



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Atendimento ao Consumidor: 08000 26 8888

**Fatura Mensal**

| Matrícula<br><b>301587-7</b>  | Hidrômetro<br><b>A07N261981</b>              | Data<br><b>30/07/2019</b>                 |         |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
|---|--|---|---------|---------|-------|-------|------|----|---|-------|------|----|---|-------|------|----|---|-------|------|----|---|-------|------|----|---|-------|------|----|---|-------|------|----|---|---|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|-------------------------------|
| Nome/Razão Social/Endereço<br><b>RAIMUNDA MARTA DA SILVA<br/>RUA SAG PEDRA 49<br/>CAPITAO MUNICIPAL<br/>ELESBIO VELOSO 64325000</b>   |  | AG= 162                                   |         |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| Situação<br>Agua/água<br><b>3/1</b>   | Categorias de Uso<br>Residencial<br><b>1</b> | Inscrição<br><b>36 1 01 0129 0140-000</b> |         |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| 17/06/2019  | 18/07/2019                                   | 31  |         |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| Histórico de Consumo<br><table border="1"> <tr><th>Mês/Ano</th><th>Leitura</th><th>Consumo</th><th>Oper.</th></tr> <tr><td>01/19</td><td>1697</td><td>23</td><td>0</td></tr> <tr><td>02/19</td><td>1707</td><td>10</td><td>0</td></tr> <tr><td>03/19</td><td>1746</td><td>39</td><td>0</td></tr> <tr><td>04/19</td><td>1757</td><td>11</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/19</td><td>1772</td><td>15</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/19</td><td>1785</td><td>13</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/19</td><td>1799</td><td>14</td><td>0</td></tr> </table> |  | Mês/Ano                                   | Leitura | Consumo | Oper. | 01/19 | 1697 | 23 | 0 | 02/19 | 1707 | 10 | 0 | 03/19 | 1746 | 39 | 0 | 04/19 | 1757 | 11 | 0 | 05/19 | 1772 | 15 | 0 | 06/19 | 1785 | 13 | 0 | 07/19 | 1799 | 14 | 0 | Forma de Faturamento<br><b>FATURADO P/ CONSUMO NORMAL</b><br><table border="1"> <tr><td>Cód. Responsável<br/><b>0000000000</b></td><td>Código da Tarifa<br/><b>01</b></td></tr> <tr><td>Consumo Médio<br/><b>18</b></td><td>Corre. Fim Agua</td></tr> <tr><td>Consumo<br/><b>14</b></td><td>Corre. Fim Agua</td></tr> <tr><td>Consumo<br/><b>14</b></td><td>Consumo Faturado<br/><b>14</b></td></tr> </table> | Cód. Responsável<br><b>0000000000</b> | Código da Tarifa<br><b>01</b> | Consumo Médio<br><b>18</b> | Corre. Fim Agua | Consumo<br><b>14</b> | Corre. Fim Agua | Consumo<br><b>14</b> | Consumo Faturado<br><b>14</b> |
| Mês/Ano   | Leitura                                      | Consumo                                   | Oper.   |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| 01/19   | 1697   | 23  | 0       |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| 02/19   | 1707   | 10  | 0       |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| 03/19   | 1746   | 39  | 0       |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| 04/19   | 1757   | 11  | 0       |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| 05/19   | 1772   | 15  | 0       |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| 06/19   | 1785   | 13  | 0       |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| 07/19   | 1799   | 14  | 0       |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| Cód. Responsável<br><b>0000000000</b>   | Código da Tarifa<br><b>01</b>                |   |         |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| Consumo Médio<br><b>18</b>  | Corre. Fim Agua                              |   |         |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| Consumo<br><b>14</b>  | Corre. Fim Agua                              |   |         |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |
| Consumo<br><b>14</b>  | Consumo Faturado<br><b>14</b>                |   |         |         |       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |   |                                       |                               |                            |                 |                      |                 |                      |                               |

| Ed.                          | Nome do Serviço | Valor (R\$) |
|------------------------------|-----------------|-------------|
| AGUA                         |                 | 2,01        |
| MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 |                 | 3,17        |
| JUROS DE MORA 001/001        |                 | 1,90        |
| MANUTENCAO HIDROMETRO        |                 |             |

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| VENCIMENTO<br><b>25/07/2019</b>  | PAGAR (R\$)<br><b>61,85</b> |
| AVISO DE DEBITO CONTAS: 1 VALOR. NISSO<br>CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30<br>DIAS APOS VENCIMENTO. |                             |

|  |          |      |      |       |       |           |                  |
|--|----------|------|------|-------|-------|-----------|------------------|
| EXTRATO DE CONSUMO DE AGUA COMUM   |          |      |      |       |       |           |                  |
| Período:   | Turbinas | Cor  | Cor  | IR    | Ferro | Coliforme | Bactericida Col. |
| Valor Máximo Permitido   | SP       | 16   | EP   | 0,015 | 0,5   | Alerta    | Acima            |
| Nº Mínimo de Amostras Básicas  |          |      |      |       |       |           |                  |
| Nº Amostra Basíssica   |          |      |      |       |       |           |                  |
| Nº Amostra que Atende Legislação   | 6.53     | 2.14 | 1.45 | 8.44  | 0,00  | 0,00      |                  |
| Valor Média  |          |      |      |       |       |           |                  |
| RESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.   |          |      |      |       |       |           |                  |
| Agespisa não vai mais manter serviço de entrega de conta alternativa. Retire 2 via site <a href="http://www.agespisa.com.br">www.agespisa.com.br</a> . |          |      |      |       |       |           |                  |
| EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESCOTO COLETADO PELA AGESPIA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.                               |          |      |      |       |       |           |                  |

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 Nº9.613/98.

Pela exposta, eu Adriana Carla de Souza Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 829.394.2433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antonio Eison Pereira da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.337.543 / 96  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade 3 da Vítima Antonio Eison Pereira da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.337.543 / 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:



Recusa 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 Sete de Setembro</u>       | Número: | <u>244</u>       | Complemento: | <u>Centro</u>          |
| Bairro:   | <u>Centro</u>                     | Cidade: | <u>E. veloso</u> | Estado:      | <u>Piauí</u>           |
| E-mail:   | <u>carladrianasousa@gmail.com</u> |         |                  | Tel.(DDD):   | <u>(86) 99981-6008</u> |

Local e Data: E. veloso - Piauí - Ri 12.12.2019

Adriana Carla de Souza Silva

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DE ELESBÃO VELOSO  
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DO SAMU 192



### REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: VSB DATA: 09/09/19  
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: AV. Goiás KM 08  
 NOME DO PACIENTE: Antônio Chon Pereira da Silva  
 SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO IDADE: 29

| SAÍDA DO P.A. | CHEGADA AO LOCAL | SAÍDA DO LOCAL | CHEGADA AO HOSPITAL | SAÍDA DO HOSPITAL | CHEGADA NO P.A. |
|---------------|------------------|----------------|---------------------|-------------------|-----------------|
| 15:53         | 15:59            | 16:03          | 16:11               | 16:32             | 16:37           |

|                            |                     |                         |                           |
|----------------------------|---------------------|-------------------------|---------------------------|
| 01. ACIDENTE DE TRANSPORTE | 05. CHOQUE ELÉTRICO | 09. MAL SÚBITO          | 13. URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA |
| 02. AGRESSÃO FÍSICA        | 06. ENVENENAMENTO   | 10. QUEDA               | 14. URGÊNCIA CLÍNICA      |
| 03. AFOGAMENTO             | 06. FALSO CHAMADO   | 11. QUEIMADURA          | 15. OUTROS                |
| 04. AGRESSÃO ARMA BRANCA   | 08. JÁ REMOVIDO     | 12. URGÊNCIA OBSTÉTRICA |                           |

| NÍVEL DE CONSCIÊNCIA   | RESPOSTA VERBAL                          | PUPILAS                     |
|--|--|-----------------------------|
| 01. ALERTA<br>02. RESPONDE A COMANDO<br>03. RESPONDE A DOR<br>04. SEM RESPOSTA | 01. NORMAL<br>02. CONFUSA<br>03. NENHUMA | 01. IGUAIS<br>02. DESIGUAIS |

| PULSO RADIAL                             | SANGRAMENTO   | SINAIS VITAIS  |
|--|---|--|
| FORTES ( )<br>FRACOS ( )<br>AUSENTES ( ) | AUSENTES ( )<br>MÍNIMO ( )<br>MODERADO ( )<br>INTENSO ( ) | PRESSÃO ARTERIAL 130 X 80<br>PULSO 73 GLICEMIA 118<br>RESPIRAÇÃO 20<br>TEMPERATURA 36.5<br>Sat.O <sub>2</sub> 96 FC 73 |

OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de acidente de moto (colisão) apresentando corte na face com perda de estribo

| PROCEDIMENTOS REALIZADOS                                 |   |   |
|--|---|---|
| 01. ASPIRAÇÃO<br>02. OXIGÊNIO<br>03. RCP<br>04. CURATIVO | 05. PRANCHA LONGA<br>06. PRANCHA CURTA<br>07. KED<br>08. COLAR CERVICAL | 09. IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES<br>10. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA<br>11. OUTROS: |

| CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL               | ÓBITO  | HOSPITAL DE DESTINO            |
|--|--|--------------------------------|
| 01. MELHORADO<br>02. PIORADO<br>03. INALTERADO | 01. ANTES DO SOCORRO<br>02. ANTES DO TRANSPORTE<br>03. NO TRANSPORTE | HENM<br>OUTROS:<br>ASSINATURA: |

SOCORRISTAS: Waltamiria + Renata



Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro  
Fone: (86) 3285-1133 - Elesbão Veloso - PI  
CNPJ: 06.553.564/0012-90



## FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

|   |  |  |            |
|---|--|--|------------|
| Paciente:<br><i>Confúcio Elviro Pereira do Nascimento</i>   | Idade:<br><i>29</i>                    | Data Nasc.<br><i>13-09-1990</i>  | Cartão SUS |
| Endereço:<br><i>Rua São Pedro, 5/N</i>  | Bairro:<br><i>Centro</i>               | Cidade:<br><i>E. Veloso</i>  |            |
| Data do Atendimento<br><i>09-09-19</i>  | Hora:<br><i>16:10</i>                  | Tipo:<br><input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outros |            |
| Exame físico: Sinais Vitais<br>PA: <i>130/80</i> mmHg FC: _____ R: _____  | Telefone do Paciente: <i>9637-8813</i> |  |            |
| Glicemia Capilar: <i>113</i> Saturação O: <i>97</i>   | GLASGOW: _____                         |  |            |
| Histórico Clínico:<br><i>Paciente vítima de Acidente Motoциклístico, desencadeado em alta velocidade sem capacete. É homem com multíplos ferimentos com perda de tecido em área superior.</i> |  |  |            |
| Diagnóstico Inicial:  |  |  |            |
| Prescrição Médica na Urgência:  |  | Anotações de Enfermagem  |            |
| <i>Dra. Ana Paula</i>   |  |  |            |
| Destino Paciente: Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____   |  |  |            |
| <input type="checkbox"/> Internação   |  | <input type="checkbox"/> Transferência _____   |            |
| <input type="checkbox"/> Sala de Observação   |  | <input type="checkbox"/> Óbito _____ / _____ / _____ Hora: _____   |            |
| <input type="checkbox"/> Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial   |  |  |            |

CONFERE COM O ORIGINAL

*Rayanne A. Onias*  
13/11/19

GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
**HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)**

Avenida Benício Alves da Silva, 577/ Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 CEP: 64.325-000 - Elestão Veloso-PI  
CNPJ.: 06.553.954/0012-90 E-MAIL: hospitalnorbertomoura@hotmail.com



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
**PRONTO SOCORRO**

NOME DO PACIENTE:

Cidônio Elson Pereira da Silva IDADE 29a

ENDERECO:

Rua São Pedro, s/n / Copias mundes / E. Veloso PI CIDADE UF

CPF:

RG:

3.435.838

NOME DO PAI:

Cidônio Pereira da Silva

NOME DA MÃE:

Cidêncides maria das Santas silva

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO

DATA

09/09/19

Dr. Arthur  
Medic  
964-5177

ASS. CARIMBO DO MÉDICO

CONFERE COM O INICIAL

Payanne A. Onias  
13/11/19



NOME DO PACIÉNTE: Antônio Elson Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522340

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".





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Planilha 1

P.2

Bento

| PRONTUÁRIO  | CLÍNICA      | ENF. OF/AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE       |             |
|---|--------------|------------|-------|-------------------------|-------------|
|   |              |            |       | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | OBSERVAÇÕES |
| Antônio Elson Pereira da Silva<br>522340                    | Vade eomedor |            |       |                         |             |
|   |              |            |       |                         |             |
| 1 Dieta Oral Pastosa  |              |            |       |                         |             |
| 2 SF 0,9% 1000ml EV 14 gts/min - correr em 24 horas         |              |            |       |                         |             |
| 3 Ceftriaxona 1g - 1g + AD 12/12hs EV                       |              |            |       |                         |             |
| 4 Decadron 4mg - 4 mg + AD, 8/8hs, EV                       |              |            |       |                         |             |
| 5 Tilatil 20 mg - 20 mg, 12/12h, EV                         |              |            |       |                         |             |
| 6 Dipirona 2ml - 2 ml+ AD, 6/6hs, EV                        |              |            |       |                         |             |
| 7 Ranitidina 50 mg - 50 mg +AD, 8/8hs, EV                   |              |            |       |                         |             |
| 8 Cabeceira elevada a 30 graus                              |              |            |       |                         |             |
| 9 HIGIENE ORAL ESCOVADAÇÃO + BOCHECHO COM CLOREXIDINA 0,12% |              |            |       |                         |             |
| 10 Cuidados Gerais da enfermagem e higiene de pele 6/6hs    |              |            |       | p                       |             |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

09/09/18

#1077

pt. Acidente de moto

Eé Muri 625

pt. Uvôm-

- sem fundação int. nos-oral  
ex. Sem conduta nasal ou nasal

etBMF 09/09/18 → 22:23

Antônio Carlos Souza  
Neurocirurgia  
Cirurgia da Coluna  
CRM-PI 3720

Paciente vítima de acidente motociclístico sem uso de capacete, consciente, orientado no exame clínico apresenta lacerações em região frontal, nasal (com perda de substância), e labial superior. Relata obstrução nasal. Observou-se a avulsão dos elementos dentários 41, 31 e 32. Não apresenta sangramento ativo. Abertura bucal satisfatória e orclusão sem alteração. No exame tomográfico, paciente apresenta fratura nasal e osso frontal (teto de óbita)

OD: Procedimento cirúrgico após liberação das demais especialidades. Dra. Letícia Franklin Síbia

Esp. Cirurgia Traumatologia  
Bucal Maxilo Facial  
CRM-PI: 4244

Avaliação da Cirurgia Plástica.

Paciente vítima de acidente com motocicleta apresenta lesões na face (labio superior, nariz e fronte). Conduta encaminhar para sala de sutura. Limpeza exaustiva das lesões na face com anestesia local, sutura e curativo das lesões. Obs: paciente apresenta perda de substância no nariz necessitando de novo encontro para reconstrução.



### SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRITO

#### IDENTIFICAÇÃO

NOME: Antônio Elson Pereira da Silva IDADE: 28 PESO: 70 kg

CLÍNICA: Verso LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: 28

SITUAÇÃO DO PACIENTE:  TRAUMA  NÃO TRAUMA

INDICAÇÃO DO ANTIBIÓTICO:  TERAPÊUTICO  PROFILÁTICO

INFECÇÃO:  COMUNITÁRIA  HOSPITALAR

FOCO DA INFECÇÃO:  PNEUMONIA  TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR

OSSOS E ARTICULAÇÕES  CIRÚRGICO  URINÁRIO  ABDOMINAL

SIST. NERVOSO CENTRAL  SANGUÍNEO  PELE E PARTES MOLES

CHOQUE SÉPTICO (DESCONHECIDO)  OUTROS \_\_\_\_\_

ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS E PERÍODO DE

USO: \_\_\_\_\_

| DROGA SOLICITADA    | VIA       | POSOLOGIA      | PREVISÃO (dias) |
|---------------------|-----------|----------------|-----------------|
| <u>leflustim 1g</u> | <u>EV</u> | <u>616 hrs</u> | <u>7 dias</u>   |
|                     |           |                |                 |
|                     |           |                |                 |
|                     |           |                |                 |

JUSTIFICATIVA: fratura nasal e frontal (fissura óbita)

FUNÇÃO RENAL:  NORMAL  ALTERADA

FUNÇÃO HEPÁTICA:  NORMAL  ALTERADA

REALIZOU CULTUR:  NÃO  SIM

DATA DA COLETA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



PARECER DA CCIH: \_\_\_\_\_

MÉDICO-CARIMBO

NOME: Antônio Elson Pereira da Silva PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ IDADE: 28 ENFERMARIA/LEITO: \_\_\_\_\_

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): () MÍNIMOS ( ) INTERMEDIÁRIOS ( ) ALTA DEPENDÊNCIA ( ) SEMI-INTENSIVOS ( ) INTENSIVOS DATA: 10/09/2019

| SINAIS VITAIS |      |    |    |        |                        |               | ENTRADAS |      | SAÍDAS         |         |       |
|---------------|------|----|----|--------|------------------------|---------------|----------|------|----------------|---------|-------|
| HORA          | T    | P  | R  | PA     | SAT.<br>O <sub>2</sub> | GLIC.<br>CAP. | HV       | HEMO | SONDA/<br>ORAL | DIURESE | DRENO |
| 10            | 36,9 | 69 | 16 | 100x60 |                        |               |          |      |                |         |       |
| 12            | 36,4 | 63 | 16 | 116x64 |                        |               |          |      |                |         |       |
| 18            | 36,6 | 21 | 16 | 100x60 |                        |               |          |      |                |         |       |
| 24            |      |    |    |        |                        |               |          |      |                |         |       |
| 06            |      |    |    |        |                        |               |          |      |                |         |       |

|  |         |                            |
|--|---------|----------------------------|
| ESCALA DE BRADEN:  | PONTOS: | CONTROLE:                  |
| • PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):<br>1-Totamente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma        | 4       | ALTO RISCO<br>AR: >12      |
| • UNIDADE (Mal-estar):<br>1-Completamente / 2-Muito / 3-ocasionalmente / 4-Paranóide         | 4       | MÉDIO RISCO<br>MR: 12 à 14 |
| • ATIVIDADE:<br>1-Abramado / 2-Cadeira rodas / 3-Ande/ocasionalmente / 4-Anda/frequentemente | 2       | Baixo Risco<br>BR: <14     |
| • MOBILIDADE (Limitação):<br>1-Totamente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma                 | 3       |                            |
| • NUTRIÇÃO:<br>1-Muito pobre / 2-Inadequada / 3-Adequada / 4-Excelente                       | 3       |                            |
| • FRICÇÃO E CISALHAMENTO:<br>1-Problema 2-Problema Potencial 3-Nenhum Problema               | 3       |                            |
| TOTAL:   | 19      | CLASSIFICAÇÃO:<br>BR       |

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"

|  |         |                          |
|--|---------|--------------------------|
| ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):  | PONTOS: | CONTROLE:                |
| 1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0   | 0       | SEM RISCO<br>SR: 0-24    |
| 2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0  | 0       |                          |
| 3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO:<br>Mobilitário / Parede - 30 / Multidão / Bengala / Andador - 15 / Nenhum / Acamado / Alergo / Profissional Saude - 0 | 30      | BAIXO RISCO<br>BR: 25-50 |
| 4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM - 20 NÃO - 0  | 15      |                          |
| 5. MARCHA:<br>Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem desambulação, acamado, cadeira de rodas - 0                            | 0       | ALTO RISCO<br>AR: > 51   |
| 6. ESTADO MENTAL:<br>Superesitimacapacidade / Esquecimento / Capacitamento a sua capacidade / Limitação - 0                                      | 0       |                          |
| TOTAL:   | 35      | CLASSIFICAÇÃO:<br>BR     |

Evolução / Anotação de Enfermagem

1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso () Glasgow:AO/RV/RM =

2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito e leito por orientação () Parestesia \_\_\_\_\_ () Plegia \_\_\_\_\_ () Hemiparesia \_\_\_\_\_ () Déficit Motor \_\_\_\_\_

3. Respiração: () Eupnélico () Dispnélico () Taquipnélico () TQT ( ) () Sam Oz () Com Oz;

4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () 2T () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:

5. Dieta: () VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ( )

6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:

7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integra () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas \_\_\_\_\_ () Escorições \_\_\_\_\_

8. Hidratação: () AVP(05.0) () AVC \_\_\_\_\_ () Outros:

9. Drenos: () Suctor \_\_\_\_\_ () Torácico \_\_\_\_\_ () DVE () Kher () Penrose () Outros:

10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematuria () Outros:

11. Evacuações: () Presente () Constipado \_\_\_\_\_ dias () Diarréias/diárias () Melena () Colostomia () Neostomia () Outros:

12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais? NC SA  
12.2: Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais? Data?  
12.3: Comorbilidades: () Nega () DM () HAS () Outros, Quais?  
12.4: Medicamentos de uso contínuo:

*As 10.00hs paciente admitido neste setor procedendo da sala verde, segue consciente, orientado, receptivo ao diálogo, respirações espontâneas sem apreço de Oz, SSVU esteve, Dieta VO com boa aceitação, HV em MSN abdômen plano e inchado a palpáre, encaminado ao banho, refere diurese e evacuações presentes, sono e repouso satisfatório, segue bem queixas no momento. Acad. Enf. Valdeylson Souza*



**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:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>247102</b>         |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|   |                                 |                          |                               |
|---|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 5-Nome: <b>ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA</b>                           | 6 - Frontuário: <b>522340</b>   |                          |                               |
| 7-CNS: <b>700602414649762</b>   | 8-Nascimento: <b>13/09/1990</b> | 9-Sexo: <b>Masculino</b> | ?                             |
| 11-Mae: <b>ALZENTILDES MARIA DOS SANTOS SILVA</b>                       |                                 |                          | 12-Fone: <b>86-99473-2046</b> |
| 13-Resp: <b>(O MESMO)</b>   |                                 |                          | 14-Fone:                      |
| 15-Ender: <b>RUA SAO PEDRO, S/N - CAPITAO MUNDOMBO - CEP: 64325-000</b> |                                 |                          |                               |
| 16-Munic: <b>ELESBIAO VELOSO</b>  | 17-Cod.IBGE: <b>220350</b>      | 18-UF: <b>PI</b>         | 19-CEP: <b>64325-000</b>      |

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

|  |   |  |                                  |
|--|---|--|----------------------------------|
| 19-Cod. Procd. Anterior<br><b>0404020542</b>                       | 18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição<br><b>REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ</b> | 20 - Mudança de Procedimento / Descrição<br><b>TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA</b> | 26-CID Sec.:<br>29-CID C.Asc.:   |
| 21-Cod. Mudança Proced.<br><b>0308010019</b>                       |   |  |                                  |
| 27-CID Prin: <b>S018</b>   | 26-Diagnóstico:<br><b>Perimento na cabeça, de outras localizações</b>   |  |                                  |
| 28-Profissional Responsável:<br><b>JUNIO HENRIQUE BORGES FERRO</b> | 40-Tp. Documento:<br><b>CPF</b>   |  |                                  |
| 39-Data Solicitação:<br><b>09/09/2019</b>                          | 40-No.Doc. Méd. Solic.:<br><b>762.415.643-15</b>  |  | 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)<br> |

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

**fratura nasal e frontal ( teto da óbita ) E, não foi operado , teve alta.**

**AUTORIZAÇÃO**

|  |   |  |
|--|---|--|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                           | 47-Data Autorização:<br><b>/ /</b>      | 48-CNS/CPF:  |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização:                           |   | 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)   |
| 50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização:<br><b>16/10/19</b> | 52-CNS/CPF:<br><b>Caio Pires Ferreira FERRO</b><br>Assessor de Auditoria TECNIFHS<br>CRM - PI 1623 - CPF 133.330.163-6<br>CNS 06160000000000000004 |
|  |   | 53-Ass.Cafimbo (Rg.Conselho)<br><b>(AMPARO LERL)</b>   |



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS  
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 241057

AIH: 2219101886562

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CNES

CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR

7569963

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

CNES

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

NASCIMENTO

13/09/1990

PRONTUÁRIO

522340

SEXO

M

DOCUMENTO TELEFONE NOME DA MÃE

RESPONSÁVEL

O MESMO

AZENILDES MARIA DOS SANTOS SILVA

CEP ENDEREÇO (LOGRADOURO)

NUMERO / LOTE

RUA SAO PEDRO

SN

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

UF

CAPITAO MUNDODO

ELESBIAO VELOSO

PI

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA

0308010019

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

CÓDIGO

REDUCAO CIRURGICA DE FRATURA DOS OSSOS PROPRIOS DO NARIZ

0404020542

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

CÓDIGO

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA

0308010019

DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FERIMENTO NA CABECA DE OUTRAS LOCALIZACOES

S018

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

fratura nasal e frontal ( teto de orbita ) E, não foi operado , teve algi.

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA

CNS SOLICITANTE

DATA SOLICITAÇÃO

281560410270004

09/09/2019

### AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

170263951200001

17/09/2019 16:17:49





- 9 -

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNACÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

|   |                          |                       |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>247102</b>         |

## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|           |  |               |            |                        |
|-----------|--|---------------|------------|------------------------|
| -Nome:    | ANTONIO ELSO PEREIRA DA SILVA                          |               |            | 6 - Prentuário: 522340 |
| 7-CNS:    | 700602414649762  | 8-Nascimento: | 13/09/1990 | 9-Sexo: Masculino      |
| 11-Mãe:   | ALZENILDES MARIA DOS SANTOS SILVA                      |               |            | 12-Fone: 86-99473-2046 |
| 13-Resp:  | (O MESMO)  |               |            | 14-Cor: Parda          |
| 15-Ender: | RUA SAO PEDRO, S/N - CAPITAO MUNDOMBO - CEP: 64325-000 |               |            |                        |
| 16-Munic: | ELESBAG VELOSO   | 17-Cod.IBGE:  | 220350     | 18-UF: PI              |
|           |  |               |            | 19-CEP: 64325-000      |

## **JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO**

## 20 - Principais sinais e sintomas clinicos:

**FRATURA NASAL E FRONTAL ( TETO DE ORBITA) E.**

## 21 - Condições que justificam a internação:

---

AB ACTIVA

2 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados)

TC DE FAGE

### 23-Diagnóstico Inicial:

#### **Fratura dos ossos nasais**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

|  |  |  |                      |            |                      |
|--|--|--|----------------------|------------|----------------------|
| 27-Cod. Proced.:                             |  | 27-Procedimento Solicitado:                              |                      |            |                      |
| 0404020542                                   |  | REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ |                      |            |                      |
| 29-Clinica:                                  |  | 30-Caráter:  | Ident.:              | 31-Docum.: | 32-Doc. Méd. Solic.: |
|  |  | 02   | 01                   | CPF        | 762.415.643-15       |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: |  |  | 34-Data Solicitação: |            |                      |
| ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO                |  |  | 09/09/2019           |            |                      |
| 35-Les. Carimbo Med.Sol. (CRM)               |  |  |                      |            |                      |

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

|                                  |                     |                  |           |
|----------------------------------|---------------------|------------------|-----------|
| 36-( ) Acidente de Trânsito      | 39-CNPJ Seguradora: | 40-Nº Bilhete:   | 41-Série: |
| 37-( ) Acidente Trabalho Típico  | 42-CNPJ Empresa:    | 43-CNAE Empresa: | 44-CBOR:  |
| 38-( ) Acidente Trabalho Trajeto |                     |                  |           |
| 45 - Vínculo com a Previdência:  |                     |                  |           |

Министерство

| AUTORIZAÇÃO                            |                        |                      |
|--|------------------------|----------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47 - Data Autorização: | 48 - Documento:      |
|  | 16/01/19               | 49 - Núm. Documento: |

61. *Locating Patients via Personalized*

Maria baione pereira da silva

Usuário: (YULLE)  
Consulta Local: 740544  
Consulta SVA:  
Impressão: 10/08/2010 00:45:28

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 241067  
AIH: 2219101886562

FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNACAO HOSPITALARCNES  
7569963ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES  
5928856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                 |                                |          |                                  |               |            |
|-----------------|--------------------------------|----------|----------------------------------|---------------|------------|
| CARTÃO SUS      | NOME DO PACIENTE               |          | NASCIMENTO                       | SEXO          | PRONTUÁRIO |
|                 | ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA | ✓        | 13/09/1990                       | M             | 522340     |
| DOCUMENTO       | CPF                            | TELEFONE | NOME DA MÃE                      | RESPONSÁVEL   |            |
|                 |                                |          | AZENILDES MARIA DOS SANTOS SILVA | O MESMO       |            |
| CEP             | ENDERECO - LOGRADOURO          |          |                                  | NUMERO / LOTE |            |
|                 | RUA SAO PEDRO                  |          |                                  | SN            |            |
| BAIRRO          | COMPLEMENTO                    |          | MUNICÍPIO                        | UF            |            |
| CAPITAO MUNDOCO |                                |          | ELESBÃO VELOSO                   | PI            |            |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA NASAL E FRONTAL ( TETO DE ORBITA ) E.

## CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE FACE

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL  
S02.2 - FRATURA DOS OSSOS NASAIS

## CID 10 SECUNDARIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404020542 - REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ

LEITO/CLÍNICA  
CIRURGIA GERAL

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER  
URGÊNCIADATA SOLICITAÇÃO  
09/09/2019ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO  
CRM: 76241564315

CRM:

DATA ADMISSÃO  
09/09/2019 20:28DATA ALTA  
11/09/2019 18:00MOTIVO ALTA  
ALTA MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO  
CRM: 2275937/353

CRM:

DATA ANÁLISE: 10/09/2019 DI 10023

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO /  
AUDITORIA

CRM:

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

PLÁSTICA

Planilha 1



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

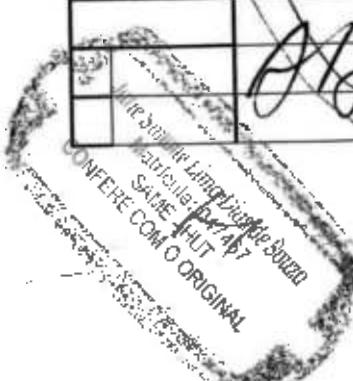
HOSPITAL DE

# PREScrição MÉDICA

Cuturis Elvyn Pereira da Silva PRONTUÁRIO 522340

| CLÍNICA   | ENF. OU AP | LEITO             | MÉDICO ASSISTENTE  |
|---|------------|-------------------|--|
|   |            |                   | CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL  |
|   |            |                   | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM  |
|   |            | HORÁRIOS          | OBSERVAÇÕES  |
|   |            |                   | Cutter da Boca, nos cuidados da PLÁSTICA.                                  |
| 1 Dieta líquida/pastosa   |            |                   | Dr. José Carlos de O. G. Filho<br>Cirurgia Bucomaxilofacial<br>CRM-PI 4206 |
| 2 Soro Fisiológico 0,9% 1000 mL EV - 14 gts/min correr em 24 hs |            | ( )<br>magenta 24 |  |
| 3 Ceftriaxona 1g + AD 12/12hs EV                                |            | 14 22 06          |  |
| 4 Decadron 4mg + AD 8/8h EV                                     |            | 14 22 06          |  |
| 5 Dipirona 2ml + AD 6/6hs EV SOS                                |            |                   |  |
| 6 Ranitidina 50mg +AD 8/8hs EV                                  |            |                   |  |
| 7 Cabeceira elevada a 30 graus                                  |            |                   |  |
| 8 HIGIENE ORAL ESCOVADAÇÃO + BOCHECHO COM CLOREXIDINA 0,12%     |            |                   |  |
| 9 Cuidados Gerais da enfermagem e Sinais Vitais de 6/6hs        |            |                   |  |
| 10 Tilatil 20 mg EV 12/12h                                      |            | 22 18 23 06       | 9:55h - Feito contato com telefonia sobre parceria c. plástica             |

Attn Dr. C. Ferreira



Dr. Euler Matos  
Médico  
CRM - 2981

Parecer de sumário hospitalar  
para reconstrução.  
OB: OR100 + Orifício

Página 1

3:50h - Papel Fita  
para envio ao hospital  
de referência

Dr. Galvano R. Oliveira  
Enfermeiro / Enf. Cirúrgico  
COREN - SE/SE



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3213 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 522340)  
 Endereço: **RUA SAO PEDRO, S/N - CAPITAO MUNDOCO - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000**  
 Nascimento: **13/09/1990** Idade: **28a11m26d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **740544**  
 Requisição: **998268** Solicitação: **09/09/2019** Solicitante: **BRUNO CALAÇA RIBEIRO**  
 Controle: **1305592** Convênio: **S U S**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 09/09/2019

### T.C. DE FACE

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

#### RELATÓRIO:

- MÚLTIPLAS FRATURAS ENVOLVENDO AS PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DO SEIO FRONTAL/TETO ORBITÁRIO ESQUERDOS E OS OSSOS NASAIS.
- HEMOSSINUS FRONTO-MAXILAR ESQUERDO E ETMOIDAL BILATERAL.
- COMPLEXOS OSTEOOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIAS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/09/2019

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

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: **ANTONIO ELSO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 522340)

Endereço: RUA SAO PEDRO, S/N - CAPITAO MUNDOCO - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000

Nascimento: 13/09/1990 Idade: 28a11m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740544

Requisição: 998268 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO

Controle: 1305592 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 09/09/2019

#### T.C. DE FACE

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

#### RELATÓRIO:

- MÚLTIPLAS FRATURAS ENVOLVENDO AS PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DO SEIO FRONTAL/TETO ORBITÁRIO ESQUERDOS E OS OSSOS NASAIS.
- HEMOSSINUS FRONTO-MAXILAR ESQUERDO E ETMOIDAL BILATERAL.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIOS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/09/2019

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável







|                                |                |   |                |
|--------------------------------|----------------|---|----------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL |                | Nº 5683424220                                       |                |
| MINISTÉRIO DA JUSTIÇA          |                | CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO |                |
| 1239                           | PI             | 000149101   | 0-B            |
| 8155                           |                |   | EXCEPCIONAL    |
| 8664                           | 1              | 929405293   | 2007           |
| Série                          |                |   |                |
| 8605                           |                |   |                |
| Bespa                          |                |   |                |
| 9162                           |                |   |                |
| RUA RADAMINTO B. SOARES        |                | 00000   | PI             |
| 3640                           |                |   |                |
| Leme                           |                |   |                |
| 7507                           |                |   |                |
| VERMELHA                       |                |   |                |
| 0810                           |                |   |                |
|                                |                | NRV-7547  |                |
|                                |                | 902KD03307B014926                                   |                |
| PLACA/NUMERO                   |                | CAROLINA  |                |
| PRAIA DO COQUEIRAL             |                | 2007  |                |
| HONDA/ANXR150 BROS ES          |                | PARTIC.   |                |
| 02P/0149CC                     |                | VERMELHA  |                |
| P                              | IPVA           | 1º  | IPVA           |
| V                              | VALOR DA PLACA | 2º  | VALOR DA PLACA |
| A                              | 00000000       | 3º  | PAGO           |
| PRÉ-NOME DO PROPRIETÁRIO       |                |   |                |
| SEGUNDO OBRIGATÓRIO            |                |   |                |
| EMENTA DE PONTE OBRIGATÓRIA    |                |   |                |
| SEM RESTRIÇÕES                 |                |   |                |
| VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA      |                |   |                |
| DETINHO                        |                | DETINHO   |                |
| DETRAN-PI                      |                | DETRAN-PI   |                |
| CERTIFICADO                    |                | CERTIFICADO   |                |
| Data:                          |                | Data:   |                |
| 10/08/2007                     |                | 10/08/2007  |                |

| CONSELHO DE SEGURO DE VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA                                 |                   |                                |                          |                   |                     |
|---|-------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------|
| CONSELHO DE SEGURO DE DANOS A PESSOAS CAUSADOS POR<br>VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA |                   |                                |                          |                   |                     |
| <b>PLNº</b>   | <b>5683424220</b> | <b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b> |                          |                   |                     |
| HOME/ENDERECO:  |                   |                                |                          |                   |                     |
| <b>ALDO BARBOSA SOARES</b>  |                   | <b>RUA RAIMUNDO R SOARES</b>   | <b>00000</b>             | <b>PI</b>         | <b>PLACA</b>        |
| VERMELHA  |                   | OFF/OC                         | NHV-7547                 |                   |                     |
| 72792604387   |                   |                                |                          |                   |                     |
| <b>BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÉNIO</b>   |                   |                                |                          |                   |                     |
| DATA EMISSÃO  |                   |                                |                          |                   |                     |
| <b>PLNº</b>   |                   | <b>5683424220</b>              | <b>2007</b>              | <b>10/08/2007</b> | <b>DATA EMISSÃO</b> |
| HOME/ENDERECO:  |                   |                                |                          |                   |                     |
| <b>ALDO BARBOSA SOARES</b>  |                   | <b>RUA RAIMUNDO R SOARES</b>   | <b>00000</b>             | <b>PI</b>         | <b>PLACA</b>        |
| VERMELHA  |                   | OFF/OC                         | NHV-7547                 |                   |                     |
| 1   |                   | <b>72792604387</b>             |                          |                   |                     |
| ODD/FEP/VAL   |                   |                                |                          |                   |                     |
| <b>929405293</b>  |                   | <b>HONDA/NXR150 BROS ES</b>    |                          |                   |                     |
| MANUAL  |                   | CL/100                         | CHASSI                   |                   |                     |
| 2006  |                   | <b>09</b>                      | <b>9G2KD03307R014926</b> |                   |                     |
| PILOTO/QUADRUPEDA   |                   |                                | DF/IRU                   |                   |                     |
|   |                   |                                | TOTAL/IRU                |                   |                     |
|   |                   |                                |                          |                   |                     |
| <b>SEGURADO PAGO CONVÉNIO</b>   |                   |                                |                          |                   |                     |

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190700503**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA SAO PEDRO , 49 - Elesbão Veloso - PI - CEP 64325-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **3415818**

Data e local do acidente: [ **09/09/2019** ] **AVENIDA JOÃO XXIII, TERESINA/PI**

Data e local do exame: [ **28/01/2020** ] **Teresina [ PI ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DO TETO DA ÓRBITA ESQUERDA FRATURA DO NARIZ**

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

**PACIENTE APRESENTA PARESTESIAS EM TERRITÓRIO DO NERVO FACIAL À ESQUERDA; HIPOSIA COM SECREÇÕES RECORRENTES DE SECREÇÃO HIALINA POR CAVIDADE NASAL; SEM SINAIS DE CICATRIZES EM FACE**

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

[ **X** ] Sim [    ] Não

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

**PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU COM SEQUELAS EM FACE APÓS REABILITAÇÃO**

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

[ **X** ] Sim [    ] Não

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

**SEQUELAS DA FACE**

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

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

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

(  ) "Vítima em tratamento"

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

(  ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

**FACE**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Antônio Elson Pereira da Silva  
RG 3.415.812 / CPF 056.737.543-96

Residente à Rua Rua São Pedro 49 Cidade de  
Elísio Veloso Bairro: Copitão Mundoca  
UF Piauí CEP 64.325-000

Telefone para contato: (86) 99981-6002 (86)

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:

Não fui que não compareci a perícia médica devido, porque seu retorno trabalhar de, mais agora, estou disponível para comparecer.

Local: F. velho Lourenço - PI UF/PI DATA 14/03/20

Antônio Elson Pereira da Silva

ASSINATURA

OBS:

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190700503      **Cidade:** Elesbão Veloso      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 09/09/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO TETO DA ÓRBITA ESQUERDA  
FRATURA DO NARIZ

**Descrição do exame físico:** PACIENTE APRESENTA PARESTESIAS EM TERRITÓRIO DO NERVO FACIAL À ESQUERDA; HIPOSIA COM SECREÇÕES RECORRENTES DE SECREÇÃO HIALINA POR CAVIDADE NASAL; SEM SINAIS DE CICATRIZES EM FACE

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU COM SEQUELAS EM FACE APÓS REABILITAÇÃO

**Sequelas permanentes:** Cranio-facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

## 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 |
|--|--|--|-------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %  | Em grau residual - 10 %                              | 10%         | R\$ 1.350,00          |
|  |  | <b>Total</b>   | <b>10 %</b> | <b>R\$ 1.350,00</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190700503      **Cidade:** Elesbão Veloso      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 09/09/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO TETO DA ÓRBITA ESQUERDA  
FRATURA DO NARIZ

**Descrição do exame físico:** PACIENTE APRESENTA PARESTESIAS EM TERRITÓRIO DO NERVO FACIAL À ESQUERDA; HIPOSIA COM SECREÇÕES RECORRENTES DE SECREÇÃO HIALINA POR CAVIDADE NASAL; SEM SINAIS DE CICATRIZES EM FACE

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU COM SEQUELAS EM FACE APÓS REABILITAÇÃO

**Sequelas permanentes:** Cranio-facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**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 |
|--|--|--|-------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %  | Em grau residual - 10 %                              | 10%         | R\$ 1.350,00          |
|  |  | <b>Total</b>   | <b>10 %</b> | <b>R\$ 1.350,00</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190700503      **Cidade:** Elesbão Veloso      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 09/09/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 26/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO ( PAG.05.15)  
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. ( PAG.05.08)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA (PAG.12)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 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/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 |
|--|--|--|---------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %  | Em grau residual - 10 %                              | 10%           | R\$ 1.350,00          |
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo   | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>   |  |  | <b>22,5 %</b> | <b>R\$ 3.037,50</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190700503      **Cidade:** Elesbão Veloso      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 09/09/2019      **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 26/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO ( PAG.05.15)  
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. ( PAG.05.08)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA (PAG.12)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 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/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 |
|--|--|--|---------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %  | Em grau residual - 10 %                              | 10%           | R\$ 1.350,00          |
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo   | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>   |  |  | <b>22,5 %</b> | <b>R\$ 3.037,50</b>   |

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

NOME: Antônio Ehsen Pereira da Silva  
RG: 3.415.818 - ORGÃO EMISOR: SSP-PI - CPF: 056.737.543-96  
NACIONALIDADE: Brasileiro - EST. CIVIL: Casado - PROFISSÃO: Lavrador  
ENDERECO: Rua São Pedro, n° 319  
BAIRRO: Capitão Mendoz - CEP: 64.325-000 - CIDADE/UF: E. Veloso - Piauí  
TELEFONE: (86) 99426-0220 / (86) 99981-6008 / (86) 99999-3003

### OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RG: 1.651.871 - ORGÃO EMISOR: SSP-PI - CPF: 849.394.133-53

NACIONALIDADE: BRASILEIRA - EST. CIVIL: SOLTEIRA - PROFISSÃO: AUTÔNOMO.

ENDERECO: RUA SETE DE SETEMBRO - N° 244

BAIRRO: CENTRO - CEP: 64.325-000 - CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUÍ

TELEFONE: (86) 99461-6008 / (86) 99473-5001 / (86) 99402-2764

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIO MEU BASTANTE PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIO PODERES ESPECÍFICOS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURODORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR E SOLICITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE AO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO ÀS SEGURODORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE MÍNIMA MÉDICA E SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTANCIAR 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 DPVAT REFERENTE

4.

VITIMA: Antônio Ehsen Pereira da Silva

CPF: 056.737.543-96 - DATA DO ACIDENTE: 09/09/2019

COBERTURA SOLICITADA:  INVALIDEZ PERMANENTE /  DAMS /  MORTE

Elesbão Veloso - PI - 26.11.2019  
local e data

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO OFÍCIO ÚNICO  
JOÃO BATISTA MUNIZ DE SOUSA - Tabelião  
CNPJ: 30.863.018/0001-61 - CNPJ: 07.796-6  
RUA FRANCISCO LEITE PEREIRA, 26, CENTRO, CEP: 64326000, ELESBÃO VELOSO-PI

CONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO EHSEN PEREIRA DA SILVA, DOU FÉ. EM TEST. *Antônio Ehsen Pereira da Silva* DA VERDADE.

ELESBÃO VELOSO-PI, 27/11/2019 - Selo: ABU-29658 (OP39)

SENNE GLEYSE VIEIRA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA

val:3,85 TJ:0,77 FIMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:3



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452067/19

**Vítima:** ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 056.737.543-96

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/09/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

### ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA : 056.737.543-96

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](http://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: 16/12/2019  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452067/19

Número do Sinistro: 3190700503

Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

CPF: 056.737.543-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA : 056.737.543-96**

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](http://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: 17/01/2020  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190700503**

**Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA**

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.**

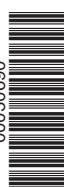
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190700503**

**Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190700503**

**Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Comprovante de residência</b> | Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue. |
|----------------------------------|---|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190700503** Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

**Data do Acidente: 09/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA**

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001607

Conta: 0000071013-4

Tipo: **CONTA POUPIANCA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite de indenização por invalidez permanente que é de R\$ 12.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidoz 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco)

Atenciosamente

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

056.737.543-96

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Elson Pereira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP AN-845/2012

5 - Nome completo:

Antônio Elson Pereira da Silva

6 - CPF:

056.737.543-96

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Lavrador

Rua São Pedro

9 - Número:

29

10 - Complemento:

Capitão Mundaca

11 - Bairro:

Capitão Mundaca

12 - Cidade:

Elesbão Veloso

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64325-000

15 - E-mail:

Recurso...se

16 - Tel. (DDD):

(86)99981-6008

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:

RECUZO 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):

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4607

CONTA: 71013

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da 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 ATÉSNCIA 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Não

Falecidos:

30 - Vítima deixou netos (netinhas)?

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 áqueles 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

35 - Nome legível da quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura da quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Elesbão Veloso - PI 12.12.2019

Antônio Elson Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

040 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000439/2019-99

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aecio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 19/11/2019 - 12:26

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE ELESBÃO VELOSO

09/09/2019 - 16:55

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Bairro

Endereço

AVENIDA JOÃO XXIII, N°:

CENTRO

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3415818 SSP PI

Mae: ALZENIODES MARIA DOS SANTOS SILVA

Fa: ANTONIO PEREIRA DA SILVA

Endereco: RUA SÃO PEDRO, N° 49

Bairro: CAPITÃO MUNDOCO

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Telefone(s): 86-9417-6179

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesao corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cod:

1 - HONDA NXR150 BROS ES

2007 NHV7547 9C2KD03307R014926

929405293

Vietnalliu

Condutor: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: CAPITÃO MUNDOCO

Proprietário: ALDO BARBOSA SOARES

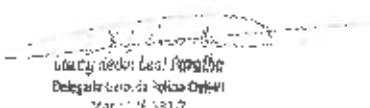
Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

No tarde de 09 de setembro de 2019, noticiante trafegava pela Avenida João XXIII, Centro de Elesbão Veloso-PI, conduzindo seu moto, quando ao passar por uma vala, perdeu o controle de seu veículo e caiu na pista. O SAMU da cidade foi acionado e para os primeiros socorros, levando-o ao Hospital Norberto Moura, em Elesbão Veloso-PI. Ainda na mesma data do acidente, o paciente foi transferido ao Hospital de Urgências de Teresina (HUT) onde ficou internado. Era o que tinha a informar.

*Aecio*  
Aecio Antonio Coimbra De Castro - Mat.  
AGENTE DE POL

*Antonio Elson Pereira da Silva*  
ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

056.737.543-96

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Elson Pereira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP AN-845/2012

5 - Nome completo:

Antônio Elson Pereira da Silva

6 - CPF:

056.737.543-96

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Lavrador

Rua São Pedro

9 - Número:

29

10 - Complemento:

Capitão Mundaca

11 - Bairro:

Capitão Mundaca

12 - Cidade:

Elesbão Veloso

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64325-000

15 - E-mail:

Recurso...se

16 - Tel. (DDD):

(86)99981-6008

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:

RECUZO 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):

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4607

CONTA: 71013

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da 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 ATÉSNCIA 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou netos (netinhas)?

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 áqueles 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

35 - Nome legível da quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura da quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Elesbão Veloso - PI 12.12.2019

Antônio Elson Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 00000071013-4

---

Nr. da Autenticação E21816957FEC153E

TAM S.A.  
Rua Lisandro Nogueira, 1914  
CENTRO - TERESINA - PI  
CNPJ: 02.421.421/0024-08 - I.E.: 194445885  
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

**TIM**  
**BLACK**

Página 1 de 4

R\$ 146,19

VENCIMENTO

25/11/2019

EMISSÃO: 07/11/2019

POSTAGEM: 13/11/2019

FATURA: 4053567568

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
RUA SETE DE SETÉMBRO, 244  
CENTRO  
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLÍENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

### IMPORTANTE PARA ADRIANA

### RÉSUMO DA SUA CONTA DE 07/OUT A 06/NOV

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

| Serviços TIM S.A.              | VALOR      |
|--------------------------------|------------|
| Oferto TIM Pós C Plus          | R\$ 139,99 |
| CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM    | R\$ 5,68   |
| COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS | R\$ 0,52   |

### VEJA ABAIXO O RÉSUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

#### MENSALIDADES

| Vantagens que seu plano oferece     | FRANQUIA  | CONSUMO | QUANTIDADE | Nº DIAS | PERÍODO       | VALOR    |
|-------------------------------------|-----------|---------|------------|---------|---------------|----------|
| Oferto TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP) | -         | -       | 1          | 31      | 07/10 a 06/11 | 199,99   |
| Desconto Oferto TIM Pós C Plus      | -         | -       | 5/12       | 31      | 07/10 a 06/11 | -60,00   |
| Subtotal                            |           |         |            |         |               | 139,99   |
| 10 GB de Internet                   | 10GB      | -       | 1          | 31      | 07/10 a 06/11 | Incluído |
| Minutos locais e DDD com 41         | Ilimitado | 227m30s | 1          | 31      | 07/10 a 06/11 | Incluído |
| 10GB de Internet para Vídeo         | -         | -       | 1          | 31      | 07/10 a 06/11 | Incluído |
| TIM Music                           | -         | -       | 1          | 31      | 07/10 a 06/11 | Incluído |
| TIM Banca Virtual                   | -         | -       | 1          | 31      | 07/10 a 06/11 | Incluído |
| TIM Backup 30GB                     | -         | -       | 1          | 31      | 07/10 a 06/11 | Incluído |

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

| IMPOSTO TIM S.A.   | ALÍQUOTA | BASE DE CÁLCULO | VALOR   | PIS/FIPE: | RS 0,72 | Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA) |
|--|----------|-----------------|---------|-----------|---------|--|
| ICMS   | 3,6%     | RS 107,52       | RS 3,82 | PONTTEL:  | RS 0,16 | Incluído no(s) Plano(s)  |
| PSICOFINS - Serviços Telecom   | 3,65%    |                 |         |           |         |  |
| PSICOFINS - Serviços Não Telecom   | 9,25%    |                 |         |           |         |  |
| Em cumprimento à Lei 12.741/2012   |          |                 |         |           |         |  |
| As contribuições do PIS/FIPE (1,6%) e PONTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas |          |                 |         |           |         |  |
| Franquia(s):   |          |                 |         |           |         | RS 146,49  |
| SVA:   |          |                 |         |           |         | RS 59,37   |
| Desconto(s) Franquia(s):   |          |                 |         |           |         | RS -43,65  |
| Desconto(s) SVA:   |          |                 |         |           |         | RS -16,35  |

**TIM**

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br) ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

| IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO | MÊS DE REFERÊNCIA | DATA DE EMISSÃO | DATA DE VENCIMENTO | VALOR      |
|------------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------|------------|
| 00000009121536776014               | NOV/2019          | 07/11/2019      | 25/11/2019         | R\$ 146,19 |

VIA BANCO

84650000001 - 9    46190109011 - 2    00405356756 - 8    B0121536776 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

