

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE: ADRIELE NASCIMENTO SILVA

|                                         |                            |                     |
|-----------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| <b>CARTÃO DO SUS</b><br>702000379679583 | <b>CPF</b>                 | <b>IDENTIDADE</b>   |
| <b>DATA DO NASCIMENTO</b><br>01/05/1990 | <b>PROFISSÃO</b>           | <b>SEXO</b><br>F    |
| <b>ENDEREÇO: R. JOAO PAULO</b>          | <b>NÚMERO:</b>             |                     |
| <b>TELEFONE</b>                         | <b>MUNICÍPIO</b><br>BARRAS | <b>ESTADO</b><br>PI |
| <b>BAIRRO: GALDINAL</b>                 | <b>CEP:</b>                |                     |

FILIAÇÃO

PAI:

MÃE: MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES DA SILVA

**DADOS SOBRE ATENDIMENTO**

**DATA DO ATENDIMENTO**  
06/05/2019

**HORA:** 11:20

**MOTIVO DO ATENDIMENTO**

Suspeita de fratura em punho E. Vite.  
ma de acidente motorístico ± 02  
horas. Ruptura HAS. DM. Alinhava medula  
monteira. (S.C.) Dor + edema no local.

GL: 91 mg/dl.  
P A: 120 x 82 mmHg.  
TP°C: 35°C  
STO2: 98%  
F.C: 65 bpm.  
P: 49 Kg.

**DIAGNÓSTICO**

Entenda?

*Fratura em punho  
por acidente motorístico*

Edson de Sousa Rodrigues Filho  
Enfermeiro  
Esp. em Urgência e Emergência  
COREN - PI 519.350

**TRATAMENTO REALIZADO**

*Uso de gesso  
na mão esquerda*

Deusilma Alves dos Santos  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN PI: 467.567  
SUS: 708 4087-9380 4466

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

- |                                                     |                                           |                                            |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CONSULTA BÁSICA CURATIVO   | <input type="checkbox"/> AEROSO           | <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO |
| <input type="checkbox"/> DRENAGEM DE ABCESSO        | <input type="checkbox"/> PRESSÃO ARTERIAL | <input type="checkbox"/> RAIOS X           |
| <input type="checkbox"/> RETIRADA DE CORPO ESTRANHO | <input type="checkbox"/> SUTURA CIRURGICA | <input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO       |
| <input type="checkbox"/> PEQUENA CIRURGIA           | <input type="checkbox"/> ECG              |                                            |

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

*Adriela*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 A60. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



NOME DO PACIENTE: Adriete Nascimento Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 512074

**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".

|                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT                                                        |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO                                                                   |
| 26 A60.7019                                                                               |
| GENTE SEGURADORAS A<br>Rua Coelho de Resende 405, Loja C<br>Centro - Norte CEP: 64.002470 |

CONFERE COMO ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

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

Imp: 24/05/2019 12:41:04

(User: DR. FERDINAND FREITAS)

(Estação: GESSO01)

|                                                                                  |                                       |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Nome:</b> ADRIELE NASCIMENTO SILVA                                            |                                       | <b>Prontuário:</b> 512074                        |
| <b>Mãe:</b> MARIA DA CONCEICAO NASCIMENTO SILVA                                  | <b>Pai:</b>                           |                                                  |
| <b>End.Resid.:</b> RUA PIO IX ,3121 - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                                       |                                                  |
| <b>Nascimento:</b> 01/05/1990                                                    | <b>Idade:</b> 29a0m23d                | <b>Sexo:</b> Feminino <b>Fone:</b> 86-99492-3249 |
| <b>Responsável:</b> JOSENILDA                                                    | <b>CNS:</b> 702000379679583           |                                                  |
| <b>Profissão:</b> DO LAR                                                         | <b>Documento:</b> CPF: 080.408.493-90 |                                                  |
| <b>G. Instrução:</b> Não informado                                               | <b>E.Civil:</b> Solteiro(a)           |                                                  |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

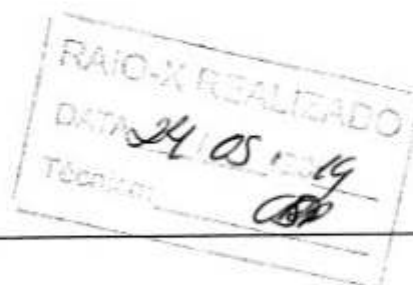
|                                                                               |                                     |                        |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Código:</b> 723181                                                         | <b>Entrada:</b> 24/05/2019 11:37:23 | <b>Convênio:</b> S U S | <b>Proced:</b> 0301060061 |
| <b>Motivo da Procura</b><br>(Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES |                                     |                        |                           |
| <b>Condução:</b> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS                              |                                     |                        |                           |

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                                                                                                                                                  |                                           |                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b><br>PROBLEMAS EM EXTREMIDADES                                                                               | <b>Classificação:</b><br>Dor leve recente | <b>Cor:</b><br>Verde                                                        |
| <b>Breve História Clas. Risco:</b><br>PACIENTE RELATA TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO HOJE EVOLUINDO COM DOR LOCAL. DESCONHECE<br>ALERGIA MEDICAMENTOSA |                                           | SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA<br>COREN - 207590<br>Em: 24/05/2019 11:43:03 |

**SSVV: (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)**

|                      |                       |                        |                   |                      |
|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>Peso:</b> 0,00 Kg | <b>Altura:</b> 0,00 M | <b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2 | <b>Pulso:</b> bpm | <b>Pressão:</b> mmHg |
|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|----------------------|

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO COM DORES E EDEMA  
SOLICITO RX DO PUNHO ESQ

|                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| <b>Diagnóstico Inicial:</b><br>? | <b>CID:</b> |
|----------------------------------|-------------|

**Exames Complementares:**

(1224404) - PUNHO ESQUERDO

**Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto) DATA: / / HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Ferdinand Freitas  
FERNAND CARVALHO DE ALMEIDA FREITAS NETO  
CRM: 3096 PI Em: 24/05/2019 12:41:03  
Joaquim Lima da Silva Mesquita  
SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA  
CONFERE COMO ORIGINAL



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

208443

JUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da  
Internação:

4-CNES

5828856

239678

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: ADRIELE NASCIMENTO SILVA

6 - Prontuário: 512074

7-CNS: 702000379679583

8-Nascimento: 01/05/1990

9-Sexo: Feminino

CPF: 080.408.493-90

11-Mãe: MARIA DA CONCEICAO NASCIMENTO SILVA

12-Fone: 86-99492-3249

Resp: JOSENILDA

14-Cor: Sem Informação

15-Endereço: RUA PIO IX, 3121 - SAO PEDRO - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

REFERE QUEDA COM TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

RX E EXAME FÍSICO

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim:

S525

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

29-Clinica:

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

02

01

CPF

716.039.213-20

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

24/05/2019

FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO

35-Ass. Limbo Med. Sol. (CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No. Bilhete:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

46 - Nome do Profissional Autorizador:

48-Documeto:

( ) CNS ( ) CPF

49-Num. Documento:

47-Data Autorização:

51 - Assinatura Paciente ou Representante:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO. 2019

Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

|                                                                |                    |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE<br>INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR | Nº LAUDO: 208443   |  |
|                                                                | AIH: 2219100363546 |                                                                                   |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                      |                    |                                                                                   |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                             |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | CNES<br>5828856 |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | CNES<br>5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                               |                                              |                                                    |                        |                      |
|-------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| CARTÃO SUS<br>702000379679583 | NOME DO PACIENTE<br>ADRIELE NASCIMENTO SILVA | NASCIMENTO<br>01/05/1990                           | SEXO<br>F              | PRONTUÁRIO<br>512074 |
| DOCUMENTO CPF<br>86988879911  | TELEFONE<br>86988879911                      | NOME DA MÃE<br>MARIA DA CONCEICAO NASCIMENTO SILVA | RESPONSÁVEL<br>ADRIELE |                      |
| CEP<br>RUI BARBOSA            | ENDEREÇO - LOGRADOURO                        |                                                    |                        | NUMERO / LOTE<br>SN  |
| BAIRRO<br>GALDINAL            | COMPLEMENTO                                  | MUNICÍPIO<br>BARRAS                                | UF<br>PI               |                      |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
REFERE QUEDA COM TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
RX E EXAME FÍSICO

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

|                                                                                         |                   |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL<br>S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO | CID 10 SECUNDÁRIO | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

|                                         |                                                               |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| LEITO/CLÍNICA<br>ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

|                                   |                                |                                                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| CARÁTER<br>URGENCIA               | DATA SOLICITAÇÃO<br>24/05/2019 | FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO<br>CPF: 71603921320 CRM: |
| DATA ADMISSÃO<br>24/05/2019 11:37 | DATA ALTA<br>26/05/2019 09:00  | MOTIVO ALTA<br>MELHORADO                                             |

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

|               |                 |               |       |                 |              |
|---------------|-----------------|---------------|-------|-----------------|--------------|
| TIPO ACIDENTE | CNPJ SEGURADORA | Nº DO BILHETE | SÉRIE | CNPJ DA EMPRESA | CNAE EMPRESA |
|               |                 |               |       |                 |              |

### AUTORIZAÇÃO

|                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO                                                                                      |                                                                                                                                       |
| PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))<br><br>TANIA MOREIRA AREA LEAO<br>CPF: 47061359113 CRM: | NOME DO PROFISSIONAL / PARÂMETRO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO / AUDITORIA<br><br>CPF: DATA ANÁLISE: 24/05/2019 14:47:54 CRM: DATA ANÁLISE: |

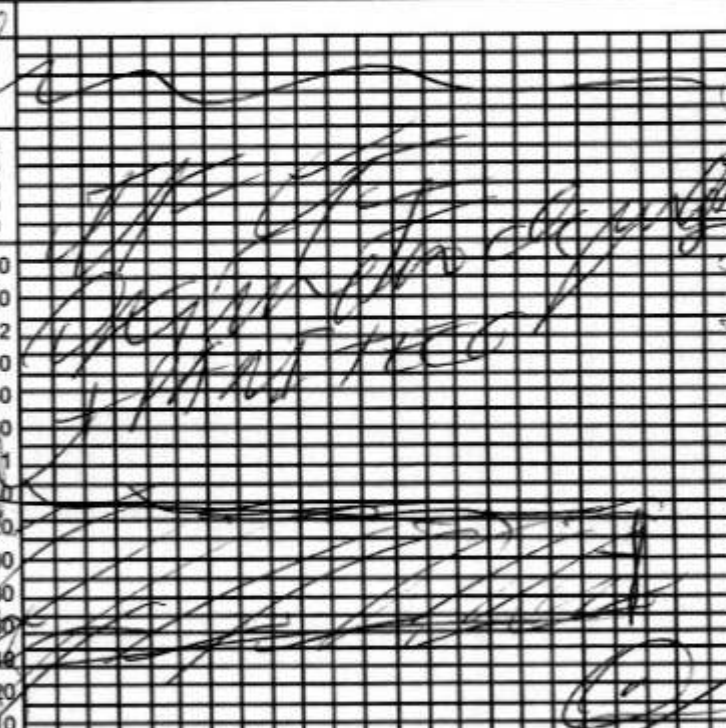


ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes da Mesquita  
Matrícula: 07350  
SAM HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE HUT

|                                                  |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    |                             |                                                                               |  |                                 |  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| NOME DO PACIENTE <b>ADRIELE NASCIMENTO SILVA</b> |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    | Nº DE REGISTRO <b>31204</b> |                                                                               |  |                                 |  |
| DATA <b>25/05/19</b>                             | P. ARTERIAL                                                                                | PULSO                                                                               | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA                        | PESO                        | ALTURA                                                                        |  |                                 |  |
| EXAMES DE SANGUE                                 | GR. SANGUÍNEO                                                                              | HEMATIMETRIA                                                                        | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS                       | GLICEMIA                    | DOS. URÉIA                                                                    |  |                                 |  |
| EXAMES DE URINA                                  |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    |                             |                                                                               |  |                                 |  |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA                              |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    |                             |                                                                               |  |                                 |  |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO                             |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    | ELETROCARDIOGRAMA           |                                                                               |  |                                 |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                             |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    | ASMA                        | BRONQUITE                                                                     |  |                                 |  |
| SISTEMA DIGESTIVO                                |                                                                                            |                                                                                     |                | SISTEMA URINÁRIO                   |                             |                                                                               |  |                                 |  |
| ESTADO MENTAL                                    |                                                                                            |                                                                                     |                | CORTICOIDES                        | ATARAXICOS                  | OUTROS                                                                        |  |                                 |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                       |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    | FÍSICOS                     |                                                                               |  |                                 |  |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)                    |                                                                                            |                                                                                     |                | APLICADO AS                        | EFEITOS                     |                                                                               |  |                                 |  |
| AGENTES ANESTÉSICOS                              | OXIGÊNIO<br>1<br>2<br>3                                                                    |  |                |                                    |                             | TOTAL DE DOSES                                                                |  |                                 |  |
| LÍQUIDOS                                         | SO-UTO 500<br>SANGUE 300<br>OUTROS 100                                                     |                                                                                     |                |                                    |                             | SEQUÊNCIA                                                                     |  |                                 |  |
| TEMPERATURA T                                    | C° 260<br>240<br>2<br>200<br>180<br>160<br>140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10 |                                                                                     |                |                                    |                             | 1<br>2<br>3<br>4<br>5<br>6<br>7<br>8<br>9<br>10<br>11<br>12<br>13<br>14<br>15 |  |                                 |  |
| P. ARTERIAL V O PULSO                            | 38                                                                                         |                                                                                     |                |                                    |                             | 1<br>2<br>3<br>4<br>5<br>6<br>7<br>8<br>9<br>10<br>11<br>12<br>13<br>14<br>15 |  |                                 |  |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X                         |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    |                             |                                                                               |  |                                 |  |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO                            |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    |                             |                                                                               |  |                                 |  |
| RESPIRAÇÃO O                                     |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    |                             |                                                                               |  |                                 |  |
| SÍMBOLOS                                         |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    |                             | 07:30 — 08:30                                                                 |  | DURAÇÃO                         |  |
| TÉCNICAS                                         |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    |                             | BPP + Sedação                                                                 |  | INCIDENTE - ACIDENTE            |  |
| OPERAÇÕES                                        |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    |                             | RSTO SINTET PUNHO                                                             |  | DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT |  |
| CIRURGIÕES                                       |                                                                                            | DR. BERGEL                                                                          |                | CONTEÚDO NÃO VERIFICADO            |                             |                                                                               |  |                                 |  |
| ANESTESISTAS                                     |                                                                                            | DR. FERNANDES                                                                       |                | 26 AGO. 2019                       |                             |                                                                               |  |                                 |  |
|                                                  |                                                                                            | CRM 1072                                                                            |                | GENTE SEGURADORA S.A.              |                             |                                                                               |  |                                 |  |
|                                                  |                                                                                            |                                                                                     |                | Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  |                             |                                                                               |  |                                 |  |
|                                                  |                                                                                            |                                                                                     |                | Centro - Norte CEP: 64.002-470     |                             |                                                                               |  |                                 |  |
|                                                  |                                                                                            |                                                                                     |                | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS |                             |                                                                               |  |                                 |  |
|                                                  |                                                                                            |                                                                                     |                | Repullon                           |                             |                                                                               |  |                                 |  |
| PARITICULARIDADES                                |                                                                                            |                                                                                     |                |                                    |                             |                                                                               |  |                                 |  |



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Adriane Nascimento Silva

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de rádio distal E

Operação - Tipo

Osteossíntese

Cirurgião

Dr. Bergo

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

25/05/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pte em DRA sob anestesia

Anestesia e antiespasmódico; campo estéril;

Incisão vertical em punho E;

Redução da fratura do rádio distal E

em "T" 3,5 mm;

Fechamento por planos

Curativos

Dr. Bergo Barbosa Borges

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-11.555



Joana Lúcia Mendes de Assunção  
Márcia de Assunção  
SAE - HUT  
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28/10/19

|                                           |                       |
|-------------------------------------------|-----------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Adriane N. Silva</u> | PRONTUÁRIO Nº: _____  |
| DIAGNÓSTICO: <u>Fratura distal E</u>      | CIRURGIA: <u>Pr</u>   |
| ANESTESIA: _____                          | Nº DA SALA: <u>05</u> |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Roberto Barbosa</u>     | CPF Nº: _____         |
| AUXILIAR: <u>Bela</u>                     | CPF Nº: _____         |
| ANESTESIA: <u>Livian</u>                  | CPF Nº: _____         |
| INSTRUMENTADORA: <u>Leandra</u>           | CPF Nº: _____         |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO               | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|-----------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI <u>24</u> | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 02     |       | LUVA Nº <u>715</u>          | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 03     |       | LUVA Nº <u>710</u>          | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. |        |       | LUVA DE PROCEDIMENTO        | PAR    | 03     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 200    |       | PVPI DE GERMANTE            | ML     | 100    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | 02     |       | PVPI TÓPICO                 | ML     | 50     |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 100    |       | PVPI TINTURA                | ML     |        |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC                | UNID.  | 03     |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC                | UNID.  | 02     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 50     |       | SERINGA 5CC                 | UNID.  | 02     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. |        |       | SERINGA 3CC                 | UNID.  | 03     |       |
| FORMOL                  | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO            | FRASCO | 01     |       |
| GASES                   | PAC.  | 03     |       | SONDA URETRAL               | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº <u>20</u>      | UNID. | 01     |       | <u>Edifício c/abr</u>       | 1      | 01     |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA                  | 1      | 02     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       | <u>Cyperm</u>               |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                             |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                             |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                             |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                             |        |        |       |
| MONONYLON               | 30    | 02     |       |                             |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:                 |        |        |       |
| VICRYL                  | 20    | 02     |       | CIRCULANTE: <u>Beneito</u>  |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                             |        |        |       |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
26 AGO. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

João Luiz Mendes  
Mestre de 1980  
SANTO  
CONFERE COM O ORIGINAL

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

**PACIENTE - Nome:** Adrielle Nascimento Silva  
**Nº AIH:** 239678  
**Nº do Prontuário:** 512074 **Data da Internação:** 1 / 1 / 1  
**Procedimento Médico Realizado:** 0408020407  
**Indicador de Compatibilidade:** 0702030996  
**MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome:** Dr. Bergiel  
**CRM Nº**                      **CPF Nº**                       
**DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL:** 25/05/19 **DATA DA ALTA:** 1 / 1 / 1

| Código Ropm<br>Nº | DESCRIÇÃO DO MATERIAL<br>(Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...) |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| CX-104            | 01 placa "T" 3,5mm (3x3)                                                    |
|                   |                                                                             |
|                   |                                                                             |
|                   |                                                                             |
|                   |                                                                             |
|                   |                                                                             |
|                   |                                                                             |
|                   |                                                                             |
|                   |                                                                             |
|                   |                                                                             |

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 25 de maio de 2019

**Nome do Hospital:**                       
**C.N.P.J:**                       
**Assinatura:**                       
**Cargo:**                       
**Nome:**                     





**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<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>239678</b>            |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|           |                                               |               |            |                 |               |
|-----------|-----------------------------------------------|---------------|------------|-----------------|---------------|
| 5-Nome:   | ADRIELE NASCIMENTO SILVA                      |               |            | 6 - Prontuário: | 512074        |
| 7-CNS:    | 702000379679583                               | 8-Nascimento: | 01/05/1990 | 9-Sexo:         | Feminino      |
| 11-Mãe:   | MARIA DA CONCEICAO NASCIMENTO SILVA           |               |            | 12-Fone:        | 86-99492-3249 |
| 13-Resp:  | JOSENILDA                                     |               |            | 14-Fone:        | 86-99492-3249 |
| 15-Ender: | RUA PIO IX ,3121 - SAO PEDRO - CEP: 64000-010 |               |            |                 |               |
| 16-Munic: | TERESINA                                      | 17-Cod.IBGE:  | 221100     | 18-UF:          | PI            |
|           |                                               |               |            | 19-CEP:         | 64000-010     |

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

|                                   |  |                                                                                         |  |                         |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|
| 31-Cod.Proced.Princip.            |  | 30 - Procedimento Principal / Descrição:                                                |  |                         |
| 0408020407                        |  | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO |  |                         |
| 31-Cod.Procedi-<br>mento Especial |  | 32 - Descrição do Procedimento Especial:                                                |  | Quant. Soli-<br>cidata: |
| 0702030996                        |  | PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)                                                    |  | 1                       |
| Fornecedor da OPM: PIMMES         |  |                                                                                         |  |                         |

|                                                                                   |                                                  |                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 38-Profissional Responsável:<br><b>FERDINAND CARVALHO DE ALMEIDA FREITAS NETO</b> | 40-Tp. Documento:<br><b>CPF</b>                  | Dr. Berniel Barbosa Bezerra<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>CRM-PI 15535<br>41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) |
| 39-Data Solicitação: <b>25/05/2019</b>                                            | 40-No.Doc. Méd. Solic.:<br><b>716.039.213-20</b> |                                                                                                          |

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Justificativa da solicitação de procedimento especial para fratura de antebraço com placa em T 3,5 mm.*

**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<br>de avaliação/auditoria                                                                 | 51-Data Autorização:         | 52-CNS/CPF:     |
| <i>Jose de Alencar Santos Filho</i><br>Assessor de Auditoria - DCA/UFMS<br>CRM-PI 1808 - CPF: 373.206.433-90<br>CNS 1706005-3260002 | 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) | (JEIEL FEITOSA) |

*Jose de Alencar Santos Filho*  
Assessor de Auditoria - DCA/UFMS  
CRM-PI 1808 - CPF: 373.206.433-90  
CNS 1706005-3260002

**AUDITOR**  
**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEUDO NÃO VERIFICADO**  
**26. AGO. 2019**  
**GENTE SEGURADORA S.A.**  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

*Joana Luisa Mendes de Mesquita*  
Matrícula: 1390  
SAME HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - HUT

SPITAL URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|------------|-------|------------|------------|-------|-------------------|
| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                       |                                                    | PRONTUÁRIO | DATA NASC  | IDADE | CLÍNICA    | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
| ADRIELE NASCIMENTO SILVA                                                                                                                                                                                               |                                                    | 512074     | 01/05/1990 | 29    | Ortopédica | 238        | 41    |                   |
| DATA/HORA                                                                                                                                                                                                              | OBSERVAÇÕES                                        |            |            |       |            |            |       |                   |
| CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                 | HORÁRIOS                                           |            |            |       |            |            |       |                   |
| DI : 24/05/2019                                                                                                                                                                                                        | FRAT PUNHO E                                       |            |            |       |            |            |       |                   |
| 26/05/19                                                                                                                                                                                                               |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| 1                                                                                                                                                                                                                      | Dieta oral livre                                   |            |            |       |            |            |       |                   |
| 2                                                                                                                                                                                                                      | Jelco salinizado                                   |            |            |       |            |            |       |                   |
| 3                                                                                                                                                                                                                      | Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs             |            |            |       |            |            |       |                   |
| 4                                                                                                                                                                                                                      | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| 5                                                                                                                                                                                                                      | Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN |            |            |       |            |            |       |                   |
| 6                                                                                                                                                                                                                      | Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h                        |            |            |       |            |            |       |                   |
| 7                                                                                                                                                                                                                      | Cuidados gerais e sinais vitais                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| 8                                                                                                                                                                                                                      | Curativos diários                                  |            |            |       |            |            |       |                   |
| 9                                                                                                                                                                                                                      |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| <div>DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br/>DPVAT<br/>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br/>26 ABO. 2019<br/>GENTE SEGURADORA S.A.<br/>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br/>Centro - Norte CEP: 64.002-470</div>                         |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| Dr. Jordano Cronenberg / Dr. Yuri Iwago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho<br>Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |
| CRM 3415-TEOT/10029 / CRM 2308 / CRM 3766-TEOT/11305 / CRM 3367                                                                                                                                                        |                                                    |            |            |       |            |            |       |                   |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
2 6 ASD. 7019  
GENTE SEGURODORA S.A.  
Rua Coelho de Resende 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-770

JOSE LUIS MENDOZA MENDOZA  
Molecular 1990  
SAME  
CONFERENCE PROGRAM

NOME ADRIELE NASCIMENTO SILVA IDADE 99 anos DATA 25/05/2019  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 08 hs 40 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDACÃO + BPD  
 CIRURGIA REALIZADA Fract. radio distal E CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

| SINAIS VITAIS                   | HORÁRIO       |               |
|---------------------------------|---------------|---------------|
|                                 | ADMISSÃO      | SAÍDA         |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | <u>147/79</u> | <u>138/86</u> |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | <u>87</u>     | <u>73</u>     |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | <u>98%</u>    | <u>97</u>     |
| TEMPERATURA AXILAR (O° C)       |               |               |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   |               |               |
| NOME/ MATRÍCULA                 | <u>Eleane</u> | <u>Eleane</u> |

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

|                        |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|
| ESCALA DE DOR ADMISSÃO |  |  |  |  |  |  |
| ESCALA DE DOR ALTA     |  |  |  |  |  |  |

TOTAL

ASS.

| ( ) Sonda Vesical | ( ) Dreno de Sucção | ( ) Dreno Torácico | ( ) DVE | ( ) Colostomia | Sonda ( ) Nasogastrica | Nasoe |
|-------------------|---------------------|--------------------|---------|----------------|------------------------|-------|
| hs mL             | hs mL               | hs mL              | hs mL   |                |                        |       |
| hs mL             | hs mL               | hs mL              | hs mL   |                |                        |       |

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

8:40hs Admitida na APA no 4º de prétese radio distal @ - Sob efeito de BPD + redução - consciente - Estável hemodinamicamente - fôlego chego 17492

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

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

Joana Luiza Figueira de F. Melo  
 Anestesiologista  
 CRM 15.522-2  
 ANESTESIOLOGISTA

CONFÉRM.



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU

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

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 45304 - Em: (24/05/2019)

|                           |                                                                 |                                    |                          |                  |                         |                 |                                                  |            |           |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------|-------------------------|-----------------|--------------------------------------------------|------------|-----------|
| Atendimento               | Prontuário: 512074                                              | Paciente: ADRIELE NASCIMENTO SILVA | Dr. Nasc.                | Clinica: ROSTO 2 | Enfermaria: SUPLEMENTAR | Leito: EXTRA 05 | Médico Assistente: FERDINAND CARVALHO DE ALMEIDA |            |           |
| Evolução:                 |                                                                 |                                    | Alergias:                |                  |                         |                 |                                                  |            |           |
| Diagnóstico/Comorbidades: |                                                                 |                                    | Relatório de Enfermagem: |                  |                         |                 |                                                  |            |           |
| Seq.:                     | Descrição-Apresentação/Observação:                              |                                    | Dose:                    | Unid.:           | Via:                    | Int.:           | Recons:                                          | Dil. Vol.: | Horarios: |
| Dieta                     | ORAL tipo LIVRE, Erlen Pimentel Visto Nutricionista CRM-PI 4510 |                                    | 1,00                     | Frasco           | EV                      | 12/12h          |                                                  |            |           |
| 1                         | CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO    |                                    | 1,00                     | Ampola           | EV                      | 12/12h          |                                                  |            |           |
| 2                         | TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL., INJ.                              |                                    | 1,00                     | Ampola           | EV                      | 6/6h            |                                                  |            |           |
| 3                         | DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ., 2ML.                            |                                    | 50,00                    | mg               | EV                      | 12/12h          |                                                  |            |           |
| 4                         | RANITIDINA 25MG/ML, INJ., C/2ML.                                |                                    |                          |                  |                         |                 |                                                  |            |           |

Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS

CRM-PI: 11020  
Cirurgião de Cabeça e Pescoço



Joana Luiza Mendes  
Matrícula: 1000  
SAME - MUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Anexo 65 (25/05/19)

OK

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 39002

25.05.19 06:58h Pct  
consciente, orientado  
física e psíquica. Com  
hematêmese. Com  
hem. guel. es  
pentônica. ps. 12/12h  
77 em mltg. 12/12h  
Enfermeira  
COREMI 149477

EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

NOME: Joville Nascimento Silva IDADE: 24.05.19 ENFERMARIA/LEITO: 24.05.19

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: ( ) MÍNIMOS ( ) INTERMEDIÁRIOS ( ) SEMI-INTENSIVOS ( ) TOTALMENTE DEPENDENTES

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

2. Locomoção: ☒ Deambula ( ) Acamado ( ) Restrito ao leito por orientação ( ) Paratetraplégia ( ) Plegia ( ) Hemiparesia ( ) Deficite Motor

3. Respiração: ☒ Eupnéico ( ) Dispneico ( ) Taquipnéico ( ) TQT ( ) Sem O<sub>2</sub> ( ) Com O<sub>2</sub>

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: ☒ Normocrado ( ) Hipocrado ( ) Ictérico ( ) Integra ( ) Edema/Anasarca ( ) Hidratado ( ) Lesões Bolhosas ( ) Escoriações ( ) LPPs

8. Hidratação: ☒ AVP ☒ MD ( ) AVC ( ) Outros:

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

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

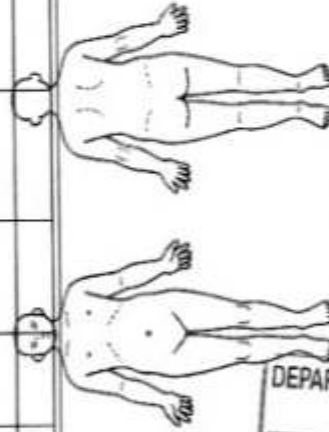
11. Evacuações: ☒ Presentes ( ) Constipado dias ( ) Diarréia ( ) Melena ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( ) Outros:

12. Alergias ( ) Não ( ) Sim- Quais:

*20.5.19 em pos. 8.25.05*

Enfermeira  
COREN: 129172

| HORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SINAIS VITAIS |   |   |    |                     | ENTRADAS   |    |      | SAÍDAS      |         |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---|---|----|---------------------|------------|----|------|-------------|---------|-------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | T             | P | R | PA | SAT. O <sub>2</sub> | GLIC. CAP. | HV | HEMO | SONDA/ ORAL | DIURESE | DRENO |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |   |   |    |                     |            |    |      |             |         |       |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |   |   |    |                     |            |    |      |             |         |       |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |   |   |    |                     |            |    |      |             |         |       |
| <p>ESCALA DE BRADEN:</p> <p>1. Percepção sensorial (0 Indicação):<br/>1- Totalmente 2- Muito 3- Levemente 4- Nenhum</p> <p>2. Umidade (Umidade):<br/>1- Completamente 2- Muito 3- ocasionalmente 4- Raramente</p> <p>3. Atividade:<br/>1- Acamado 2- Cadeira rodas 3- Andar ocasionalmente 4- Andar frequentemente</p> <p>4. Mobilidade (Limitação):<br/>1- Totalmente 2- Muito 3- Levemente 4- Nenhum</p> <p>5. Nutrição:<br/>1- Muito pobre 2- Inadequada 3- Adequada 4- Excelente</p> <p>6. Fricção e cisalhamento:<br/>1- Problema 2- Problema Potencial 3- Nenhum Problema</p> <p>TOTAL: 4</p> |               |   |   |    |                     |            |    |      |             |         |       |
| <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</p> <p>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>6 ABO. 2019</p> <p>GENE SEGURADORA S.A.</p> <p>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C</p> <p>Campo - Norte CEP: 64.002-070</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |   |   |    |                     |            |    |      |             |         |       |
| <p>ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA</p> <p>1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SM - 25 / NÃO - 0</p> <p>2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SM - 15 / NÃO - 0</p> <p>3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO:<br/>Mobilidade - 30 / Muletas/Bengala/Andador - 15 / Nenhum - 0</p> <p>4. TERAPIA ENDOVENEOSA: SM - 20 / NÃO - 0</p> <p>5. MARCHA:<br/>Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Semidambulação, acamado, cadeira de rodas - 0</p> <p>6. ESTADO MENTAL:<br/>Suplementação / Esquecimento - 15 / Orientado / Capacitado / Lúcido - 0</p> <p>TOTAL: 0</p>                                                    |               |   |   |    |                     |            |    |      |             |         |       |
| <p>CLASSIFICAÇÃO:</p> <p>SEM RISCO SR: 0-24</p> <p>BAIXO RISCO BR: 25-50</p> <p>ALTO RISCO AR: &gt; 51</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |   |   |    |                     |            |    |      |             |         |       |



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

157.02075.04-1

1421391 0050 PI

*Adriele nascimento silva*

ADRIELE NASCIMENTO SILVA




ADRIELE NASCIMENTO SILVA

FILIAÇÃO..... MARIA DA CONCEIÇÃO NASCIMENTO SILVA

NASCIMENTO..... 01/05/1990 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: TIMON - MA

DOCUMENTO..... C.N. 1996 LV A 46 FLS 99 - 30/05/2012 - COMARCA DE MATOES - MATOES - MA

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF..... 080.408.493-90 CNH.....

TIT. ELEITOR: 042727821503 SEÇÃO: 0036 ZONA: 0006

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PI - 22/07/2015

*Paula Maria de Nascimento Silva*

ASSINATURA DO EMPREGADO

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1554660910

Nome: MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA: 1457994 SSP-PI

CPF: 703.754.703-44 DATA NASCIMENTO: 10/09/1971

FEIÇÃO: LUIS PROCEDONIO DA SILVA  
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC: CAT: B

SP REGISTRO: 02851011130 VALIDEZ: 15/12/2022 P. HABILITAÇÃO: 29/04/2003

OBSERVAÇÕES: A

Assinatura do Portador: *Maria do Carmo*

LOCAL: TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO: 20/12/2017

70615801046  
PI320021300

PIAUI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI  
Nº 013603765604  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM 1 01141389352 EXERCÍCIO 2019

NOME  
GONCALO JOSE GOMES  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF / CNPJ 77650700372 PLACA OVN-8631

PLACA ANT. LUR 9C2KD1000JR106738 CHASSI

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/MENHUA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NXR 160 BROS ANO FAB 2017 ANO MOD. 2018

CAP. POT / cil 02P/01620C CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 1º IPVA 2º PAGO 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO 000,00 PREMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE FORTE OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL BARRAS DATA 28/01/2019

SINISTROS

CONTENIDO NAO VERIFICADO

26 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

BILHETE DE SEGURO DPVAT  
PINº 013603765604

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 28/01/2019

RENAVAM 1 77650700372 PLACA OVN-8631

MARCA / MODELO HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB 2017 ANO MOD. 2018

CAP. POT / cil 02P/01620C CATEGORIA PARTICU

COTA ÚNICA 1º IPVA 2º PAGO 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO 000,00 PREMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE FORTE OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL BARRAS DATA 28/01/2019

SINISTROS

CONTENIDO NAO VERIFICADO

26 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTENIDO NAO VERIFICADO

26 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTENIDO NAO VERIFICADO

26 AGO. 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190499534 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIELE NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 02/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO (P. 1/7)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE, PLACA (P. 7) - ALTA.  
P. 1/2/6/7.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X  
- VÍTIMA COM 29 ANOS.  
- DATA DA CIRURGIA: 25/05/2019 (P. 7)

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190499534 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIELE NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 02/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO (P. 1/7)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE, PLACA (P. 7) - ALTA.  
P. 1/2/6/7.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** X  
- VÍTIMA COM 29 ANOS.  
- DATA DA CIRURGIA: 25/05/2019 (P. 7)

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

# PROCURACAO PARTICULAR

|                                                      |                                  |                             |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| <b>OUTORGANTE</b> <u>Adriele Nascimento Silva</u>    |                                  |                             |
| Nacionalidade: Brasileira                            | Estado Civil: <u>solteira</u>    | Profissão: <u>lavradora</u> |
| Identidade nº: <u>4.282.690</u>                      | CPF nº: <u>030.406.493-90</u>    |                             |
| Endereço: <u>Rua João Paulo II Bairro - Galdinal</u> |                                  |                             |
| CEP: <u>64.100-000</u>                               | Telefone: <u>(86) 99982-3093</u> |                             |

|                                                                               |                                                          |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA</b>                          |                                                          |                                       |
| Nacionalidade: Brasileira                                                     | Estado Civil: <u>Solteira</u>                            | Profissão: <u>Bacharel em Direito</u> |
| Identidade nº: <u>1.457.994-SSP/PI</u>                                        | CPF/MF nº: <u>703.754.703-44</u>                         |                                       |
| Endereço: <u>Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha - Teresina - PI,</u> |                                                          |                                       |
| CEP: <u>64.019-330</u>                                                        | Telefone: <u>(86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055</u> |                                       |

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGUROADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por ( ) **POR MORTE** (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou ( ) **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia 06/05/19 para a Vitima Adriele Nascimento Silva

Barras-Pi 24/06/2019

Local e data

Adriele nascimento Silva

- Vitima ou Representante Legal -

|                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|
| <b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</b>                            |
| CONTEUDO NÃO VERIFICADO                                           |
| 26.660.773                                                        |
| <b>GENTE SEGURADORA S.A.</b><br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C |
| <b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</b>                            |
| CONTEUDO NÃO VERIFICADO                                           |
| 26.660.773                                                        |
| <b>GENTE SEGURADORA S.A.</b><br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C |
| <b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT</b>                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>CNPJ: 06.942.751/0001-31 - CNIS: 148320</p> <p>RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ADRIELE NASCIMENTO SILVA EM TEST. <u>Adriele Nascimento Silva</u> DA VERDADE DOU FE BARRAS: 24/06/2019 15:14:53</p> <p><u>Isadora Pacheco Fortes Silva</u></p> <p><b>ISADORA PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE</b></p> <p>Empl: R\$ 1.857,72 - R\$ 0,77 MP - R\$ 0,10 Selc - R\$ 0,28 Total - R\$ 4,98</p> |  | <p><b>ORIO UNICO</b></p> <p>Carimbo</p> <p>RECONHECIMENTO DE FIRMA</p> <p>ABQ 77719</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293815/19

**Vítima:** ADRIELE NASCIMENTO SILVA

**CPF:** 080.408.493-90

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 06/05/2019

**Titular do CPF:** ADRIELE NASCIMENTO SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

### ADRIELE NASCIMENTO SILVA : 080.408.493-90

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/08/2019  
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA  
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

**Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190499534**

**Vítima: ADRIELE NASCIMENTO SILVA**

**Data do Acidente: 06/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADRIELE NASCIMENTO 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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ADRIELE NASCIMENTO SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003436**

Conta: **0000030144-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190499534**

**Vítima: ADRIELE NASCIMENTO SILVA**

**Data do Acidente: 06/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

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

**Senhor(a), ADRIELE NASCIMENTO 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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000906/2019-59**

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Francisco Das Chagas Sousa E Silva

Data/Hora: 12/06/2019 - 12:11

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

BAIRRO GALDINAL, Nº:

Complemento

Data/Hora

06/05/2019 - 10:00

Bairro

VILA FRANÇA

543533

Ponto de Referência

COLÉGIO LEIA PUGET

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ADRIELE NASCIMENTO SILVA

RG: 4282690 SSP PI

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO NASCIMENTO SILVA

Endereço: RUA JOÃO PAULO II, Nº 69

Bairro: GALDINAL

Cidade: BARRAS

Telefone(s): 86-8887-9911

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
26 A60.7019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 160 FAN ESDI

Condutor: ADRIELE NASCIMENTO SILVA.

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro:

Proprietário: GONÇALO JOSÉ GOMES

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

Ano: Placa: Chassi:

2018 OVM8631 9C2KD10000JR106730

Renavam:

01141389352

Cor:

Preta

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE POR VOLTA DAS 10:00 HORAS DO DIA 06/052019, TRAFEGAVA POR UMA RUA DO BAIRRO GALDINAL, NESTA CIDADE DE BARRAS, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA 160 BROS, COR PRETA, PLACA OVW -8631; QUE NAS PROXIMIDADES DO COLÉGIO LEIA PUGET, SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE DE TRANSITO, TIPO TOMBAMENTO LATERAL, POIS AO DESVIAR DE UM VEICULO TIPO CAMINHÃO BAÚ, QUE TRAFEGAVA EM SENTINDO CONTRARIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA OCORRENDO TOMBAMENTO; QUE EM DECORRÊNCIA DESSE TOMBAMENTO SOFREU FRATURA DO BRAÇO ESQUERDO; QUE APOS O SINISTRO FOI CONDUZIDA EM UM VEICULO PARTICULAR PARA O HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO DA CIDADE BARRAS, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DO REFERIDO HOSPITAL QUE APRESENTA COPIA NESTA DELEGACIA; QUE DIAS DEPOIS TEVE ATENDIMENTO MEDICO NO HUT EM TERESINA, TENDO FEITO CIRURGIA MEDICA; QUE A NOTICIANTE NÃO POSSUI CNH. ERA O QUE SE TINHA A CERTIFICAR.

Francisco Das Chagas Sousa E Silva - Mat. 0382779  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

ADRIELE NASCIMENTO SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 080.008.493-90 4 - Nome completo da vítima: Adiele nascimento Silva

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

5 - Nome completo: Adiele nascimento Silva 6 - CPF: 080.008.493-90  
7 - Profissão: Lavradora 8 - Endereço: R. João Paulo II 9 - Número: 69 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Galdinal 12 - Cidade: Barras. 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.100-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86.99982.3093

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3436 CONTA: 301443  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ainda nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barras - PI 30/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
26 AGO. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME DO PACIENTE: ADRIELE NASCIMENTO SILVA

CARTÃO DO SUS

702000379679583

CPF

IDENTIDADE

DATA DO NASCIMENTO

01/05/1990

PROFISSÃO

SEXO

F

ENDEREÇO: R. JOAO PAULO

NÚMERO:

TELEFONE

MUNICIPIO  
BARRAS

ESTADO  
PI

CEP:

BAIRRO: GALDINAL

FILIAÇÃO

PAI:

MÃE: MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES DA SILVA

**DADOS SOBRE ATENDIMENTO**

DATA DO ATENDIMENTO

06/05/2019

HORA: 11:20

**MOTIVO DO ATENDIMENTO**

Suspeita de fratura em punho E. Vito.  
ma de acidente motorveicular ± 02  
horas fuga HRS. DM. Alargua medula  
monteira. (S.C.) dor + edema no local.

GL: 91 mg/dl.  
P A: 120 x 82 mmHg.  
TP°C: 35°C  
STO2: 98%  
F.C: 65 bpm.  
P: 49 Kg.

**DIAGNÓSTICO**

Então?

*Fratura em punho  
com o punho*

Edson de Sousa Rodrigues Filho  
Enfermeiro  
Esp. em Urgência e Emergência  
COREN - PI 519.350

**TRATAMENTO REALIZADO**

*Uso de gesso  
na mão direita*

Deusilina Alves dos Santos  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN PI: 467.567  
SUS: 708 4087 9380 4169

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

- ( ) CONSULTA BÁSICA CURATIVO  
( ) DRENAGEM DE ABCESSO  
( ) RETIRADA DE CORPO ESTRANHO  
( ) PEQUENA CIRURGIA

- ( ) AEROSO  
( ) PRESSÃO ARTERIAL  
( ) SUTURA CIRURGICA  
( ) ECG

- ( ) RETIRADA DE PONTO  
( ) RAIO X  
( ) MOBILIZAÇÃO

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

*Adriela*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

# 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: 06/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ADRIELE NASCIMENTO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000030144-3

---

Nr. da Autenticação 864102B03ACBBAE5



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual 19.501.383-5)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série D-1  
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/2019

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO

1664167-1

Nº da Nota Fiscal: 022994408

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

CONTA MÊS  
JUNHO/2019

VENCIMENTO  
18-06-2019

CONSUMO (KWh)  
106

TOTAL A PAGAR (R\$)  
107,32

GONCALO JOSE GOMES  
R. JOAO PAULO II GALDINAL  
CPF: 00077650700372

CER: 64.100-000 - BARRAS

| DADOS DA LECTURA            |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| Atual:                      | 1758                            |
| Anterior:                   | 1652                            |
| Constante de Multiplicação: | 1,000                           |
| Consumo Medido:             | 106                             |
| Consumo Faturado:           | 106                             |
| Formato de Faturamento:     | Consumo de Irregularidade: FCAM |

| NORMAS DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |         |             |                     |
|-------------------------------------|---------|----------------|---------|-------------|---------------------|
| Classe/Subclasse                    | Ligação | Número Medidor | Posto   | Código Pat. | Módulo T2 (reserva) |
| RESIDENCIAL                         | HOMO    | A2102858       | 1.1.1.1 | 150         |                     |

|        |     |                                |                      |       |
|--------|-----|--------------------------------|----------------------|-------|
| MAI/19 | 201 | CONSUMO                        | 106 A R\$ 0,865162 = | 91,70 |
| ABR/19 | 161 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) |                      | 9,88  |
| MAR/19 | 141 | CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 |                      | 0,97  |
| FEV/19 | 142 | MULTA POR ATRASO 05/19-00      |                      | 3,72  |
| JAN/19 | 141 | JUROS POR ATRASO 05/19-00      |                      | 1,05  |
| DEZ/18 | 131 | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -   | 0,65                 |       |
| NOV/18 | 161 |                                |                      |       |
| OUT/18 | 144 |                                |                      |       |
| SET/18 | 160 |                                |                      |       |
| AGO/18 | 132 |                                |                      |       |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 106 - 0,621516

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 10-06-2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

#### RESERVADO AO FISCO

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$               |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$     |        |
|-----------------------------------------|-------|-----------------------------|--------|
| C389.F736.CB8E.42D8.0ACF.2F7F.DC4A.F58D |       | Base de Cálculo:            |        |
| Distribuição:                           |       | Alíquota ICMS:              | 91,70  |
| Energia:                                | 19,28 | Valor do ICMS:              | 22,00% |
| Transmissão:                            | 37,24 | Valor do PG:                | 20,17  |
| Energia:                                | 6,29  | Valor do CDF/EEC:           | 1,00   |
| Tributos:                               | 3,08  | INDICADORES DE CONTINGÊNCIA | 6,49%  |
|                                         | 25,81 |                             | 4,64   |

| INDICADORES DE CONTINGÊNCIA |          | EEC   | EEC    | EEC      |
|-----------------------------|----------|-------|--------|----------|
| Manual                      | Standard | Atual | Manual | Standard |
| Unidade                     |          |       |        |          |
| Reserva                     | 7,27     | 14,53 | 29,06  | 3,86     |
| Consumo                     | 0,00     |       |        | 0,00     |

CAMPO MAIOR



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual 19.501.383-5)

SEU CÓDIGO

1664167-1

MÊS FATURADO

06/2019

Nº da Nota Fiscal: 022994408

TOTAL A PAGAR - R\$

107,32

VENCIMENTO

18-06-2019

836900000001 6 07320017000 6 000000001664 2 16710619008 2



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

2 6 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto de Renda autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 025069274

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

CONTA MÊS  
**JULHO/2019**  
VENCIMENTO  
**10-08-2019**  
CONSUMO (kWh)  
**529**  
TOTAL A PAGAR (R\$)  
**549,53**

MARIA DO CARMO PROCEDIMIO DA SILVA  
R. HENRIQUE DIAS 790 VERMELHA  
CPF: 00070375470344  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.32.019300

| DADOS DA LEITURA            |        | DETALHES DA LEITURA |            |
|-----------------------------|--------|---------------------|------------|
| Atual:                      | 14090  | Atual:              | 26/07/2019 |
| Anterior:                   | 13561  | Anterior:           | 26-06-2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000  | Próxima Leitura:    | 27-08-2019 |
| Consumo Medido:             | 529    | Emissão:            | 25-07-2019 |
| Consumo Faturado:           | 529    | Apresentação:       | 26-07-2019 |
| Forma de Faturamento:       | NORMAL | Dias de Consumo:    | 30         |
| Código de Irregularidade:   |        |                     |            |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |                            |
|------------------------------|---------|----------------|-------|----------------------------|
| Classificação                | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Pat. Média 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | TRI     | 0176626        |       | 1.1.1.3 540                |

| HISTÓRICO kWh   |     |  | DESCRIÇÃO DA CONTA             |        |
|-----------------|-----|--|--------------------------------|--------|
| Mês/ano consumo |     |  |                                |        |
| JUN/19          | 539 |  | CONSUMO 529 A R\$ 0,934456 =   | 494,32 |
| MAI/19          | 538 |  | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 39,88  |
| ABR/19          | 500 |  | CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 | 1,60   |
| MAR/19          | 418 |  | MULTA POR ATRASO 05/19-00      | 10,05  |
| FEV/19          | 506 |  | JUROS POR ATRASO 05/19-00      | 3,68   |
| JAN/19          | 526 |  | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -   | 6,84   |
| DEZ/18          | 455 |  |                                |        |
| NOV/18          | 595 |  |                                |        |
| OUT/18          | 597 |  |                                |        |
| SET/18          | 636 |  |                                |        |

TARIFA DE ILUMINACAO PUBLICA  
R\$ 529 - 0,934456

**VENCIMENTO / MENSAGEM**

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10-08-2019. O não pagamento por 30 dias ensejará também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

| RESERVADO AO FISCO BFD8.824B.92AF.3842.7A32.5D72.A688.5A0D |                  |            |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |               |
|------------------------------------------------------------|------------------|------------|-------|-------------------------|---------------|
| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$                                  |                  |            |       |                         |               |
| Distribuição:                                              | 97,20            |            |       | Base de Cálculo:        | 494,32 360,85 |
| Energia:                                                   | 187,86           |            |       | Alíquota ICMS:          | 27,00%        |
| Transmissão:                                               | 31,77            |            |       | Valor do ICMS:          | 133,46        |
| Encargos:                                                  | 15,55            |            |       | Valor do PIS:           | 1,40% 5,08    |
| Tributos:                                                  | 161,94           |            |       | Valor do COFINS:        | 6,48% 23,40   |
| INDICADORES DE CONTINUIDADE                                |                  |            |       |                         |               |
| DIC                                                        |                  |            | FIC   |                         | DMC           |
|                                                            | Normal           | Trimestral | Anual | Normal                  | Trimestral    |
| Limite                                                     | 5,31             | 10,63      | 21,25 | 3,11                    | 6,23          |
| Reservado                                                  | 0,00             |            |       | 0,00                    |               |
| Condição                                                   | TERESINA-MACAUBA |            |       | Período de aplicação:   | 05/2019       |
|                                                            |                  |            |       |                         | EUDE: 190,50  |

ROT: 18.001.02.32.019300

**equatorial**  
ENERGIA  
**cepisa**

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

SEU CÓDIGO  
**0957468-9**  
MÊS FATURADO  
**07/2019**  
TOTAL A PAGAR - R\$  
**549,53**  
VENCIMENTO  
**10-08-2019**

Nº da Nota Fiscal: 025069274 FCAM

83600000005 6 49530017000 0 00000000957 1 46890719008 5



SEQ.: 00044 UC: 0957468-9 DT. LEIT.: 26/07/2019 T. ENTR.: 09  
LEITURA: 14090 NORMAL TOTAL: 549,53 CARGA: 032  
DT. VENC.: 10-08-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2351

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 AGO. 2019

**GENTE SEGURADORA S.A.**  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maíra do Carmo Proudomio da Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 111, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Adriele Nascimento Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.408.493 90  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Adriele Nascimento Silva  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.408.493 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

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

|                                    |                         |                                  |
|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Henrique Dias</u> | Número: <u>790</u>      | Complemento: _____               |
| Bairro: <u>Verulha</u>             | Cidade: <u>Teresina</u> | Estado: <u>PI</u>                |
| E-mail: _____                      | CEP: <u>64069-330</u>   | Tel. (DDD): <u>86 99982.3093</u> |

Local e Data: Teresina PI 30/07/2019

Maíra do Carmo Proudomio da Silva  
Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Eu, Gonçalo Jose Gomes

RG nº 1.930.423, data de expedição 09/06/94

Órgão SSP/Pi, portador do CPF nº 776.507.003-72

com domicílio na cidade de Barra, no Estado de

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

Rua João Paulo II, nº SIN

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

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

Adrieli Nascimento Silva, cujo o condutor era

Adrieli Nascimento Silva

Veículo: Moto Modelo: Honda/NXR 160 BROS Ano: 2012

Placa: 0VW-8631 Chassi: 9C2KD1000JR106738

Data do Acidente: 06/05/19

Local e Data: Barra-Pi 24/06/2019

Gonçalo Jose Gomes  
Assinatura do Declarante

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

|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT                                                          |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO                                                                     |
| 26 AGO. 2019                                                                                |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br>Centro - Norte CEP: 64.002470 |

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GONÇALO JOSÉ GOMES, EM  
TEST. Isadora Pacheco Fortes Silva DA VERDADE. DOU FÉ. BARRAS, 24/06/2019 15:15:24

Isadora Pacheco Fortes Silva  
ISADORA PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE  
Smol. R\$ 3.957,11 R\$ 0,71 MP R\$ 0,10 Selc R\$ 0,26 Total R\$ 4,96

Isadora Pacheco Fortes Silva  
ESCREVENTE

