

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: 08/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000096386-0

Nr. da Autenticação 4DCE8AF817253B2B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190615989 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO TERÇO MÉDIO DO ESCAFOIDE ESQUERDO. P9/15
FRATURAS NO CAPITATO E NO ESTILOIDE ULNAR ESQUERDO. P15
LUXAÇÃO TRANSESCAFOPERISEMILUNAR À ESQUERDA. P5
LUXAÇÃO INTERFALANGEANA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. P13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E PARAFUSO. P5
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário André Marcos Cardoso do Vale inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.839.433/57 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima André Marcos Cardoso do Vale inscrito (a) no CPF sob o Nº 058.839.433/57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua 24 De Jamilino</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(86) 99534-6568</u>		

Teresina, 31 de Outubro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Acidente de Transporte	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	
	23 Glasgow = 14 APERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - A voz 3 - A dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma 24 Sinais vitais Pulso 84 Res. PA 190x90 TAX. 95% SatO2 95% 25 Local da lesão				
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	
Assistência	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino		
	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não 1 - Aspiração 2 - Oxigênio 3 - Curativos 4 - Branca longa/curta 5 - Colar cervical 6 - Kred 7 - Imobilização de extremidades 8 - Reanimação cardiopulmonar 9 - Assistência obstétrica 10 - Glicemia 11 - Acesso venoso 12 - Medicamentos a) SAME - HLT b) CONFERE COM O ORIGINAL	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte		
Hospital de Destino	35 Observações Interdisciplinar				
	Absente 26 anos vítima colisão moto x animal. apresentando fratura MSE (Ulna e Antebraço) escoriações e lacerações de menor lesão, sangramento em região occipital. Deferido o exame de urina e (exceção feita) por ferimentos) realizado o teste de toxicologia (primeiro teste de urina negativo 29/10)				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
Ausente		AE/TE		Condutor	
		Georgio Luiz Rocha da Paz		Rocha S. L. U.	
		Técnico em Enfermagem			
		COREN-PI 666.187			



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: André Marcos Cardoso de Mello

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 420975

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".

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

*Wojado***BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

Imp: 17/06/2019 09:36:24

(User: PABLO DANTAS)

(Estação: SALA VERDE04)

DADOS DO PACIENTE:*NHEC 19/06/19 às 08:00*

Nome: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE		Prontuário: 420975
Mãe: MARIA DA CONCEICAO SOUSA CARDOSO		Pai:
End. Resid.: RUA 01, 5361 - VILA BANDEIRANTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-060		
Nascimento: 20/02/1993	Idade: 26a3m25d	Sexo: Masculino Fone: 86-99466-1680
Responsável: O MESMO		CNS: 898002950914111
Profissão: MECANICO		Documento: CPF: 056.839.433-57
G. Instrução: Médio Completo		E. Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 726815	Entrada: 17/06/2019 09:10:36	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente vítima de trauma em colar cervical e prancha, segue com queixa de dor em mse e nega outras queixas.

- a: via aérea pervia, colar cervical e prancha;
b: eupneico e com boa dinâmica ventilatória
c: não sangramentos evidentes, normocárdico
d: gcs 15; sem déficits; pifr
e: escoriações em face e joelho esquerdo

RAIO-X REALIZADO

DATA: 17/06/19 HORA: 10:50h
TÉCNICO: *[assinatura]*TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA: 17/06/19 HORA: 10:50h
EXAME: *[assinatura]*
TÉCNICO: *[assinatura]***Diagnóstico Inicial:**

CID:

Exames Complementares:

(1241317) - MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

[assinatura]
Assinatura Paciente ou ResponsávelPABLO DANTAS ALENCAR
CRM: 6306 Em: 17/06/2019 09:36:22



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

241284

215508

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

241284

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE

6 - Prontuário: 420975

7-CNS: 898002950914111

8-Nascimento: 20/02/1993

9-Sexo: Masculino

CPF: 058.839.433-57

11-Mãe: MARIA DA CONCEICAO SOUSA CARDOSO

12-Fone: 86-99466-1680

3-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Parda

15-Ender: RUA 01, 5361 - VILA BANDEIRANTE - CEP: 64000-060

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-060

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

ACIDENTE COM TRAUMA NO PUNHO ESQ
DOR E EDEMA LOCAL
RX E TC FRATURA ESCAFOIDEJoana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

EXAME CLINICO E RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do osso navicular [escafoide] da mão

24-CID Prim:

S620

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408020466

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

29-Clinica:

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

02

01

CPF

776.327.023-34

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

34-Data Solicitação:

17/06/2019

35-Ass.Carimbo Med. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

() CNS () CPF

49-Num. Documeto:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável

Usuário: (CAIO VAZ)

Consulta Local: 726815

Consulta SUS:

Impressão: 17/06/2019 11:02:03

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

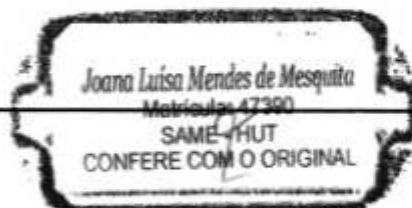
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>André Marcos Cardoso do Vale</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fract. lux. Transescafoidea distal do carpo 1a ESQ.</u>		
Operação - Tipo <u>Osteossíntese do Escafóide + punção + Pesquisa e</u>		
Cirurgião <u>Quinto Duarte</u>	1º Assistente <u>Felipe R. de S. Almeida</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <u>Adriano</u>	Anestesista <u>Leilane</u>	Anestesia <u>Bloqueio Plexo</u>
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>21/06/19</u>	Início <u>15:10</u>	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>O osso</u>		<u>Boa + punção</u>

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

nenhum



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

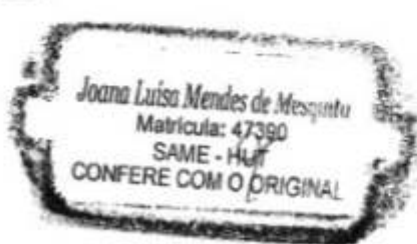
- punção do osso, coloc. compor
- Inserir o osso no plano
- Identificar a Fract. do escáf. e parte o osso
- Punção, parafuso fixo para controle R
- Fixação do escáf. e punção Herbert
- Punção do semilunar e fixação do fio
- Reforço externo do osso distal
- Colocar o osso no plano do escáf.
- Fixar no plano, curativo
- Fecho do sítio - punção.

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/06/19

NOME DO PACIENTE: <u>André Marcos Condado de Vitor</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>470975</u>
DIAGNÓSTICO: <u>frat. escapula</u>	CIRURGIA: <u>Fratura de Escapula</u>
ANESTESIA: <u>milena</u>	Nº DA SALA: <u>07</u> <u>7604</u>
CIRURGIÃO: <u>Douglas Mendes</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Resid.</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Bloqueio Plexo</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Fabiano</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	1		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	11	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 8.0	PAR	111	
AGULHA 40X12	UNID.	1		LUVA Nº 7.2	PAR	11	
AGULHA RAQUE <u>Duxo</u>	UNID.	11		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	111	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	30	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	111		SERINGA 20CC	UNID.	1	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	1		SERINGA 10CC	UNID.	1	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	1	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	11	
GASES	PAC.	111		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Fig nº 1</u>	11		<u>nº 1</u>
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA 			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	11						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Theslane Ribeiro</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Prac. de Enfermagem</u>			
PROLENE							



BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseprima.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place • Calhau
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseprima.com.br

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT

Herbert

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome Valda

Joana Luiza Mendes de Macquena
Matricula: 47380
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	01 mini-parafuso de auto-compressão Nº 210
	<u>2108</u>

Oswaldo Mendes Filho
Cirurgião de Mão
CRM-PI 2108 / RQE 1061

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

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 21/06/19

DATA DA ALTA ____/____/____

PACIENTE - Nome: Andrie Marcos Landoso do Vale

Nº AIH: 241284

Nº do Prontuário: 420975

Data da Internação ____/____/____

Procedimento Médico Realizado: 0408020466

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Oswaldo

CRM Nº 2108

Oswaldo Mendes Filho
Cirurgião de Mão
CRM-PI 2108 / RQE 1061



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	241284

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE	6 - Prontuário: 420975
7-CNS: 898002950914111	8-Nascimento: 20/02/1993
9-Sexo: Masculino	CPF: 058.839.433-57
11-Mãe: MARIA DA CONCEICAO SOUSA CARDOSO	12-Fone: 86-99466-1680
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:
5-End: RUA 01, 5361 - VILA BANDEIRANTE - CEP: 64000-060	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-060

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020466	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030619	32 - Descrição do Procedimento Especial: MINI-PARAFUSO DE AUTO-COMPRESSAO
	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE	

38-Profissional Responsável: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 21/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 776.327.023-34	41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

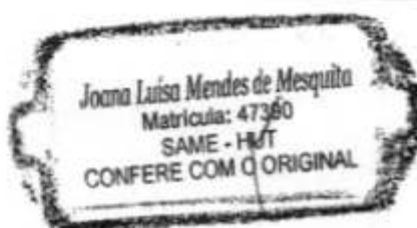
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Distensão e fratura do
túnel com parafuso e Herbert*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: <i>João de Ribamar Sales Filho</i>	47-Data Autorização: 06/08/19	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer com de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: ____/____/____	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)





SECRETARIA DE SAÚDE
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ANDRÉ MARCOS CARDOSO DO VALE		420975	20/02/1993	26	Ortopédica	232	17	
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DATA/HORA CÓDIGO								
DI : 17/06/2019	FRAT. ESCAFOIDE							
22/06/19	F-D com apêndice							
1	Dieta oral livre							
2	2lcho salinizado							
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
5	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
7	Curativos diários							
8	Cuidados gerais e sinais vitais							
9								
Joana Luisa Mendes de Mesquita Metrícula: 47390 SAMEC HUT CONFERE COM O ORIGINAL Dr. Yuri Jivago Félix Ortopedia e Traumatologia CRM 3415-TEOT/10029								
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM 3415-TEOT/10029 / CRM 2308 / CRM 3766-TEOT/11305 / CRM 13367								



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Salvador

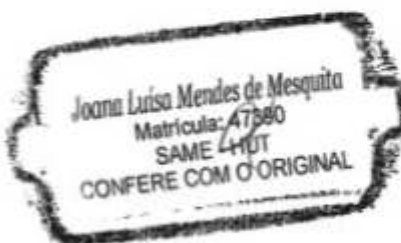
(77)

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 49561 - Em: (17/06/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Naso.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
726815	420975	ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE	20/02/1993	SALA VERDE			FABIO DANTAS ALENCAR				
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora:											
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo ORAL ZERO,										
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO			1,00	Frasco	EV	12/12h			Salvador 10:30	
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	6/6h			Salvador 10:30	
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.			1,00	Ampola	EV	12/12h			Salvador 10:30	

77

FABIO DANTAS
MÉDICO
CRM-PI 6303





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

Prontuário:

420975

Internação:

241284

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE				
End. Resid.: RUA 01, 5361 - VILA BANDEIRANTE				
Cidade: TERESINA - PI				
CEP: 64000-060				
Sexo: Masculino	Nascimento: 20/02/1993	Idade: 26a3m25d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: MECANICO
Admissão: 24/09/2016	G. Instrução: Médio Completo	Fone: 86-99466-1680	Cartão SUS (CNS): 898002950914111	Procedência: TERESINA
Pai:			Mãe: MARIA DA CONCEICAO SOUSA CARDOSO	
Responsável:				
End. Responsável: -				
Documento: CPF: 058.839.433-57				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clínica:
Data: 17/06/2019	Hora: 11:00	Data: ____/____/____	Hora:	
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0408020466 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO				
CID 10: S620 - Fratura do osso navicular [escafoide] da mão				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: _____				
CID 10: _____				
Tratamento Realizado:				
Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula 47390 SAME / HUT CONFERE COM O ORIGINAL				
Exames Realizados:				

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

____/____/____
Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

FICHA DE ADMISSÃO



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Prontuario:

420975

Internação:

241284

Nome: **ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE**

End. Resid.: RUA 01, 5361 - VILA BANDEIRANTE

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-060

Sexo:
Masculino

Nascimento:
20/02/1993

Idade:
26a3m25d

Estado Civil:
Solteiro(a)

Profissão:
MECANICO

Admissão:
24/09/2016

G.Instrução:
Médico Completo

Fone:
86-99466-1680

Cartão SUS (CNS):
898002950914111

Procedência:
TERESINA

Pai:

Mãe: MARIA DA CONCEICAO SOUSA CARDOSO

Cônjuge:

Responsável:

End.Responsável: -

Documento: CPF: 058.839.433-57

Internou-se neste Hospital: () Sim () Não Internou Noutros Hospitais () Sim () Não

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

ACIDENTE COM TRAUMA NO PUNHO ESQ

DOR E EDEMA LOCAL

RX E TC FRATURA ESCAFOIDE

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DIAGNÓSTICO:

Provisório: Fratura do osso navicular [escafoide] da mão

C I D: S620

Principal:

C I D:

Intercorrência:

Sintomas e Sinais Principais:

Causa Mortis:

Hist.Patológico:

TRATAMENTO:

TIPO:	TERAPÊUTICA MÉDICA:	OPERAÇÃO:	EFICÁCIA:
() Nenhum		Principal:	() Eficaz
() Médico			() Ineficaz
() Cirúrgico		Acessoria:	() Prejudicial
() Méd.Cirug.			() Não Avaliado

DURAÇÃO:

Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
ALTA SAÍDA:			TRANSFERÊNCIA:	ÓBITO:
() Curado	() A Pedido	() Por Indisciplina	() Tisiologia	() <=48 H, estado agônico ou pré-agônico
() Melhorado	() Int.P/Diagnóstico	() Evasão	() Psiquiatria	() <=48 H, SEM estado agônico ou pré-agônico
() Inalterado	() Decisão Médica	() P.Ambulatório	() Outros	() Após 48 horas de Internação

Em: 17/06/2019

Ass. Médico

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE** (Prontuário: 420975)
Endereço: RUA 01, 5361 - VILA BANDEIRANTE - TERESINA - PI CEP: 64000-060
Nascimento: 20/02/1993 Idade: 23a7m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 571236
Requisição: 678851 Solicitação: 24/09/2016 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 848305 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 24/09/2016

MAO ESQUERDA

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

- Luxação interfalangeana proximal no 5º quirodactilo.
- Aumento de volume de partes moles.

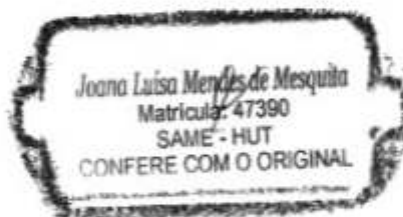
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 10/10/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 10/10/2016 21:31:48



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE** (Prontuário: 420975)
Endereço: RUA 01, 5361 - VILA BANDEIRANTE - TERESINA - PI CEP: 64000-060
Nascimento: 20/02/1993 Idade: 26a5m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726815
Requisição: 966388 Solicitação: 17/06/2019 Solicitante: PABLO DANTAS ALENCAR
Controle: 1241317 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 17/06/2019

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

O estudo radiológico do membro superior esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura recente no osso escafoide do carpo fixada com parafuso metálico.
- Artrodese no punho com presença de fio metálico.
- Tala gessada.

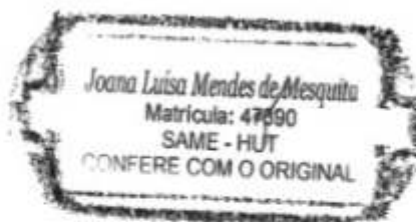
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/07/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE** (Prontuário: 420975)
 Endereço: RUA 01, 5361 - VILA BANDEIRANTE - TERESINA - PI CEP: 64000-060
 Nascimento: 20/02/1993 Idade: 26a3m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726815
 Requisição: 966402 Solicitação: 17/06/2019 Solicitante: PABLO DANTAS ALENCAR
 Controle: 1241345 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 17/06/2019

T.C. DE PUNHO ESQUERDO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULTI-SLICE COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, CORONAL, SAGITAL E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA COMINUTIVA NO TERÇO MÉDIO DO OSSO ESCAFÓIDE COM DESLOCAMENTO VOLAR DE FRAGMENTO PROXIMAL.
- LUXAÇÃO ANTERIOR DO SEMILUNAR EM RELAÇÃO AO HAMATO.
- FRATURAS ALINHADAS NO GANCHO DO CAPITATO E NO PROCESSO ESTILOÍDE DA ULNA.
- EDEMA EM PARTES MOLES PERIARTICULARES.

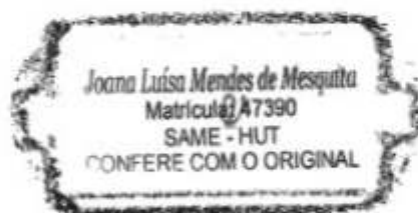
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 17/06/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Andre Marcos Cardoso do Vale
1171627

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.280/83

1171627

Assinatura do Titular: Andre Marcos Cardoso do Vale

CNPJ 058.839.433-57

EXP. TERESINA-PI 28/11/96

CERT. NASC.

DOC. CIVIL

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO

20/02/1993

RELACAO

MARIA DA CONCEICAO SOUSA CARDOSO

CARLOS SANTOS RODRIGUES VALE

TERESINA-PI

DATA DE EXPIRACAO

26/06/18

REGISTRO

3.084.458

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

0476253

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DCC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L A1/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DETRAN - PI Nº 014207498172
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PI Nº 014207498172 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00221294007		2019
NOME			
ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE			

CPF / CNPJ		PLACA	
05883943357		NIN-8116	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
		9C2KC1550AR141222	

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA	GASOLINA
MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI	2010 2010
CAP / POT / CIL	CATEGORIA
02P/0149CC	PARTICU
	COR PREDOMINANTE
	PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
1ª	IPVA	
2ª	PAGO	
3ª		

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO	PAGO		

SEM RESTRICOES	OBSERVAÇÕES

LOCAL	DATA
TERESINA	26/06/2019

ASSINATURA DO AGENTE
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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	DATA EMISSÃO	
2019	26/06/2019	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	05883943357	NIN-8116
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00221294007	HONDA/CG 150 FAN ESI	
ANO FAB.	CAT. TARI	Nº CHASSI
2010	09	9C2KC1550AR141222

PRÊMIO TARIFÁRIO		
PRÊMIO (R\$)	IOF (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DO BILHETE DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	084,58
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	26/06/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382415/19

Vítima: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE

CPF: 058.839.433-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/06/2019

Titular do CPF: ANDRE MARCOS
CARDOSO DO VALE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE : 058.839.433-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190615989 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE **Data do acidente:** 17/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO TERÇO MÉDIO DO ESCAFOIDE ESQUERDO. P9/15
FRATURAS NO CAPITATO E NO ESTILOIDE ULNAR ESQUERDO. P15
LUXAÇÃO TRANSESCAFOPERISEMILUNAR À ESQUERDA. P5
LUXAÇÃO INTERFALANGEANA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO. P13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E PARAFUSO. P5
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: André Marcos Cardoso Da Vale
RG: 3.084.458 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 26/06/18
CPF: 058.839.433-51 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: meccanica
ENDEREÇO: R. Martinopolis Nº: 5361
COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: urbano
CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64000-000 TELEFONE :

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

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

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

André Marcos Cardoso Da Vale

Data do acidente de trânsito : 27/06/19

Cobertura da vítima : Invalidez

3º OFÍCIO LOCAL / DATA : 30/10/19
André Marcos Cardoso Da Vale

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOT.
CONSULTE O SEU
DIGITAL

TERESINOLLES
Sampaio
Escritura de Notas

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOT.

Rua Lázaro Negreiros, 1223 - Centro - CEP: 64030-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0108 - E-mail: atenc@teresina3ooficio.com.br

Titular: Anailéia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANDRÉ MARCOS
CARDOSO DO VALE. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 30/10/2019. *48* *48*
www.tjpi.jus.br/portalextra. *48* *48*

Jessica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Sele:0,26 Total:4,98 - OP:1
PROCURACAO PARTICULAR

CARTÓRIO THENISTOLLES SAMP
3º OFÍCIO DE NOT.
Jessica Aline de Meneses S
Escritura Autorizada
T. 3221-0108

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615989

Vítima: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615989

Vítima: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE

Data do Acidente: 17/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000096386-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: André Marcos Cardoso do Vale

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

5 - Nome completo: André Marcos Cardoso do Vale 6 - CPF: 058.839.433-57
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: R. Martinópolis 9 - Número: 5361 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Urbanos 12 - Cidade: Terresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: lohuansseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2004 CONTA: 96.386 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário por alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Terresina - PI 31/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

2004 - AREOLINO DE ABREU.

DATA: 30/10/2019

TERMINAL: 1002

NSU: 000182

HORA: 15:35:41

AUT.: 0001

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 2004/013/00.096.386-0

NOME: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE

DEPOSITANTE:

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009772/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/10/2019 08:37 Data/Hora Fim: 30/10/2019 09:22
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 17/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: RUA 02 VALE DO GAVIAO
Complemento: RUA 02 VALE DO GAVIAO

Bairro: Vale Do Gavião

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

Motivação

Outros

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDRE MARCOS CARDOSO DO VALE (COMUNICANTE, VÍTIMA)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 20/02/1993
Profissão: Mecânico
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria da Conceição Sousa Cardoso

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 058.839.433-57
RG - Carteira de Identidade: 308458

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: Rua Um
Complemento: RUA 01
Bairro: Catarina

Nº: 4365

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 058.839.433-57

Renavam 00221294007

Número do Chassi 9C2KC1550AR141222

Cor PRETA

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NIN8116

Número do Motor KC15E5A141222

Ano/Modelo Fabricação 2010/2010

UF Veículo Piauí



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Narceiza de Maria Chaib Lima
Data de Impressão: 30/10/2019 09:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009772/2019

Município Veículo Teresina
Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Quantidade 1 Unidade
Última Atualização Denatran 27/07/2017

Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Meio Empregado
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Andre Marcos Cardoso do Vale

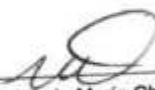
Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

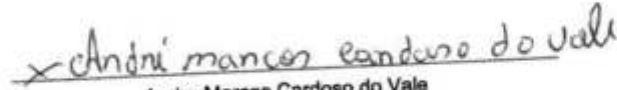
O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO NA VIA ACIMA CITADA QUANDO, TRAFEGAVA NA VIA BATEL NO CACHORRO PERDEU O CONTROLE E CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO.420975. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

ASSINATURAS


Narceiza de Maria Chaib Lima

Escrivã de Polícia
Matrícula 0091120

Responsável pelo Atendimento


Andre Marcos Cardoso do Vale
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Narceiza de Maria Chaib Lima
Data de Impressão: 30/10/2019 09:22
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário nascituro: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 2717	02 Data do chamado 17.06.19	03 PRO (código) P104	04 Saída do PA 08:04	05 Chegada ao local 08:28
	06 Saída do local 08:43	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua da Jurema V. de V. de.				
	11 Bairro Vale do Gue...	12 Município-UF TAC	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Clínica T. Far.				
	14 Nome André Alencar Cardoso da Silva	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
Tipo de Ocorrência	16 Idade 29.02.93	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag Cinto de segurança Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 14 ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais vitais Pulso 84 Respiração 18x90 PA 130x90 TAX. 95% SatO2 95%
	25 Local da lesão 				
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial ☒ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sangramento ☒ 1 - Sim 2 - Não				
Hospital de Destino	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa 10		30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☒ 3 - Suspeito ☒		
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☒ Branca longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☒ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☒ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica				
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada ☐ 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado				
	34 Óbito ☐ 1 - Sim 2 - Não ☒ ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte				
Aspecto: 26 anos vítima colisão moto X arvore. apresentando fratura MSE (Vozes e Antebraço) escarificação e hematomas de membros NSE, Sufocação e em região occipital. Despertou a 10h00 e 10h15 (exceto a tórax por ferimentos) região do pescoço de tórax. 1º Prontatubo 2910)					
Assistente Responsável pela recepção: <u>Georgio Luiz Rocha da Paz</u> Socorristas Médico: <u>Georgio Luiz Rocha da Paz</u> Enfermeiro: <u>Georgio Luiz Rocha da Paz</u> AE/TE: <u>Georgio Luiz Rocha da Paz</u> Conductor: <u>Georgio Luiz Rocha da Paz</u>					

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/96

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO

026233479

Nº da Nota Fiscal

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

AGOSTO 2019

VENCIMENTO
28-08-2019

CONSUMO (kWh)
32

TOTAL A PAGAR (R\$)
26,15

MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA CARDOSO
R. MARTINOPOLIS 5361 5361 B-URBANO
CPF: 00076857875391

DADOS DA LEITURA			
Atual:	4737	Anterior:	21/08/2019
Anterior:	4705	Próxima Leitura:	22-07-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	20-09-2019
Consumo Medido:	32	Apresentação:	20-08-2019
Consumo Faturado:	32	Dias de Consumo:	21-08-2019
Forma de Faturamento:	ECAM		

NORMAS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses

RG-15000-101	MONO	A1668112	ESCRITÓRIO DA CONTA	1.1.1	45
--------------	------	----------	---------------------	-------	----

Mês/ano consumo		CONSUMO		
JUL/19	53	32 A R\$	0,703375 =	22,50
JUN/19	98	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,48
MAT/19	36	CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00		0,08
ABR/19	47	MULTA POR ATRASO DE 1 07/19-00		0,07
MAR/19	47	MULTA POR ATRASO 07/19-00		0,92
FEV/19	47	JUROS POR ATRASO 07/19-00		0,10
JAN/19	63	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,14	
DEZ/18	30	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	0,89	
NOV/18	60			
OUT/18	23			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 32 - 0,647810

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 20-08-2019, não constituímos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				C2B3.0E74.ACAE.381F-8B20.15C9.BD78.111B			
Distribuição:				Alíquota ICMS:		22,50	
Energia:	6,07			Valor do ICMS:			
Transmissão:	11,71			Valor do PIS:			
Encargos:	1,98			Valor do COFINS:			
Tributos:	0,97						
INDICADORES DE CONTINUIDADE				1,40%		0,31	
DEC	1,77			0,40%		0,06	
Atual	Atual	Atual	Atual	Atual	Atual	Atual	Atual
Limite							
Reservado							
Consumo	5,31	10,63	21,25	3,36	6,72	13,45	3,03
Consumo	0,00			0,00			0,00

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ do/ao

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS
OUTUBRO/2019

VENCIMENTO
31/10/2019

CONSUMO (kWh)
394

TOTAL A PAGAR (R\$)
411,88

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

ROT: 17.001.31.11.020500

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

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

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 - R\$ 8.553,0

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.84BF.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30 271,78
Energia:	141,48	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	3,82
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	17,64

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			ENC			ONCC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral
Límite:	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado:	0,00			0,00			0,00	
Conjunto:	TERESINA-MACAUBA						Previsto de Aproxim.: 08/2019	USO: 100,91

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

0051869-7

TOTAL A PAGAR - R\$

411,88

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

31/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

83650000004 4 11880017000 3 00000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/10/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010
DT.VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071