS DA LEITURA**

	KWH
Atual	359
Anterior	327
Constante de Multiplicação	1,000
Consumo Medido	32
Consumo Estimado	32

ROT: 68.770.18.85.058400

**DADOS DA LEITURA**

Atual	26/04/2018
Anterior	27/03/2018
Próxima Leitura	25/05/2018
Emissão	25/04/2018
Aprovação	26/04/2018

Class/Subclasse	Localidade	Número Medidor	Posto	Código Pac.	Mês 12 meses
Residencial					
<b>HISTÓRICO KWh</b>					
Mês/ano consumo					
MAR/13	51				
FEV/13	41				
JAN/13	41				
DEZ/17	43				
NOV/17	53				
OUT/17	53				
SET/17	45				
AGO/17	28				
JUL/17	24				
JUN/17	27				
<b>DESCRIÇÃO DA CONTA</b>					
CONSUMO	32 A R\$ 0,323088 =				
MULTA POR ATRASO	03/18-00	16,73			
JUROS DE MORA DE IMPO	03/18-00	0,52			
		0,05			
TARIFA SP 12/10/11					
0,22 - 0,3088					

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

Mes/Ano	Valor R\$	Informações
07/2015	14,17	Informações históricas de débitos vencidos no valor de R\$ 14,17 (sem correções legais) até esta data. Caso o(a) devedor(a) não tenha sido pago(a), procurar uma loja de atendimento de Eletrobras Distribuição Piauí com o(a) comprovante de pagamento.
02/2015	11,92	
01/2015	34,63	

ALÍQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO Nº 21.140/2017  
DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017  
LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AD FISCO 28D4.9143.8749.AAD7.AC48.02F4.5F8A.3C44

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	3,55	Base de Cálculo	10,73
Energia	6,74	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	1,06	Valor do ICMS	3,68
Perdas	1,07	Valor do IPI	0,11
Impostos	4,31	Valor do COFINS	0,52

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

8,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54
0,00			0,00			0,00

DEIRAS

02/2018

0,37





Para contato com a Flatorbras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1185343-3

Nº da Nota Fiscal 009418036

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Lei nº 19.438 de 26 de abril de 2002.

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Idar de Azevedo, 1.122 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.010-712 - CDD: 29/11/92 - E-mail: Enepi@uepi.br, 19.301.382-5  
Klma Figueira / Centro de Energia Nuclear - Caixa 6-1  
Bairro: Especial de Implantação Autônoma do SIAZ/G-36

CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
125	151,78

RANYERE MARTINS SILVA  
AV DOM EXPEDITO LOPES 241 OBRAS NOVA  
CPF: 00004610028342  
CEP: 54.500-000 - OBRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atum:	11430	Atum:	12/07/2018
Aracaju:	11305	Aracaju:	14/06/2018
Aracaju:	1.000	Próxima Leitura:	14/03/2018
Constante de Multiplicação:	125	Emissão:	11/07/2018
Constante Menor:	125	Representação:	12/07/2018
Constante Maior:			

**NORMAL**

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Endereço	Número do cliente	Posto	Código Est.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1256414			126

Mês/Ano		Descrição da Conta	Valor
JUN/18	138	CONSUMO	125 A R\$ 0,832309 = 104,03
MAI/18	140	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	8,80
ABR/18	128	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00	2,20
MAR/18	122	MULTA POR ATRASO 05/18-00	2,80
FEV/18	120	PARCELAMENTO DE DEBITOS 5/6	32,54
JAN/18	127	JUROS DE HORA DE IMPO 05/18-00	1,91
DEZ/17	97	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,24	
NOV/17	105		
OUT/17	110		
SET/17	113		

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

721/F# 3EN 232005:  
0 6 35 - P. (6499)

VERMELHA - 6,24  
PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVE E DE VENCIMENTO

**Des/Ano**      **Valor R\$**      **Unidade consumidora**      **Valor atualizado**  
**06/2018**      **156,52**      **156,52**      **156,52**

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA A SUA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVING AIR CO 7C5G, 97F5, BEA2, C7A2, EF1E, 2A7B, 5EED, BF84

VALORES DA CONTRATAÇÃO - R\$		IMPOSTOS/TAXAS - R\$	
	22,56	Base de Cálculo:	104,03
Distribuição:	40,99	Alíquota ICMS:	22,00%
Energia:	6,45	Valor do ICMS:	22,88
Transmissão:	6,53	Valor do PIS:	1,00
Encargos:	28,50	Valor do COFINS:	4,62
Teléfono:			

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54
0,00			0,00			0,00

GEIRAS

05/2018

40:33

ROF: 61.776, 11.33, 210800



COMPAH - LA ENERGETICA DO PARÁ  
Av. Maranhão 759 - Centro/SB - Teresina - PI

CN7 01.143 74.07°C.31-80 | Year: Extended: 19301.385-5

SEU CÓDIGO

0146-1642/97/0005-0000\$05.00/0

TOTAL A PAGAR = R\$

1997

MÊS FATURADO

陈明

## VENCIMENTO

10/07/05

୩୦ ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କା ଫିସ୍କାଲ:

009418036

FC411

8364000001 1 51780017000 6 00000001185 8 34330718008 7



**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
0768573-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.940.748/0001-29 | Ins. Estadual: 14.301.383-5  
Nota Fiscal - Cota de Energia Elétrica - 26 e B-1  
Regime especial de imposto sobre energia elétrica

Da Nota Fiscal 005050382  
A Tarefa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	04/05/2018	32	17,30

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA  
LC NCVIA FAZENDA D B-RURAL  
CPF: 00012174920204  
CEP: 64.500-000 - DEIRAS

**DADOS DA LEITURA**

	KWH
Atual	359
Anterior	327
Constante de Multiplicação	1,000
Consumo Medido	32
Consumo Estimado	32

FCAM

ROT: 68,770,18,85,058400

**DADOS DA LEITURA**

Atual	26/04/2018
Anterior	27/03/2018
Próxima Leitura	25/05/2018
Emissão	25/04/2018
Aprovação	26/04/2018

Class/Subclasse	Localidade	Número Medidor	Posto	Código Pac	Mês 12 meses
Residencial	Deiras	32	03	00	32

HISTÓRICO Kwh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
MAR/13 51	CONSUMO 32 A R\$ 0,523088 =	16,73
FEV/13 41	MULTA POR ATRASO 03/18-00	0,52
JAN/13 41	JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00	0,05
DEZ/17 43		
NOV/17 53		
OUT/17 53		
SET/17 45		
AGO/17 28		
JUL/17 24		
JUN/17 27		

TARIFA SP 12/10/11  
0,52 - 0,523088

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

Mes/Ano	Valor R\$	Informações
07/2015	14,17	Informações históricas de débitos vencidos no valor de R\$ 14,17 (sem correções legais) até esta data. Caso o(a) devedor(a) não tenha sido notificado(a) para o pagamento de débitos vencidos, deverá procurar uma loja de atendimento de Eletrobras Distribuição Piauí com o(a) comprovante de pagamento.
02/2015	11,92	
01/2015	34,63	

ALÍQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO Nº 21.140/2017  
DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017  
LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AD FISCO 28D4.9143.8749.AAD7.AC48.02F4.5F8A.3C44

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição 3,55	Base de Cálculo 16,73
Energia 6,74	Alíquota ICMS 22,00%
Transmissão 1,06	Valor do ICMS 3,68
Perdas 1,07	Valor do IPI 0,11
Impostos 4,31	Valor do COFINS 0,52

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

8,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54
0,00			0,00			0,00

DEIRAS

02/2018

0,37

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.060-780/001-89 | Insc. Estadual: 19.301.382-5  
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica - Tarifa B-1  
Regime Especial de Incentivo autorizado pela SEFAZ 06/09

Nº da Nota Fiscal 008418036

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2009.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	19/07/2018	125	151,78

RANYERE MARTINS SILVA  
AV DOM EXPEDITO LOPES 241 OEIRAS NOVA  
CPF: 00004640028342  
CEP: 64.500-000 - OEIRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	11430	Atual:	12/07/2018
Anterior:	11305	Anterior:	14/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/08/2018
Consumo Medido:	125	Emissão:	11/07/2018
Consumo Faturado:	125	Apresentação:	12/07/2018
FCAM		28	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclass	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fato	Médo. 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	11430			

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo:	CONSUMO 125 A R\$ 0,832369 = 104,03
JUN/18 138	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,30
MAI/18 140	CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 2,20
ABR/18 128	MULTA POR ATRASO 05/18-00 2,80
MAR/18 122	PARCELAMENTO DE DEBITOS 5/6 32,54
FEV/18 120	JUROS DE MORA DE IMPRO-09/18-00 1,91
JAN/18 127	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 6,24
DEZ/17 97	
NOV/17 105	
OUT/17 110	
SET/17 113	
TARIFA SEX TRIBUTOS:	
0 A 125 - 0,604050	

**PJ CORRETORES DE SEGUROS**

10 SET 2018

MENSAGENS IMPORTANTES - RESOLUÇÃO 10.000/2016

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora
06/2018	156,52	Unidade consumidora inscrita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/07/2018 em função das contas vencidas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na Serasa, informamos ainda existirem contas vencidas e já realizadas no valor de R\$ 35,04 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIQUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 7C56.97F5.BEA2.C7A2.EF1E.2A7B.5EED.BF84

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	21,56	Taxa de Cálculo	104,03
Energia	40,99	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	6,45	Valor do ICMS	22,88
Perdas	6,53	Valor do PIS	1,00
Taxas	28,50	Valor do COFINS	4,62

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54	
0,00			0,00			0,00	

OEIRAS

05/2018

40,83

ROT: 61.770.11.33.110800



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 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 9.613/98.

Pelo exposto, eu RANGERE MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 046-440-283/42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Domingos Antonio de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 046-440-283/42 do sinistro de DPVAT cobertura IN VA PDE 2 da Vítima DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.749.202-04 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: SEM RENDA e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

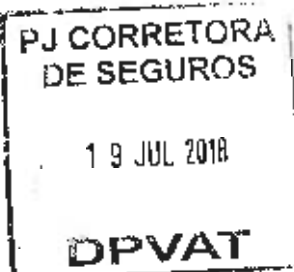
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento
AV: DOM-EXPEDITO LOPEZ	241	- / -
Bairro	Estado	CEP
JUREMA - BA	PE - AL	64-500-000
Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
- / -	89 994083583	

OERRAF 10 de Jul / 2018 de 2018  
Local e Data

Rangere Martins Silva  
Assinatura do Declarante



**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/DOCORIGINAL.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 COAF**.

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

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 9.613/98.

Pelo exposto, eu RANGERE MARTINS SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 046-440-283/42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Domingos Antonio de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 046-440-283/42 do sinistro de DPVAT cobertura IN VA PDE2 da Vítima DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.749.202-04 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ESTUDANTE Renda: SEM 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	Número	Complemento
AV: DOM-EXPEDITO LOPEZ	241	- / -
Bairro	Estado	CEP
JUREMA - BA	PE - AL	64-500-000
Cidade	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
00000000	11	89 994083583

00000000 de Jul de 2018  
Local e Data

Rangere Martins Silva  
Assinatura do Declarante



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO FILHO DE CARVALHO SOUSA,

RG nº 2618520, data de expedição 11/08/14,

Órgão SSP-Pi, portador do CPF nº 031.273.823-40, com domicílio na cidade de DEBRAS, no Estado de

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

LOCALIDADE - NOVA FAZENDA - ZONA RURAL, nº 514

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

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

vítima DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA cujo o condutor era

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA.

Veículo: PAS - MOTO C&C6

Modelo: HONDA - CG - 150 - TITAN - KS

Ano: 2008

Placa: WHY - 1947

Chassi: 9C2KC08108R231460

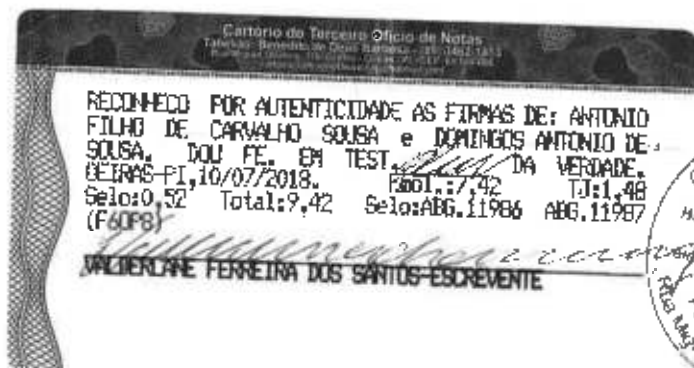
Data do Acidente: 28-03-2018.

Local e Data: BR 230, TRANSMISSÃO NA 2ª MARCHA, SENTIDO DEBRAS À FERNANDÓPOLIS, NO MUNICÍPIO DE DEBRAS - PIAUÍ - 28-03-18.

Antonio Filho de Carvalho Sousa  
Assinatura do Declarante

Domingos Antonio de Sousa

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



POR AUTENTICIDADE

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO FILHO DE CARVALHO SOUSA,

RG nº 2618520, data de expedição 11/08/14,

Órgão SSP-Pi, portador do CPF nº 031.273.823-40, com domicílio na cidade de DEBRAS, no Estado de PIAUÍ,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) LOCALIDADE - NOVA FAZENDA - ZONA RURAL, nº 514,

complemento - / -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA cujo o condutor era DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA.

Veículo: PAS - MOTO C&C6  
Modelo: HONDA - CG - 150 - TITAN - KS  
Ano: 2008  
Placa: WHY - 1947  
Chassi: 9C2KC08108R231460  
Data do Acidente: 28-03-2018  
Local e Data: BR 230, TRANSMISSÃO NA 2ª MARCHA, SENTIDO DEBRAS À FERNANDO-P  
NO MUNICÍPIO DE DEBRAS - PIAUÍ - 28-03-18.

Antonio Filho de Carvalho Sousa  
Assinatura do Declarante

Domingos Antonio de Sousa  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

3º Ofício

3º Ofício

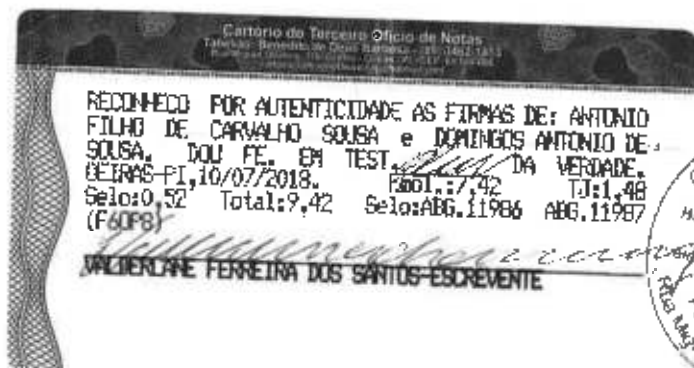
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

Antonio Filho de Carvalho Sousa  
Assinatura do Declarante

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

Domingos Antonio de Sousa  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

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



POR AUTENTICIDADE

6111 - MARCIA GABRIELLE DIAS SOUSA





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
TOTOINHO FREITAS,  
OBRAS NOVA, OBRAS/PI - 64500-000  
CNPJ: 06553564001311  
(89) 3462-1213 - ( ) -

# Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: 0011600  
Data: 28/03/2018  
Funcionario: MARIAJ

Registro: 13701  
Hora: 18:47:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 113

SUS

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

CPF: 121.249.232-04 - RG: 3.647.974 - CARTÃO DO SUS

Idade: 30 ANOS, 3 MESES, 19 DIAS Profissão:

Cidade:

CEP: 64500-000

Endereço: RUA ZENEA, 2 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: OBRAS/PI

Telefone: ( ) -

Mãe: ROSA PEREIRA DE SOUSA

Paí: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA

CLINICA MEDICA Documento: 4111 - MARCIA GABRIELLE DIAS SOUSA

SUS: 706800281681623

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA - O MESMO

Temp.: 30°C

Peso: 80kg

P.A.: 0

## Procedimentos

ID-20531-20531  
AJ-177151803

16:47 030106118 ACOLENHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

19:17 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência

☒ Laranja - Muito Urgente

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não

## NOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

TIPO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL),  
APRESENTANDO QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU EM MMSS E MMII. SEGUNDO O  
FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS. PACIENTE FOI CONDUZIDO  
PACIENTES E APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E  
PACIENTE DOR INTENSA. SABIDAMENTE NERFEIENSO. CONDUZIDO PARA SALA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

28/03/2018 19:17:25

192512-KATANHIA FERREIRA DA  
PAIXÃO LOPES

## ANOS CLÍNICOS

TIPO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE  
SEGUNDO GRAU EM EXTENSÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSD E MID. ACQ > 20%  
FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS.

## DIAGNÓSTICO

CID

9399

## EXAMES COMPLEMENTARES

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

## PRESCRIÇÃO MEDICA

PARACETAMOL 500 MG

455 ENDOVEN ASERATO

ORA

(EV)

PARACETAMOL 500 MG - INJETAVEL

200 ENDOVEN

ORA

(EV)

PARACETAMOL 500 MG SOL. INJ.

1 AMP ENDOVEN 1.5ML SY ACM

ORA

(EV)

DILUIR EM 9ML DE  
AD

PARACETAMOL 100 MG/ML

1 AMP ENDOVEN

ORA

(EV)

DILUIR EM 90,9

PARACETAMOL 100 MG

1000 ORAL

AFERTIR 2A APÓS 1  
HORA

## CONDUÇÃO MEDICA

PARACETAMOL

Data: 28/03/2018 Hora: 19:24:23

Dr. Katania da  
Médica

## FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <i>UPA - CEBRAS</i>	Para <i>PUF</i>
Nome da Pessoa Encaminhada: <i>Domene Fátima de Amorim</i>	Registro
Motivo do Encaminhamento: <i>Exame preventivo (1º exame preventivo e marco de 1 ano) e 2º 3º 4º 5º 6º.</i>	
Observações:	
<i>28 / 07 / 18</i> Data	<i>01/07/2018</i> Responsável pelo Encaminhamento
OBS: Deve ser Arquivada p Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.	

## FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para
Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
<i>19 JUL 2018</i>	
<i>DPVAT</i>	
OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fecho.	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Demétrio Antonio de Sousa

Leito: \_\_\_\_\_

DN: 09/10/1960

Data: 28/03/18

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

21.00h - Realizado exame com a finalidade de avaliação de feridas. O mesmo foi realizado por MNT - Oseena Silva ID - 200331 Aut - 173151803 onde encontra-se \_\_\_\_\_  
Lúcio Pinheiro Silva Torres  
Enfermeiro  
COREN-PI 267.102

21.30h - Realizado exame com 50ml de Urina - PT para presença de proteínas. Encontrando-se \_\_\_\_\_  
Lúcio Pinheiro Silva Torres  
Enfermeiro  
COREN-PI 267.102

22.00h - Exame realizado para MNT em Urina - PT para presença de proteínas. Encontrando-se 173151803 Aut  
Lúcio Pinheiro Silva Torres  
Enfermeiro  
COREN-PI 267.102

CORRETORA  
DE SEGUROS  
19 JUL 2018  
DPVAT

Alto:



NOME DO PACIENTE: Domingos Antonio de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 472096

**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. Olto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedia OK  
Cir. Plástica SUS SUS

# BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA		Prontuário: 472096
Mãe: ROSA PEREIRA DE SOUSA	Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA	
End. Resid.: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OBRAS - PI - CEP: 64500-000		
Nascimento: 09/10/1960	Idade: 57a:5m:20d	Sexo: Masculino Fone: 89-99458-4073
Responsável: SIMÃO CARVALHO DE SOUSA	CMS: 706900281681623	
Profissão: LAVRADOR	CPF: RG: 3647974 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 657493	Data: 29/03/2018 01:39:02	Condução: AMBULÂNCIA DO AMHU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Id. Trab.: Não	Trajetória?: Não	Típico: Não
		CID Secundário: V299

## DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de colisão moto x animal (vaca) seguido de queimadura por chama, com capacete. A: vias aéreas permeáveis; B: MV fisiológica, SpO<sub>2</sub> = 98%; C: pulso cheio, AC: RR 21, BNF; D: ECG 15, maturidade e sensib. preservadas, sem sinais de alarme; E: abdome inocente, pele estável, múltiplas lesões em membros, MSD e flanco, dor à mobilização de punho direito.

PA 120 X 80 mmHg	Pulso: 69 bpm	ECG: bpm	Temp.: °C
Diagnóstico Inicial:			

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado raios-x de coluna cervical, tórax e pulso direito. Avaliação da ortopedia e cirurgia plástica.  
1. Nubain - 01 amp + SFO 9% 100ml, EV, AGORA 21/03  
2. R. lactata - 2000 ml, EV, aberta.

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
ÓBITO:	DESTINO:		DATA SAÍDA: / /
	<input type="checkbox"/> Até 24 hs	<input type="checkbox"/> Família	HORA: : :
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Após 48 hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	Proced. Solicitado: 0413010015
			CID Compatível: DATA 29/03/18
			Prof. Solicitante: Tópicos: 7 Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável: Simão Carvalho de Sousa

Assinatura Profissional: Carolina Pimenta  
CRM-PI 3399

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE



FMS  
Fundação Municipal de Saúde

## PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO
Domenique Augusto da Silva		492096		009	150L	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE			
99º DIA por gravidade da 2ª e 3ª grav. em MMTI			UTQ			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 18/06/18 HORA: 01:30			Receita alta hospitalar com orientação para cuidados em MSD			
Prescrição em BSC, com verificação, validade, reconhecimento. Sem gravidade. F.O em bom estado, sem sinais de desidratação, peso adequado em MSD						
1) Dado oral humectante com 100ml						
2) Diferença 500mg 1 qd VO de 6/6L						
3) Tensão arterial 140/90 VO de 8/6L no dia seguinte						
4) Polimerização 2mg 4 qd VO de 6/6L						
5) Depressão NF 500mg/0,25ml 1 amp SC 8/6L						
6) Em cordões de:						
- ALTA HOSPITALAR						
Sem sinais de infecção local ou sistêmica						
Exatidão da pele adequada						
Manutenção de repouso relativo na área queimada						
Quanto mais rápido a cicatrização ocorrer, melhor será o resultado						
Paciente poderá receber de procedimentos cirúrgicos posteriormente caso haja necessidade, a nível cirúrgico						

Medicamento: 0062-MBC  
Prescrição Médica: 0062-MBC  
Data: 18/06/18  
Hora: 01:30  
Assinatura: [Assinatura]

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11 / 06 / 2018

NOME DO PACIENTE: <u>Domingos R. de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>473096</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>03</u>
CIRURGIÃO: _____	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>11</u>	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Dr</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Socorro Oliveira</u>	CPF Nº: _____

*Handwritten signature and stamp:*  
 Jane Siqueira Lima  
 CO-1

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7-0	PARA	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7-5	PARA	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PARA	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO <u>macio</u>	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA 7	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	02	
GASES 510	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Eletródos	unid	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Crepom	unid	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Escova	unid	04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Neomicina pomada tub		06	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON nº 5-0	unid						
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Branda</u>			
				Conten = 145418 AE			





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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Domingos Antonio de Sousa  
Diagnóstico pré-operatório Queimadura no membro inferior direito  
Operação - Tipo Enxerto de pele  
Cirurgião Vanessa 1º Assistente 11  
2º Assistente 11 3º Assistente 11  
Instrumentador(a) Socorro Oliveira Anestesista João Anestesta Raquel  
Anestésico(a)

Data da Operação 06-11-06-2018

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico
- ② - Antissepsia + colocação de campos
- ③ Retirada de enxerto de pele da coxa esquerda
- ④ Fixação de enxerto na área receptora
- ⑤ Curativo em área doadora
- ⑥ Curativo em área receptora

Vanessa  
Cirurgiã  
06/11/2018















## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Domingos Antonio de Sousa IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 11 / 06 / 2018  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 13 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA: ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDACÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Exerção de pele CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>98/62</u>	<u>125/73</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>87</u>	<u>85</u>
SATURACÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>—</u>	<u>—</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>—</u>	<u>—</u>
NOME/MATRÍCULA	<u>Alinne</u>	<u>Alinne</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR						
Movimenta os quatro membros	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Movimenta dois membros	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
RESPIRAÇÃO						
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
Tem apnéia	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
CIRCULAÇÃO						
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
CONSCIÊNCIA						
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Desperta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
SATURACÃO O <sub>2</sub>						
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO						
ESCALA DE DOR ALTA						
TOTAL	9		10		10	
ASS.	<u>Alus</u>		<u>Alus</u>		<u>Alus</u>	

SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORÁCICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG ( ) NASOG
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POE de exerceção de pele, segue bem, sem dor, com oxigenação adequada.

DESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Alus = 10  
Sem queixa

HORÁRIO

13:00

ANESTESIOLOGISTA

Alus

CAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )

XSTO: ( ) ( ) ( ) ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( )

comunique o diagnóstico e prescreva  
em 11.06.18



FMS  
Fundação Municipal de Saúde

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Domingos Antonio de Sousa	472096		P09	Isolado	09
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
# 94. D14 por queimadura do 2º e 3º grau em mmii (E), tronco, por explosão				UTC	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
DATA: 11 / 06 / 18 HORA: 07:35					
Paciente consciente, orientado, apático, nervoso, sem queixas. ACB = MIE 5/RA, BCR. 2T, 55. Abdomen: Rhs + 5/semelhante. Durso e vacuolização presentes, sem pulso. MIE com cura					14:10hs - Paciente encaminhado do CC para cirurgia com Dr. Vanessa segue em BCR, sem queixas.
1 Dieta zero					Continuar
2 Omeprazol 40mg, 01 cp, VO, em jejum					
3 Dipirona 500mg/ml - 40 gotas, VO, 6/6h de dor e/ou TCC > 37,8°C					
4 Vitamina C 1g - 01 cp, VO, 24/24h (com paciente)					
5 Bromoprida 10mg/ml - 10 gotas 2me + AD, EV, 12/12h, 505					
6 Euvato com dermacerium em toda a área					
7 Euvato, 250mg, captopril 25mg - 01 cp VO, de 12/12h, 505					
8 NBR com 500mg 5FQ, 9% + Bacterio 5gotas + acetoxent 5gotas, ACM.					

Mod: 007

VIRE →



## RELATÓRIO DE ALTA DA SALA AMARELA

NOME : DOMINGOS ANTÔNIO DE SOUSA

PRONTUÁRIO: 472096

DN:09/10/1960

Teresina, 25 de ABRIL de 2018

### DIAGNÓSTICO: QUEIMADURA DE 2º GRAU EM TONCO, MSD, MID E MIE POR EXPLOÇÃO DE MOTOCICLETA SCQ 30%

Paciente vítima de colisão moto x animal (vaca) seguido de queimadura por chama, com capacete no dia 29/03/2018. Ao exame de admissão: vias aéreas pervias, MV fisiológico, sO<sub>2</sub> 98%, pulso cheio, RR em 2T com BNF, ECG 15, motricidade e sensibilidade preservadas sem sinais de alarme, abdome inocente pelve estável, múltiplas lesões em mmil, msd e flanco, dor à mobilização de punho direito, Avaliada pela ortopedia, sendo liberado. Avaliado pela cirurgia plástica, sendo diagnosticado com queimadura de 2º grau superficial e profunda disseminadas pelo corpo em MIE (18%), MID (10%), tronco e MSD (2%), tendo como conduta internação em UTQ. Ficou internado em UTQ do dia 29/03/2018 ao dia 21/04/2018, em que apresento choque séptico de origem cutânea, sendo encaminhado para estabilização, foi estabilizado e conduzido para sala amarela. Fez uso de Antibioticoterapia (12 dias de Ciprofloxacina ev, 3 dias de Vancomicina ev e 1 dia de Meropenem EV).

Evolui em BEG, consciente, orientado, ECG: 15, eupneico, hidratado, normocorado, icterico ++/4+, respirando espontaneamente, em uso de drogas vasoativa (desmame), sem sedoanalgesia. Ausculta cardíaca: RR, 2T, BNF e sem sopros. Normocárdico e normotenso. Ausculta pulmonar com MV simétricos e presente sem ruídos adventícios. Abdome glogoso, depressível, sem sinais de irritação peritoneal e RHA presentes. Extremidades normoperfundidas, sem sinais de trombose venosa. Com curativos em MID e MIE.

Paciente em condição de Alta da Sala Amarela.

João de Jesus Continho Jr.  
MÉDICO - INTENSIVISTA  
CRM-PI 4744 / CDM-MA 6965

Jane Soares Lima Dias  
Enfermeira

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

**LAUDO MÉDICO**Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)Endereço: **NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000**

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m29d

Sexo: Masculino

Origem: INTERNAÇÃO

Atendimento: 211115

Requisição: 825298

Solicitação: 29/03/2018

Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1021332

Convênio: S U S

UTQ - P10

ENFERMARIA 228

LEITO 213

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 29/03/2018

**COLUNA CERVICAL**

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 07/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 281.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

TERESINA - PI 07/04/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 281.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)  
 Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OETRAS - PI CEP: 64500-000  
 Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211115  
 Requisição: 825298 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1021333 Convênio: S U S UTQ - P10 ENFERMARIA 228 LEITO 213

### RELATÓRIO:

Data Exame: 29/03/2018

Cod. SIA: 0204060095

### BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA.  
 os seguintes aspectos observados:

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 07/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

*Jane Silveira Lima Dias*  
 COORDENADORA



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5443

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)  
Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000  
Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211115  
Requisição: 825298 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1021334 Convênio: S U S UTQ - P10 ENFERMARIA 228 LEITO 213

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 29/03/2018

### TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 07/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

*Jane Soares Lima*  
COPIA



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 36 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)  
Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000  
Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211344  
Requisição: 826904 Solicitação: 04/04/2018 Solicitante: DENYBERG DE OLIVEIRA SANTIAGO  
Controle: 1023169 Convênio: SUS CLÍNICA CIRURGICA - P09 ISOLAMENTO 09 LEITO 199

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010040

Data Exame: 04/04/2018

### US C/DOPPLER VENOSO DE MID

Exame sonográfico realizado com transdutor de 10,0MHz, de foco dinâmico.

ECOCOLOR DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

- Veias femoral comum, femoral profunda e superficial com fluxo contínuo e fásico com a respiração, pérveas e compressíveis.
- Veias poplíteas, fibulares, soleares, gastrocnêmicas; e tibiais pérveas com fluxo contínuo, pérveas e compressíveis.
- Junção safeno-femoral e safeno-poplíteas pérveas.
- Veias safena magna, safena parva, pérveas e compressíveis.
- CATETER em veia femoral comum esquerda.

### CONCLUSÃO:

- SISTEMA VENOSO PROFUNDO PÉRVIO.
- SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL PÉRVIO.

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 04/04/2018

**FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA**

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879

Profissional Responsável

*Francisco de Assis Moura Oliveira*  
CO-04



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA PI CEE: 64317-770 CNPJ: 05.527.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)  
 Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000  
 Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211344  
 Requisição: 827021 Solicitação: 04/04/2018 Solicitante: DENYBERG DE OLIVEIRA SANTIAGO  
 Controle: 1023293 Convênio: S U S CLÍNICA CIRURGICA - P09 ISOLAMENTO 09 LEITO 189

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010040

Data Exame: 04/04/2018

### US C/DOPPLER ARTERIAL DE MID

Exames sonográfico realizado com transdutor de 7,5 mHz, de foco dinâmico.

ECOCOLOR DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- Artérias femoral comum, femoral superficial, poplitea e tíbias posteriores ao nível do tornozelo, com bom fluxo no estudo com Doppler colorido e pulsátil, sem placas ateromatosas importantes, apresentando curvas de velocidade com morfologia normal, trifásica.

- As velocidades de pico sistólico máximo obtidas foram normais.

### CONCLUSÃO:

- Exame dentro da normalidade.

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 04/04/2018

*Francisco de Assis Moura Oliveira*  
CO

**FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA**

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879

Profissional Responsável



**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

Prontuário:

**472096**

Internação:

216271

**RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO****DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA				
<b>End. Resid.:</b> NOVA FAZENDA - ZONA RURAL				
<b>Cidade:</b> OEIRAS - PI <b>CEP:</b> 64500-000				
<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nascimento:</b> 09/10/1960	<b>Idade:</b> 57a5m2d	<b>Estado Civil:</b> Casado(a)	<b>Profissão:</b> LAVRADOR
<b>Admissão:</b> 29/03/2018	<b>G. Instrução:</b> Não informado	<b>Fone:</b> 89-99458-4073	<b>Cartão SUS (CNS):</b> 706800281681623	<b>Procedência:</b> OEIRAS
<b>Pai:</b> GUILHERME ANTONIO DE SOUSA			<b>Mãe:</b> ROSA PEREIRA DE SOUSA	
<b>Responsável:</b> SIMIÃO CARVALHO DE SOUSA				
<b>End. Responsável:</b> NOVA FAZENDA - ZONA RURAL OEIRAS - PI <b>64500-000</b>				
<b>Documento:</b> RG: 3647974 - SSP PI				
<b>Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

**INFORMAÇÕES MÉDICAS**

<b>Internação</b>		<b>Alta</b>		<b>Clínica:</b>
<b>Data:</b> 11/06/2018	<b>Hora:</b> 13:31	<b>Data:</b> 18 / 06 / 18	<b>Hora:</b> 11:40	CENTRO CIRÚRGICO
<b>Diagnóstico de Admissão:</b>				
<b>Procedimento:</b> 0401020029 - ENXERTO DERMO-EPIDERMICO				
<b>CID 10:</b> L988 . - Outras afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo				
<b>Diagnóstico de Alta:</b>				
<b>Procedimento:</b> Enxerto Dermo-epidérmico				
<b>CID 10:</b>				
<b>Tratamento Realizado:</b> Enxerto de pele em membro superior				
<b>Exames Realizados:</b> Laboratório / Bacteriologia				

**Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.**

18 / 06 / 18  
Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Dr. Fabrício de O. Viana  
Cirurgião Plástico  
CRM-2903

Carimbo/Ass. Médico Responsável

6111 - MARCIA GABRIELLE DIAS SOUSA



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
TOTOINHO PRETIAS,  
OZEIRAS NOVA, OZEIRAS/PI - 64500-000  
CNPJ: 06553564001311  
(89) 3462-1213 - ( ) -

# Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: 0011600  
Data: 28/03/2018  
Funcionario: MARIAJ

Registro: 13701  
Hora: 18:47:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 113

SUS

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

CPF: 121.249.232-04 - RG: 3.647.974 - CARTÃO DO SUS

Idade: 30 ANOS, 3 MESES, 19 DIAS Profissão:

Cidade:

CEP: 64500-000

Endereço: RUA ZENEA, 2 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: OZEIRAS/PI

Telefone: ( ) -

Mãe: ROSA PEREIRA DE SOUSA

Paí: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA

CLINICA MEDICA Documento: 4111 - MARCIA GABRIELLE DIAS SOUSA

SUS: 706800281681623

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA - O MESMO

Temp.: 30°C

Peso: 80kg

P.A.: 0

## Procedimentos

ID-20531-20531

01-177151803

16:47 030106118 ACOLEITAMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

19:17 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência

☒ Laranja - Muito Urgente

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não

## NOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

TIPO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL),  
APRESENTANDO QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU EM MMSS E MMII. SEGUNDO O  
FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS. PACIENTE FOI CONDUZIDO  
P. COLABORES E APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E  
RESPONSA POR INTENSA. SABIDAMENTE NERFEIENSO. CONDUZIDO PARA SALA

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

28/03/2018 19:17:25

192512-KATANHIA FERREIRA DA  
PAIXÃO LOPES

## ANOS CLÍNICOS

TIPO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DO TIPO COLISÃO (MOTO X ANIMAL), APRESENTANDO QUEIMADURAS DE  
SEGUNDO GRAU EM EXTENSÃO ANTERIOR E POSTERIOR DE MSD E MID. ACQ > 20%  
FILHO APÓS A COLISÃO A MOTO FICOU EM CHAMAS.

## DIAGNÓSTICO

CID

9399

## EXAMES COMPLEMENTARES

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

## PRESCRIÇÃO MEDICA

PARACETAMOL 500 MG

455 ENDOVEN ASERATO

ORA

(EV)

PARACETAMOL 500 MG - INJETAVEL

200 ENDOVEN

ORA

(EV)

PARACETAMOL 500 MG SOL. INJ.

1 AMP ENDOVEN 1.5ML SY ACM

ORA

(EV)

DILUIR EM 9ML DE  
AD

PARACETAMOL 100 MG/ML

1 AMP ENDOVEN

ORA

(EV)

DILUIR EM 90,9

PARACETAMOL 100 MG

1000 ORAL

AFERTIR 2A APÓS 1  
HORA

## CONDUTA MEDICA

PARACETAMOL

Data: 28/03/2018 Hora: 19:24:23

Dr. Katania  
MÉDICA

## FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <i>UPA - CENAS</i>	Para <i>PUF</i>
Nome da Pessoa Encaminhada: <i>Domício Wilson de Azevedo</i>	Registro
Motivo do Encaminhamento: <i>Exame clínico (to) e exames laboratoriais e radiológicos) e 24h. SGA.</i>	
Observações:	
<i>28 / 07 / 18</i> Data	
<i>01/11/18</i> Responsável pelo Encaminhamento	
OBS: Deve ser Arquivada p Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.	

## FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para
Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
<i>19 JUL 2018</i>	
<i>DPVAT</i>	
OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fecho.	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Demétrio Antonio de Sousa

Leito: \_\_\_\_\_

DN: 09/10/1960

Data: 28/03/18

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

21.00h - Realizado exame físico com a finalidade de avaliação de sinais vitais. O mesmo foi realizado por M07 - Oseira Silva ID - 200331 Aut - 173151803 onde encontra-se

Enfermeira  
Lúcia Maria Silva Torres  
COREN-PI 267.102

21.30h - Realizado exame físico com 50ml de urina. PT para transferência de para onde. Aguardando

Enfermeira  
Lúcia Maria Silva Torres  
COREN-PI 267.102

22.00h - Examinado para M07 em urina. PT para transferência de para onde. ID - 200331 Aut - 173151803 onde

Enfermeira  
Lúcia Maria Silva Torres  
COREN-PI 267.102

CORRETORA  
DE SEGUROS  
19 JUL 2018  
DPVAT

Alto:



NOME DO PACIENTE: Domingos Antonio de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 472096

**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. Olto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedia OK  
Cir. Plástica SUS SUS

# BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA		Prontuário: 472096
Mãe: ROSA PEREIRA DE SOUSA	Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA	
End. Resid.: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OBRAS - PI - CEP: 64500-000		
Nascimento: 09/10/1960	Idade: 57a:5m:20d	Sexo: Masculino Fone: 89-99458-4073
Responsável: SIMÃO CARVALHO DE SOUSA	CMS: 706900281681623	
Profissão: LAVRADOR	CPF: RG: 3647974 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 657493	Data: 29/03/2018 01:39:02	Condução: AMBULÂNCIA DO AMHU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Id. Trab.: Não	Trajetória?: Não	Típico: Não
		CID Secundário: V299

## DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de colisão moto x animal (vaca) seguido de queimadura por chama, com capacete. A: vias aéreas permeáveis; B: MV fisiológica, SpO<sub>2</sub> = 98%; C: pulso cheio, AC: RR 21, BNF; D: ECG 15, maturidade e sensib. preservadas, sem sinais de alarme; E: abdome inocente, pele estável, múltiplas lesões em membros, MSD e flanco, dor à mobilização de punho direito.

PA 120 X 80 mmHg	Pulso: 69 bpm	ECG: bpm	Temp.: °C
Diagnóstico Inicial:			

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado raios-x de coluna cervical, tórax e pulso, punho direito. Avaliação da ortopedia e cirurgia plástica.  
1. Nubain - 01 amp + SFO 9% 100ml, EV, AGORA 21/03  
2. R. lactata - 2000 ml, EV, aberta.

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
ÓBITO:	DESTINO:		DATA SAÍDA: / /
	<input type="checkbox"/> Até 24 hs	<input type="checkbox"/> Família	HORA: : :
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Após 48 hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	Proced. Solicitado: 0413010015
			CID Compatível: DATA 29/03/18
			Prof. Solicitante: Tópicos: 7 Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável: Simão Carvalho de Sousa

Assinatura Profissional: Marcelo Rocha  
Cirurgião Plástico  
CRM-PI 3399

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE







**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11 / 06 / 2018

NOME DO PACIENTE: <u>Domingos Q. de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>473096</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>03</u>
CIRURGIÃO: _____	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>11</u>	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Da</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Socorro Oliveira</u>	CPF Nº: _____

*Handwritten signature and stamp:*  
 Jane Siqueira Lima  
 CO-1

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7-0	PARA	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7-5	PARA	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PARA	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO <u>macio</u>	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA 7	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	02	
GASES 510	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		<u>Eletródos</u>	unid	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Crepom</u>	unid	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<u>Escorea</u>	unid	04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Neomicina pomada tub</u>		06	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON nº 5-0	unid						
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Branda</u>			
				<u>Conen = 145418 AE</u>			



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Domingos Antonio de Sousa  
Diagnóstico pré-operatório Queimadura no membro inferior direito  
Operação - Tipo Enxerto de pele  
Cirurgião Vanessa 1º Assistente 11  
2º Assistente 11 3º Assistente 11  
Instrumentador(a) Socorro Oliveira Anestesista João Anestesta Raquel  
Anestésico(a)

Data da Operação 06-11-06-2018

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico
- ② - Antissepsia + colocação de campos
- ③ Retirada de enxerto de pele da coxa esquerda
- ④ Fixação de enxerto na área receptora
- ⑤ Curativo em área doadora
- ⑥ Curativo em área receptora













Vanessa  
Cirurgiã  
06/11/2018

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Domingos Antonio de Sousa IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 11 / 06 / 2018  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 13 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA: ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDACÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Exerção de pele CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>98/62</u>	<u>125/73</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>87</u>	<u>85</u>
SATURACÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>—</u>	<u>—</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>—</u>	<u>—</u>
NOME/MATRÍCULA	<u>Alinne</u>	<u>Alinne</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR						
Movimenta os quatro membros	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Movimenta dois membros	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
RESPIRAÇÃO						
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
Tem apnéia	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
CIRCULAÇÃO						
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
CONSCIÊNCIA						
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Desperta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0
SATURACÃO O <sub>2</sub>						
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO						
ESCALA DE DOR ALTA						
TOTAL	9		10		10	
ASS.	<u>Alus</u>		<u>Alus</u>		<u>Alus</u>	

SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORÁCICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG ( ) NASOG
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POE de exerceção de pele, segue bem, sem dor, com oxigenação.

DESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Alus = 10  
Sem queixa

HORÁRIO

13:00

ANESTESIOLOGISTA

Alus

CAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )

XSTO: ( ) ( ) ( ) ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( )

comunique o diagnóstico e prescreva  
em 11.06.18



FMS  
Fundação Municipal de Saúde

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Domingos Antonio de Sousa	472096		P09	Isolado	09
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
# 94. D14 por queimadura do 2º e 3º grau em mmii (E), tronco, por explosão				UTC	
DATA: 11 / 06 / 18 HORA: 07:35				OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
Paciente consciente, orientado, apático, normotensor, sem queixas. ACB = ME 5/RA, BCR. 2T, 55. Abdom: Rhs + 5/semelhante. Pulso e vasodilatação presentes, sem pulso radial. MIE com cura					14:10hs - Paciente encaminhado do CC para cirurgia com Dr. Vanessa segue em OBS, sem queixas.
1 Dieta zero					Continuar
2 Omeprazol 40mg, 01 cp, VO, em jejum					
3 Dipirona 500mg/mc - 42 gotas, VO, 6/6h de dor e/ou T°C > 37,8°C					
4 Vitamina C 1g - 01 cp, VO, 24/24h (com paciente)					
5 Bromoprida 10mg/ml - Fozes 2mc + AD, EV, 12/12h, 505					
6 Euvato com dermacerium em toda a área					
7 Euvato, suco, captopril 25mg - 01 cp VO, de 1200 a 1600 e/ou PAD > 140 mmHg					
8 NBR com 5mc 5FQ, 9% + Biotin 5gotas + acetoxent 5gotas, ACM.					

Mod: 007

VIRE →



## RELATÓRIO DE ALTA DA SALA AMARELA

NOME : DOMINGOS ANTÔNIO DE SOUSA

PRONTUÁRIO: 472096

DN:09/10/1960

Teresina, 25 de ABRIL de 2018

### DIAGNÓSTICO: QUEIMADURA DE 2º GRAU EM TONCO, MSD, MID E MIE POR EXPLOÇÃO DE MOTOCICLETA SCQ 30%

Paciente vítima de colisão moto x animal (vaca) seguido de queimadura por chama, com capacete no dia 29/03/2018. Ao exame de admissão: vias aéreas pervias, MV fisiológico, sO2 98%, pulso cheio, RR em 2T com BNF, ECG 15, motricidade e sensibilidade preservadas sem sinais de alarme, abdome inocente pelve estável, múltiplas lesões em mmil, msd e flanco, dor à mobilização de punho direito. Avaliada pela ortopedia, sendo liberado. Avaliado pela cirurgia plástica, sendo diagnosticado com queimadura de 2º grau superficial e profunda disseminadas pelo corpo em MIE (18%), MID (10%), tronco e MSD (2%), tendo como conduta internação em UTQ. Ficou internado em UTQ do dia 29/03/2018 ao dia 21/04/2018, em que apresento choque séptico de origem cutânea, sendo encaminhado para estabilização, foi estabilizado e conduzido para sala amarela. Fez uso de Antibioticoterapia (12 dias de Ciprofloxacina ev, 3 dias de Vancomicina ev e 1 dia de Meropenem EV).

Evolui em BEG, consciente, orientado, ECG: 15, eupneico, hidratado, normocorado, icterico ++/4+, respirando espontaneamente, em uso de drogas vasoativa (desmame), sem sedoanalgesia. Ausculta cardíaca: RR, 2T, BNF e sem sopros. Normocárdico e normotenso. Ausculta pulmonar com MV simétricos e presente sem ruídos adventícios. Abdome glogoso, depressível, sem sinais de irritação peritoneal e RHA presentes. Extremidades normoperfundidas, sem sinais de trombose venosa. Com curativos em MID e MIE.

Paciente em condição de Alta da Sala Amarela.

João de Jesus Continho Jr.  
MÉDICO - INTENSIVISTA  
CRM-PI 4744 / CEM-MA 6965

Jane Soares Lima Dias  
Enfermeira

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

**LAUDO MÉDICO**Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)Endereço: **NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000**

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m29d

Sexo: Masculino

Origem: INTERNAÇÃO

Atendimento: 211115

Requisição: 825298

Solicitação: 29/03/2018

Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1021332

Convênio: S U S

UTQ - P10

ENFERMARIA 228

LEITO 213

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 29/03/2018

**COLUNA CERVICAL**

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 07/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 281.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

TERESINA - PI 07/04/2018

IRANDI SILVA

COMPROVANTE

Rua Dr. Otto Ito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 CERESTINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)

Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000

Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m29d Sexo: Masculino Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: 211115

Requisição: 825298 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Control: 1021333      Convênio: S U S      UTQ - P10      ENFERMARIA 228      LEITO 213

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060095

**Data Exam: 29/03/2018**

## BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA. os seguintes aspectos observados:

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 07/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Professional Responsible:

*Jane Sirovica* Unit Disc. 10/20/2021





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5443

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-92

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)  
Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000  
Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211115  
Requisição: 825298 Solicitação: 29/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1021334 Convênio: S U S UTQ - P10 ENFERMARIA 228 LEITO 213

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 29/03/2018

### TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 07/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Jane Siqueira Lima  
COO





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 36 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)  
Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000  
Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211344  
Requisição: 826904 Solicitação: 04/04/2018 Solicitante: DENYBERG DE OLIVEIRA SANTIAGO  
Controle: 1023169 Convênio: SUS CLÍNICA CIRURGICA - P09 ISOLAMENTO 09 LEITO 199

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010040

Data Exame: 04/04/2018

### US C/DOPPLER VENOSO DE MID

Exame sonográfico realizado com transdutor de 10,0MHz, de foco dinâmico.

ECOCOLOR DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

- Veias femoral comum, femoral profunda e superficial com fluxo contínuo e fásico com a respiração, pérveas e compressíveis.
- Veias poplítea, fibulares, soleares, gastrocnêmicas; e tibiais pérvias com fluxo contínuo, pérveas e compressíveis.
- Junção safeno-femoral e safeno-poplítea pérvias.
- Veias safena magna, safena parva, pérveas e compressíveis.
- CATETER em veia femoral comum esquerda.

### CONCLUSÃO:

- SISTEMA VENOSO PROFUNDO PÉRVIO.
- SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL PÉRVIO.

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 04/04/2018

**FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA**

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879

Profissional Responsável

*Francisco de Assis Moura Oliveira*  
CO-04

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA - PI CEE: 64317-770 CNPJ: 05.527.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA** (Prontuário: 472096)  
 Endereço: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL - OEIRAS - PI CEP: 64500-000  
 Nascimento: 09/10/1960 Idade: 57a5m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211344  
 Requisição: 827021 Solicitação: 04/04/2018 Solicitante: DENYBERG DE OLIVEIRA SANTIAGO  
 Controle: 1023293 Convênio: S U S CLÍNICA CIRURGICA - P09 ISOLAMENTO 09 LEITO 189

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0205010040

Data Exame: 04/04/2018

**US C/DOPPLER ARTERIAL DE MID**

Exames sonográfico realizado com transdutor de 7,5 mHz, de foco dinâmico.

**ECOCOLOR DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

- Artérias femoral comum, femoral superficial, poplítea e tíbias posteriores ao nível do tornozelo, com bom fluxo no estudo com Doppler colorido e pulsátil, sem placas ateromatosas importantes, apresentando curvas de velocidade com morfologia normal, trifásica.

- As velocidades de pico sistólico máximo obtidas foram normais.

**CONCLUSÃO:**

- Exame dentro da normalidade.

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 04/04/2018

*Francisco de Assis Moura Oliveira*  
 CO-0

**FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA**

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879

Profissional Responsável

**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

Prontuário:

472096

Internação:

216271

**RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO****DADOS DO PACIENTE:**

Nome: <b>DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA</b>				
End. Resid.: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL				
Cidade: OEIRAS - PI CEP: 64500-000				
Sexo: Masculino	Nascimento: 09/10/1960	Idade: 57a5m2d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: LAVRADOR
Admissão: 29/03/2018	G. Instrução: Não informado	Fone: 89-99458-4073	Cartão SUS (CNS): 706800261681623	Procedência: OEIRAS
Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA			Mãe: ROSA PEREIRA DE SOUSA	
Responsável: SIMIÃO CARVALHO DE SOUSA				
End. Responsável: NOVA FAZENDA - ZONA RURAL OEIRAS - PI 64500-000				
Documento: RG: 3647974 - SSP PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

**INFORMAÇÕES MÉDICAS**

Internação		Alta		Clinica:
Data: 11/06/2018	Hora: 13:31	Data: 18 / 06 / 18	Hora: 11:40	CENTRO CIRÚRGICO
<b>Diagnóstico de Admissão:</b>				
Procedimento: 0401020029 - ENXERTO DERMO-EPIDERMICO				
CID 10: L988 . - Outras afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo				
<b>Diagnóstico de Alta:</b>				
Procedimento: <u>Enxerto Dermo-epidérmico</u>				
CID 10: _____				
<b>Tratamento Realizado:</b>				
<u>Enxerto de pele em membro superior</u>				
<b>Exames Realizados:</b>				
<u>Laboratório / Bacteriologia</u>				

**Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.**

18 / 06 / 18  
Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

*Dr. Fabrício de O. Viana*  
Cirurgião Plástico  
CRM-2903

Carimbo/Ass. Médico Responsável

### RELATORIO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, O PACIENTE, **DOMINGOS ANTÔNIO DE SOUSA, CPF-121.749.202-04**, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM **28/03/2018**, APRESENTANDO, QUEIMADURA DE 2º GRAU NO (M.I.D) E (M.I.E). FEITO ANALGESSICO, ANTIINFLAMATÓRIO, INTERNAÇÃO, CIRURGIA PARA EXERTO NO (M.I.E), EXAMES e FISIOTERAPIA.

FOI EXAMINADO POR MIM E CONSTATADO PERDA FUNCIONAL DE 70% NO MEMBRO AFETADO (M.I.D) e 40% NA PERNA ESQUERDA, SEQUELADO.

OEIRAS, 20 DE AGOSTO DE 2018.



Nilson Cronemberger  
CPF 032.981.304-34



DR : NILSON CRONEMBERGER



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.647.974 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/10/11

NOME DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

FILIAÇÃO ROSA PEREIRA DE SOUSA  
GUILHERME ANTONIO DE SOUSA

NATURALIDADE OEIRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 09/10/1960

DOC. ORIGINAL CERT. CASAM. 927 L 2-B F 15  
EXP OEIRAS-PI 12/09/08

TERCEIRA - PI 121.749.202-04

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.280/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



*Domingos Antonio de Sousa*

ASSINATURA TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RANYERE MARTINS SILVA



DOC. IDENTIDADE / CNH TITULAR  
3184096-SSD PI

CNPJ  
046.400.793-62

DATA NASCIMENTO  
19/10/1990

PLACAO  
JOSE DE RIMAMAN  
SANTOS SILVA  
EDILEUSA MARINHO  
MARTINS SILVA

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA

AB

NR REGISTRO  
05841045485

VALIDADE  
02/01/2023

PRIMEIRAÇÃO  
31/07/2013

OBSERVAÇÕES

A

Ranyere Martins Silva

SIGNATURA DO PORTADOR

LOCAL  
OBRAS, PI

DATA DE EMISSÃO  
11/01/2018

14190954844  
P7320108570

PIAUI

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.647.974 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/10/11

NOME DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

FILIAÇÃO ROSA PEREIRA DE SOUSA  
GUILHERME ANTONIO DE SOUSA

NATURALIDADE OEIRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 09/10/1960

DOC. ORIGINAL CERT. CASAM. 927 L 2-B F 15  
EXP OEIRAS-PI 12/09/08

TERCEIRA - PI 121.749.202-04

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.280/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



*Domingos Antonio de Sousa*

ASSINATURA TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PI Nº 013227574054  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 00304 2018  
EXERCÍCIO 2018

ELDER MENDES DA COSTA ALVES

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

02372794361

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

PI Nº 013227574054 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 06/04/2018

VIA 1 02372794361

00304/27334

2011 0.9

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

CONTRAN

PJ CORRETORA DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.481/0001-04



A

SEGURODORA LIDER

EU, DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA, CPF- 121.749.202-04  
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EM ESPECIAL A SEGURODORA  
LIDER, QUE FUI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM  
28-03-2018, APRESENTANDO QUEIMADURAS DE 2º GRAU  
NO MEMBRO INFERIOR DIREITO E MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

AFIRMO, QUE NÃO CONCORDO COM A EQUIPE  
MÉDICA QUE ANALIZOU O MEU PROCESSO, SOU POBRE  
E NECESITO MUITO DESSA INDENIZAÇÃO.

PEÇO ENCARECIDAMENTE A ESSA SEGURODORA QUE  
MARQUE UMA PERÍCIA PARA QUE EU POSSA COMPROVAR MINHAS  
SEQUELAS.

RELATÓRIO MÉDICO EM ANEXO.

Declaro, 17 de AGOSTO de 2018.



\* Domingos Antonio de Sousa

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180331779 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA **Data do acidente:** 28/03/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** QUEIMADURAS EM MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*IVONE S. VALICE*

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417079 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA **Data do acidente:** 28/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** QUEIMADURAS EM MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (ENXERTO DE PELE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*\*\* APRESENTA RELATÓRIO MÉDICO, DR. NILSON CRONEBERGER, DATA 20/8/2018, PERDA FUNCIONAL DE 70% DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E 40% DA PERNA ESQUERDA.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417079 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA **Data do acidente:** 28/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** QUEIMADURAS EM MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (ENXERTO DE PELE).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Fernanda C. G. Fonseca*

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180331779 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA **Data do acidente:** 28/03/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/07/2018  
**Valoração do IML:** 0  
**Perícia médica:** Não  
**Diagnóstico:** A  
**Resultados terapêuticos:** A  
**Sequelas permanentes:**  
**Sequelas:** Sem sequela  
**Conduta mantida:**  
**Quantificação das sequelas:**  
**Documentos complementares:**  
**Observações:** A

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417079 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA **Data do acidente:** 28/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** QUEIMADURA DE 2º E DE 3º GRAU, COM 18% NO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM 10% NO ESQUERDO, E COM 2% NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** FEZ TRATAMENTO COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM 2 MESES E 22 DIAS, COM INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE QUEIMADOS DE 29/03/2018 AO DIA 21/04/2018, TEVE CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEM CUTÂNEA, FEZ TRATAMENTO MEDICAMENTOSO COM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA, COM ENXERTO DE PELE NA REGIÃO QUEIMADA, SENDO O SÍTIO DOADOR A COXA ESQUERDA, E REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.  
APRESENTA NO MOMENTO CICATRIZES DE QUEIMADURA NA COXA DIREITA, REGIÃO ANTERIOR E POSTERIOR, NA PERNA DIREITA REGIÃO ANTERIOR E POSTERIOR, NA COXA ESQUERDA REGIÃO POSTERIOR, E NA PERNA ESQUERDA REGIÃO POSTERIOR, TODAS COM PLASTICA VICIOSA, E CICATRIZ NA COXA ESQUERDA, DE RETIRADA DE PELE PARA ENXERTO, CICATRIZES QUE PREJUDICAM OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** MAURO RICARDO RAMOS BILIBIO

**CRM do médico:** 4606

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



**PRESTADOR**

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417079 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA **Data do acidente:** 28/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** QUEIMADURA DE 2º E DE 3º GRAU, COM 18% NO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM 10% NO ESQUERDO, E COM 2% NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** FEZ TRATAMENTO COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM 2 MESES E 22 DIAS, COM INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE QUEIMADOS DE 29/03/2018 AO DIA 21/04/2018, TEVE CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEM CUTÂNEA, FEZ TRATAMENTO MEDICAMENTOSO COM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA, COM ENXERTO DE PELE NA REGIÃO QUEIMADA, SENDO O SÍTIO DOADOR A COXA ESQUERDA, E REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.  
APRESENTA NO MOMENTO CICATRIZES DE QUEIMADURA NA COXA DIREITA, REGIÃO ANTERIOR E POSTERIOR, NA PERNA DIREITA REGIÃO ANTERIOR E POSTERIOR, NA COXA ESQUERDA REGIÃO POSTERIOR, E NA PERNA ESQUERDA REGIÃO POSTERIOR, TODAS COM PLASTICA VICIOSA, E CICATRIZ NA COXA ESQUERDA, DE RETIRADA DE PELE PARA ENXERTO, CICATRIZES QUE PREJUDICAM OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** MAURO RICARDO RAMOS BILIBIO

**CRM do médico:** 4606

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

**PRESTADOR**

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: CASADO  
Identidade: RG-3.647.974 - SSP-PB  
CPF: 121.749.202-04  
Profissão: LAZARADOR  
Endereço: LOCALIDADE - NOVA FAZENDA - ZONA RURAL  
CEP: 64.500-000  
Telefone: (91) 99456-5517

### OUTORGADO:

Nome: RANIERE MARTINS SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: RG-3.164.096 - SSP-PB  
CPF: 046.400.283-42  
Profissão: ESTUDANTE  
Endereço: AV. DOM. EXPEDITO 600F-241 - JUREMANGA  
CEP: 64-500-000 - DEIRAF - PIAUÍ  
Telefone: (91) 98108-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as 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 a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

3º Ofício

Deiraf, 10 de Julho de 2018  
Local e data

Domíngos Antonio de Sousa  
Assinatura do OUTORGANTE



por autenticidade/verdadeiro)



RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. DEIRAF-PB, 10/07/2018. Emol: 3,71 TJD, 74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: A06.11992 (F60P12)

WALDELANE FERREIRA DOS SANTOS-ESCRIVENTE



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: CASADO  
Identidade: RG-3.647.974 - SSP-PB  
CPF: 121.749.202-04  
Profissão: LAJEADOR  
Endereço: LOCALIDADE - NOVA FAZENDA - ZONA RURAL  
CEP: 64.500-000  
Telefone: (91) 99456-5517

### OUTORGADO:

Nome: RANIERE MARTINS SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: RG-3.164.096 - SSP-PB  
CPF: 046.400.283-42  
Profissão: ESTUDANTE  
Endereço: AV. DOM. EXPEDITO 600F-241 - JUREMANGA  
CEP: 64-500-000 - DEIRAF - PIAUÍ  
Telefone: (91) 98108-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as 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 a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

3º Ofício

Deiraf, 10 de Julho de 2018  
Local e data

Domíngos António de Sousa

Assinatura do OUTORGANTE

por autenticidade/verdadeiro)



RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. DEIRAF-PB, 10/07/2018. Emol.: 3,71 T. 10,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABG.11992 (F60P12)

WALDELANE FERREIRA DOS SANTOS-ESCREVENTE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0328432/18

**Vítima:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

**CPF:** 121.749.202-04

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 28/03/2018

**Titular do CPF:** DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

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

### DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA : 121.749.202-04

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](http://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: 10/09/2018  
Nome: RANYERE MARTINS SILVA  
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180331779

Vítima: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

Data do Acidente: 28/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180331779**.

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 13132119



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180417079

Vitima: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

Data do Acidente: 28/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180417079**.

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 13351679





Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**

Sinistro: **3180417079**  
Vítima: **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**  
Data do Acidente: **28/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **RANYERE MARTINS SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180417079** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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**



**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**

Sinistro: **3180417079**  
Nome do(a) Examinado(a): **DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **LC NOVA FAZENDA nº 0 - ZONA RURAL - OEIRAS/PI**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3647974 - SSP**  
Data e local do acidente: **28/03/2018 OEIRAS/PI**  
Data e local do exame: **22/09/2018 FLORIANO/PI**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**QUEIMADURA DE 2º E DE 3º GRAU, COM 18% NO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM 10% NO ESQUERDO, E COM 2% NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.**

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

**FEZ TRATAMENTO COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM 2 MESES E 22 DIAS, COM INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE QUEIMADOS DE 29/03/2018 AO DIA 21/04/2018, TEVE CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEM CUTÂNEA, FEZ TRATAMENTO MEDICAMENTOSO COM USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA, COM ENXERTO DE PELE NA REGIÃO QUEIMADA, SENDO O SÍTIO DOADOR A COXA ESQUERDA, E REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.**

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

**APRESENTA NO MOMENTO CICATRIZES DE QUEIMADURA NA COXA DIREITA, REGIÃO ANTERIOR E POSTERIOR, NA PERNA DIREITA REGIÃO ANTERIOR E POSTERIOR, NA COXA ESQUERDA REGIÃO POSTERIOR, E NA PERNA ESQUERDA REGIÃO POSTERIOR, TODAS COM PLÁSTICA VICIOSA, E CICATRIZ NA COXA ESQUERDA, DE RETIRADA DE PELE PARA ENXERTO, CICATRIZES QUE PREJUDICAM OS MOVIMENTOS ARTICULARES DO MEMBRO INFERIOR DIREITO**

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

**DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO**

**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

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: MAURO RICARDO RAMOS BILIBIO CRM:4606 /PI**

  
Mauro Ricardo R. Bilibio  
Médico  
CRM - PI 4606 / MA 6373

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

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 ASI:

CPF da vítima

121.749.202-04

Nome completo da vítima

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA		CPF titular da conta 121.749.202-04	Profissão LAURADOR
Endereço LOCALIDADE - NOVA FAZENDA		Número SLN	Complemento -
Bairro ZONA RURAL		Cidade DEIRAS	CEP 64.500-000
Estado PIAUÍ		Telefone (DDD) 89-99456-5517	

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**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> CONTA POUPEMANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRANDECO (037) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos): BANCO Nome Nº	
AGÊNCIA VIG 1383		CONTA Nº 60435		AGÊNCIA VIG CONTA Nº 	
(Informar dígito se existir)		(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.

DEIRAS 10 de JULHO de 2018  
Local e Data

Domíngos Antonio de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**

19 JUL 2018

**DPVAT**

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL \*

SAC 0800 725 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

191-620857961-2

10/JUL/2018

HORA DE 11:23:30

LOT: 16,12341-0

TERM: 017305

LOCALIDADE: OUTRAS

AG. VINCULADA: 1383

CONTROLE: 620110054

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1383 013 00060935-6

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

VALOR

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PRIVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

191-620857961-2

1ª VIA

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 ASI:

CPF da vítima

Nome completo da vítima

121.749.202-04

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA		CPF titular da conta 121.749.202-04	Profissão LAURADOR
Endereço LOCALIDADE - NOVA FAZENDA		Número SLN	Complemento -
Bairro ZONA RURAL		Cidade DEIRAS	CEP 64.500-000
Estado PIAUÍ		Telefone (DDD) 89-99456-5517	

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**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> CONTA POUPEMANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (137) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos): BANCO Nome Nº	
AGENCIA VIG 1383	CONTA Nº 60435	AGENCIA VIG 	CONTA Nº 	AGENCIA VIG 	CONTA Nº 
(Informar dígito se existir)		(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.

DEIRAS 10 de JULHO de 2018  
Local e Data

Domíngos Antonio de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**

19 JUL 2018

**DPVAT**

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL \*

SAC 0800 725 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

191-620857961-2

10/JUL/2018

HORA DE 11:23:30

LOT: 16,12341-0

TERM: 017305

LOCALIDADE: OETRAS

AG. VINCULADA: 1383

CONTROLE: 620110054

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1383 013 00060935-6

DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

VALOR

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PRIVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINITOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

191-620857961-2

1ª VIA



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001393/2018-83**

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Etevaldo De Andrade Filho

Data/Hora: 10/07/2018 - 10:09

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE OEIRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Endereço

BR-230, NAS PROXIMIDADES DO ASSENTAMENTO BARRIGUDA, Nº:

Complemento

ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Data/Hora

28/03/2018 - 18:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

RG: 3.647.974 SSP PI

Mãe: ROSA PEREIRA DE SOUSA

Pai: GUILHERME ANTONIO DE SOUSA

Endereço: LOCALIDADE NOVA FAZENDA, Nº

Complemento: ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-5458-5517

Tipo Envio: VITIMA/Noticiante

Nome: ANTONIA CARVALHO DE SOUSA

RG: 1.825.134 SSP PI

Mãe: HELENA FERREIRA DE CARVALHO

Pai: ANTONIO FERREIRA DE CARVALHO

Endereço: LOCALIDADE NOVA FAZENDA, Nº

Complemento: ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: OEIRAS

Tipo Envio: VITIMA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

19 JUL 2018

DPVAT

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Ronavam:

Cor:

1 - HONDA, CG 150 TITAN KS

2008 NHY1947

9C2KC0810BR231460

C0974858951

Preta

Condutor: DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA

RG: 3.647.974 Órgão: SSP UF RG: PI

End: LOCALIDADE NOVA FAZENDA Número: Complemento: ZONA RURAL DE OEIRAS-PI

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: ANTONIO FILHO DE CARVALHO SOUSA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

DECLARA o noticiante que, no dia 28/03/2018, por volta das 18:00h, trafegava pela BR-230, sentido Oeiras/Floriano, conduzindo referida motocicleta, caracterizada acima; QUE em referida motocicleta, o noticiante levava no carona (garupa), sua esposa ANTONIA CARVALHO DE SOUSA; QUE em determinado trecho, mais precisamente, nas proximidades do Assentamento Barriguda o noticiante bateu referida motocicleta, em um animal (vaca), vindo a cair; QUE após o acidente o noticiante sofreu queimaduras de segundo grau em MMSS E MMII, causado pela moto que ficou em chamas após o acidente; QUE o noticiante foi socorrido por terceiros e encaminhado a UPA - Unidade de Pronto Atendimento 24h, em Oeiras-PI, e logo em seguida transferido para o HUT - Hospital de Urgência de Teresina, onde passou por procedimento cirúrgico; QUE sua esposa, ANTONIA CARVALHO



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.001393/2018-83**

DE SOUSA, apresenta escoriações leves pelo corpo e refere dor torácica irradiando para o dorso e dor intensa em MSD (BRAÇO), que na oportunidade também foi socorrida por terceiros e encaminhada para a UPA, em Oeiras, onde foi medicada; QUE O NOTICIANTE NÃO POSSUI CNH. Era o que tinha a noticiar.

  
Ezevaldo De Andrade Filho - Mat. 086702X  
AGENTE DE POLÍCIA

  
DOMINGOS ANTONIO DE SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

  
Delegado de Polícia

