



Número: **0804488-57.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **18/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANQUINALDO LIMA DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10330153	18/06/2020 12:33	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Rize Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Erick Ronelson Rodrigues inscrito
(a) no CPF sob o Nº 071.184.763/07, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Erick Ronelson Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.184.763/07, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 27 de Setembro de 2019
Local e Data

Nelle Rize Soares Marques
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, Leonardo Rodrigues Magalhães Junior,
RG nº 4.160.040, data de expedição 17/12/14,
Órgão SSP / PI, portador do CPF nº 960.592.223-15,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Conj Bem Sucesso QE 004, nº _____,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Erick Ronielson Rodrigues de Moura cujo o condutor era
Erick Ronielson Rodrigues de Moura.
Veículo: motocicleta Modelo: Honda / CG 150 Titan Ano: 2010
MIXES
Placa: NUM 9066 Chassi: 9C2KCT620A R059608
Data do Acidente: 01/07/19

Local e Data: Teresina, Piauí 29/07/2019

Leonardo Rodrigues Magalhães Junior 
Assinatura do Declarante

Erick Ronielson Rodrigues de Moura
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina

ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FRETAS SILVEIRA - TABELA INTERNA
CNPJ: 32.382.748/0001-08 - FONE: 70981
RUA: JOAQUIM NELSON, QUADRA 138, LOTE 17, TERESINA - PIAUI, TEL: 88.3887-8428

FEITO POR AUTENTICIDADE A FIMA DE LEONARDO RODRIGUES MAGALHÃES
DO DOCUMENTO DECLARAÇÃO EM TEST. DA VERDADE DOU F
RUA: 29/07/2019 10:56:07

AH13642 - KVCN CONSULTE EM www.tpi.jus.br/dota/6478

DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE
3,98 TJ R\$ 0,77 MP R\$ 0,10 TR R\$ 0,38 Total R\$ 4,98





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 0047	02 Data do chamado 01/07/2019	03 PRO (código) 79103	04 Saída do PA 4:30	05 Chegada ao local 4:30
	06 Saída do local 10:10	07 Chegada ao 1º hospital 10:11	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Frei Serafim de Melo Gomes	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Córrego Cur				
Dados do Paciente	14 Nome Eric Hamilton Rodrigues de Moura	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 40-44 anos	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança A - Capacete B - Airbag C - Cinto de segurança D - Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 10		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
	32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar Paciente vítima de acidente automobilístico com fratura exposta fechada do punho D e clavícula direita. Ferimentos por arma branca e atropelamento.				
	36 Assinaturas Socorristas Médico AE/TE Enfermeiro Condutor				

11.2011

DADOS DO CHAMADO	Nº do chamado	Data do chamado	PRO (código)	Saída do PA	Chegada ao Local	Saída do Local	Chegada ao Hospital
	Endereço	Nome					
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	Tipo de ocorrência		Sexo		DN:		
	01- Acidente de Transporte		06- Tentativa de Suicídio		Idade:		
	02- Espancamento		07- Envenenamento		16- Já removido		
	03- Ferimento por Arma de Fogo		08- Afogamento		17- Falso Chamado		
	04- Ferimento por Arma Branca		09- Queimadura		18- Outros		
	05- Urgência Psiquiátrica		10- Choque Elétrico				
	11- Queda		12- Urgência Clínica				
	13- Urgência Obstétrica		14- Transferência				
	15- Exames Complementares						
	A - VIAS AÉREAS		B - RESPIRAÇÃO		C - CIRCULAÇÃO		D - NEUROLÓGICO
CONTROLE DA COLUMNA		E - EXPOSIÇÃO		ESCALA DE DOR DE 0 A 10		E - EXPOSIÇÃO	
S - SINAIS VITAIS		A - ALERGIAS		M - MEDICAÇÕES		P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ	
L - LÍQUIDO E ALIMENTOS		A - AMBIENTE		DIAGNÓSTICOS		INTERVENÇÕES	

1º item de colégio muito x carro com fratura, fecho de alça e fíbula. Consciente, orientado em tempo, provável lesão de clavícula D.

Hospital de destino: HUT

Recebido POR:

ENFERMEIRO(A) Camile
Nº COREN: 167457





NOME DO PACIENTE: Erick Ronielson Rodrigues de Moura

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 515584

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".





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

Ortopedia
cir geral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 01/07/2019 10:19:50
(User: EDUARDO SALMITO)
(Estação: CONSULPA03)

Nome:	ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA	Prontuário:	515584
Mãe:	EDVANT RODRIGUES ROCHA DE MOURA	Pai:	RONILSON SOUZA DE MOURA
End. Resid.:	QUADRA E CASA 04- - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	10/04/2000	Idade:	19a2m21d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99581-7295
Responsável:	CONCEICAO NERES	CNS:	708605582739585
Profissão:	ESTUDANTE	Documento:	CPF: 071.184.763-07
G. Instrução:	Médio Completo	E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	728976	Entrada:	01/07/2019 10:10:50	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Módulo de Procura							
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)							
Condição: ATENDIMENTO EM SAMU							

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Síntoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve história das. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	0.00 Kg	Altura:	0.00 M	IMC:	0.00 Kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
Paciente vítima de acidente automobilístico (colisão moto-carro) há aproximadamente 1 horas. Veio trazido pelo SAMU em uso de capacete. Nega perda de consciência, náuseas, vômitos, epistaxe ou sangramento pelo nariz. Veio em uso de colar cervical e prancha rígida. Nega dor cervical e dor à mobilização passiva do pescoço. Retirado colar cervical. Vias aéreas pervias. Refere dor em clavícula direita e em perna direita, provável fratura na clavícula e perna direita. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Abdomen indolor à palpação, sem sinais de peritonite. Sem alteração de sensibilidade e motricidade. ECG 15. Sem escoriações pela pele.

Exatidão da história:	CID:
-----------------------	------

Exames Complementares:	DATA: 01/07/2019	TÉCNICO:
(123456) - TORAX - RAX		
(123456) - RAX - RAX		
(123456) - RAX - RAX		

Prescrição Médica:	DATA: 01/07/2019	TÉCNICO:

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
------------------------------	----------------------	-----------------

Ednair Rodrigues Rodrigues de Moura
Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO SALMITO SOARES
6339 PI Em: 01/07/2019 10:19:48





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

221383

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	242558

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA	6 - Prontuário: 515584		
7-CNS: 708605582739585	8-Nascimento: 10/04/2000	9-Sexo: Masculino	CPF: 071.184.763-07
1-Mãe: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA	12-Fone: 86-99581-7295		
13-Resp: CONCEICAO NERES	14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: QUADRA E CASA 041 - CONJ. RENASCENCA - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
6-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: Do no ombro ?			
21 - Condições que justificam a internação: Ex fmo			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): R			
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da clavícula	24-CID Prim: S420	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408010150	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	Tempo SUS: 2	
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 001.663.217-61
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: YURI JIVAGO FELIX	34-Data Solicitação: 06/07/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM): 	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora: 	40-No.Bilhete: 	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa: 	43-CNAE Empresa: 	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

46 - Nome do Profissional Autorizador: M. Soares	47-Data Autorização: 06/08/19	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):
48-Docum.: () CNS () CPF	49-Num. Documento: 00600553260001	51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Ednan Soares
Usuário: (KARLA BATISTA)		Consulta Local: 728976
Consulta SUS:		Impressão: 06/07/2019 11:57:04



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:33:41

<http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181233413440000009809068>

Número do documento: 2006181233413440000009809068

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 221383
	AIH: 2219101739030
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA	NASCIMENTO 10/04/2000	SEXO M	PRONTUÁRIO 515584
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE EDIVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA	RESPONSÁVEL ERICK
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 0000
BAIRRO RENACENSA III	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO CPF: 67238426353 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 06/07/2019
DATA ADMISSÃO 06/07/2019 11:58	DATA ALTA 07/07/2019 09:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FABRINNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJÁ CPF: 20171471334 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Jure Silveira Lopes de Souza Matrícula: 24467 SAÚDE HUT COM ENTREGA DO ORIGINAL CRM: DATA ANÁLISE: 18/07/2019 11:35:20
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente <i>Erick Ronielson Rodrigues da Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Tratamento Oncológico</i>		
Operação - Tipo <i>Excisão Oncológica</i>		
Cirurgião <i>Yuri Juogo Félix</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Local da Operação	Início	Fim
Diagnóstico pré-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Exatidão - e alta neoplasia em J1
- 2) plano à base da lesão
- 3) Ressecção + margem livre da lesão
- 4) - a base e perfuração
- 5) plano de base adequado/drenagem
- 6) fechamento por plano
- 7) curativo



Yuri Juogo Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 1203





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/07/19

NOME DO PACIENTE: Erick. Romão R	PRONTUÁRIO Nº: 515584
DIAGNÓSTICO: Fratura Unilateral D	CIRURGIA: Freef Fratura Unilateral
ANESTESIA: Bloqueio	Nº DA SALA: 03
CIRURGIÃO: Dr. Felipe	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: Dra. Milena	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Benedita	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

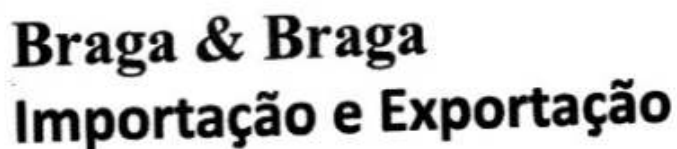
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		CREPOM	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	UNID.	QUANT.	PREÇO
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		cateter nasal	UNID.	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—		agulha anestésica local	UNID.	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON Nº 3.0	UNID.	02					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 0	UNID.	01		CIRCULANTE: Genilda			
PROLENE		—					



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:33:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181233413440000009809068>

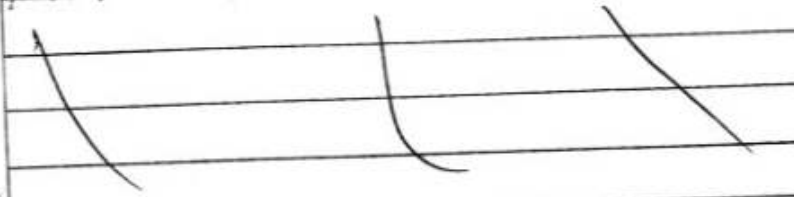
Número do documento: 2006181233413440000009809068



0581

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

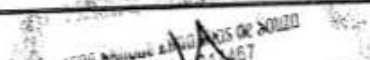
BRAGA&BRAGA		CNPJ: 63607790000198	
FABRICANTE:		CNPJ:	
PACIENTE: ERICK RONIELSON RODRIGUES DEMOURA		COD.SIG TAP: 0702030929	
RG.HOSITAL: 242558		USADO: 06/07/19	
DATA:		ALTA:	
PROCEDIMENTO: 0408010150		CRM:	
MEDICO: DR. VURI		CPF:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

PLACA DE RECONSTRUÇÃO	3,5MM	01
PARAF. CORTICAL	3,5MM	06
		

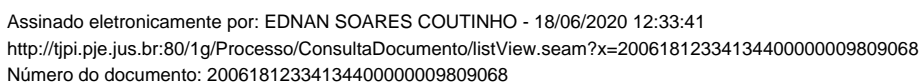
Responsável Pelo Preenchimento: _____

Data: ____/____/____

Responsável pela Farmácia



responsável pelo Preenchimento





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

242558

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA**

6 - Prontuário: **515584**

7-CNS: **708605582739585**

8-Nascimento: **10/04/2000**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **071.184.763-07**

1-Mãe: **EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA**

12-Fone: **86-99581-7295**

13-Resp: **CONCEICAO NERES**

14-Fone: **86-99581-7295**

15-Ender: **QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - CEP: 64000-010**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

16-Munic: **TERESINA**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0408010150

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030929

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-
cidata:

1

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável:

YURI JIVAGO FELIX

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

001.663.217-61

41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

9-Data Solicitação:

06/07/2019

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Soluto Lubrific de Heca e Engross
de Lente (Grouler)*

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

06/08/19

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:33:41
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181233413440000009809068
Número do documento: 2006181233413440000009809068



PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HISTÓRIA CLÍNICA

PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RONIELSON RODRIGUES DE MOURA		515584	10/04/2000	19	Ortopédica	239	47	
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA							OBSERVAÇÕES
06/07/19	FRAT. TÍBIA + CLAVÍCULA D							DATA REALIZADO 06.07.19 NORA TECNICO:
1	Dieta oral livre							
2	Jeito salinizado							
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN							
7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
8	Curativos diários							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
 CONFIRME COM O ORIGINAL								
Dr. Glordiano Cronembregger / Dr. Yuri Jhaigo Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM3415-TEOT0029 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367								

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE									
DATA:	PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	Obs:		
06/07/19	150x70	70	12						
EXAME DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMAT CRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉRIA			
EXAMES DE URINA									
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA									
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA					
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE			
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO					
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS OUTROS			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						FÍSICO			
PRÉ-MEDICAÇÃO					APLICADO ÀS		EFEITOS		
TOTAL DE DOSES									
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					<p>1. BPR via</p> <p>intercostal</p> <p>ca c/ anest</p> <p>adrenal e) npr</p> <p>vacar 9758</p> <p>20ul +</p> <p>hidocort 20ul</p> <p>20ul</p> <p>SEQUÊNCIA</p> <p>2. Cefazolin 3g</p> <p>3. Dipirona 3g</p> <p>4. Bex 100mg</p> <p>5. Rivotril 5mg</p> <p>6. Midazolam 5mg</p>			
LIQUIDOS	SO - UTO								
	SANGUE								
	OUTROS								
TEMPERATURA	C°								
P	38								
ARTERIL									
V									
O									
PULSO									
INÍCIO E FIM ANESTESIA	X								
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO									
RESPIRAÇÃO	O								
SIMBOLOS								DURAÇÃO	
TÉCNICAS								INCIDENTES - ACIDENTES	
OPERÇÕES									
CIRURGIÕES									
ANESTESISTAS									
PARTICULARIDADES									





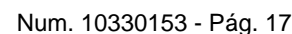
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOTA

Matr. No.: 07748
SABE-MUT
CONTENE COPIA ORIGINAL

9) Dr. Calo Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 / RQE 2475

Reactor nuclear curyus
Clomida a molter B.C. 470



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

E ENICK RONIELSON RODRIGUES DE MORAES IDADE 40 anos DATA 08/07/2019
 HORA DE ADMISSÃO 09h 00 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUÍDICO (X) BLOQUEIO () PERIDURAL (X) SEDACÃO
 CIRURGIÃO Enick

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>123/60</u>	<u>133/98</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>70</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Eleane</u>	<u>Eleane</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR (ADMISSÃO)			TOTAL			<u>10</u>
ESCALA DE DOR (SAÍDA)			ASS: <u>me</u>			<u>me</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
09:00 Admitido no SRPA em PUZ de 1500 cc -
 curpo para perfazer em tábua. Submetido a sa-
 quel. Consciente, calmo, eufórico, respirando em ar ambiente.
 Satis. FC com ritmo regular.

10:55 Retirado do SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 ALTA SRPA
 HORÁRIO
 Thiago ANESTESIOLOGISTA
 CRM - RJ 139/44

NAME: Guck Kon'elron

PRONTUÁRIO:

IDADE: _____

ENFERMARIA/LEITO: _____

7/6/52

NAME: Guen Hernandez INTENSIVOS DATA: 01/07/2019

SINAIS VITAIS							ENTRADAS			SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18	66				145/90						
24											
06											

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS	CONTROLE:	MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	
• PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1-Totalmente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma		4	ALTO RISCO AR: <12		
• UMIDADE (Molhado): 1-Completamente / 2-Muito / 3-ocasionalmente / 4-Semidade		4	MEDIO RISCO MR: 12 a 14		
• ATIVIDADE: 1-Assado / 2-Cadeira rodas / 3-Anda Ocasionalmente / 4-Anda Frequentemente		3	BAIXO RISCO BR: > 14		
• MOBILIDADE (Limitação): 1-Totalmente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma		3			
• NUTRIÇÃO: 1-Muito pobre / 2-Inadequada / 3-Adequada / 4-Excelente		3			
• FRICÇÃO E CISCALHAMENTO: 1-Problema / 2-Problema Potencial / 3-Nenhum Problema		3			
TOTAL:		22			

ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):		PONTOS	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 20 / NÃO - 0		00	SEM RISCO BR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 10 / NÃO - 0		00	BAIXO RISCO BR: 25-36
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilidade Freixo - 30 / Múltipla / Barrigada / Andador - 15 / Nenhum / Caminhando Profissional Saúde - 0		20	ALTO RISCO BR: 37-44
4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM - 20 NÃO - 0		10	
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Firme - 15 / Normal / Sem desambulação, caminhada, cadeira de rodas - 0		00	
6. ESTADO MENTAL: Superficial capacidade / Esquece limitação - 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade / Limitado - 0		00	
TOTAL:		20	

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

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

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

3. Respiração: ☒ Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () QT ()
() Sem O₂ () Com O₂:

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

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

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

7. Pele e mucosas: ☒ Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integro
() Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas
() Escoriações () LPPs

8. Hidratação: ☒ HAV ☒ JVC () JAVC () Outros:

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

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

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

12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais? Penicilina
12.2: Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais? Data? 2008/03/02
12.3: Comorbidades: Diabetes () DM () HAS () Outros, Quais?
12.4: Medicamentos de uso contínuo:

Paciente admitido no enfermaro ortopédico proveniente do posto 02 com fratura de clavícula e fratura de braço.

20:00 Paciente no 1º LPO de observação dego com batimento da clavícula + tórax, com agudamente o sangue para cirurgia.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CORSTOR

UNIDADE DE SAÚDE:

[illegible]

MÉDICO / CRM:

Dr. Caio Tiz de Oliveira Neto
Médico Otorrinolaringologista
CRM-PR-31524



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 219544
	AIH: 2219100469575
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA	NASCIMENTO 10/04/2000	SEXO M	PRONTUÁRIO 515584
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE EDIVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA	RESPONSÁVEL ERICK
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 9000
BAIRRO RENACENSA III	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA MÍD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO CPF: 62238426353 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 01/07/2019
DATA ADMISSÃO 01/07/2019 10:10	DATA ALTA 06/07/2019 11:58
MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CELSON PIREZ FERREIRA FILHO CPF: 76356333791 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 01/07/2019 12:11:56
	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Erick Privalton Rodolpho de Sousa</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fotoma Tiro (D)</i>		
Operação - Tipo <i>RAP - Osteomielite</i>		
Cirurgião <i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</i> Médico Ortopedista CRM-P1 3054 / RQE 2425	1º Assistente <i>Ally Paume</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>02/07/19</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>0 unhas + # Clavícula (D)</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>✓</i>		
Acidente Durante a Operação <i>✓</i>		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<i>- Preenchimento do antebraço - Amigra e antinopia</i>		
<i>- Antebraço antebraço unhas Tiro (D)</i>		
<i>- clavicula - Redução do fratura e fixação</i>		
<i>de 4.5 - Ponto de Enxerto</i>		
<i>- Antebraço - clavicula</i>		
<i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</i> Médico Ortopedista CRM-P1 3054 / RQE 2425		
<i>Matrícula 047457</i> HUT CONFERE O ORIGINAL		

Mod. 76 HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:33:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181233413440000009809068>

Número do documento: 2006181233413440000009809068



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02, 07 19

NOME DO PACIENTE:	Givik Ravelson Rodryz de Menezes		
DIAGNÓSTICO:	Festup do fêmur D		
CIRURGIA:	Osteotomia		
ANESTESIA:	logue		
Nº DA SALA:	02		
CIRURGIÃO:	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto		
CPF Nº:			
AUXILIAR:	CRM-PI 3054 / RQE 2425		
CPF Nº:			
ANESTESIA:			
CPF Nº:			
INSTRUMENTADORA:			
CPF Nº:			

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	2		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	1	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 7,5	PAR	2	
AGULHA 40X12	UNID.	1		LUVA Nº 7,0	PAR	2	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	8	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	50		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	2		SERINGA 20CC	UNID.	1	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	1		SERINGA 10CC	UNID.	1	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	1	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	3	
GASES	PAC.	5		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	-						
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	-						
CAT. GUT. CROMADO C/AG	-						
CAT. GUT. CROMADO S/AG	-						
ALCOFIL	-						
MONONYLON Nº 2	-						
FITA UMBILICAL	-			ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 0	-			CIRCULANTE: Katia			
PROLENE	-						



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:33:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181233413440000009809068>

Número do documento: 2006181233413440000009809068

Num. 10330153 - Pág. 24



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 242204
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA	6 - Prontuário: 515584
CNS: 708605582739585 8-Nascimento: 10/04/2000 9-Sexo: Masculino	CPF: 071.184.763-07
11-Mãe: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA	12-Fone: 86-99581-7295
13-Resp: CONCEICAO NERES	14-Fone: 86-99581-7295
15-Endere: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENÇA - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

1-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)
Quant. Soli- cidata: 1	
Fornecedor da OPM: SPINZ	

18-Profissional Responsável: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO	40-Tp. Documento: CPF 622.384.263-53	41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM) Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054 / RQE 2425
3-Data Solicitação: 02/07/2019		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DA PERNA DIREITA

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 31/07/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria (CAAPAS) CRM-PI 3054 / RQE 2425
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(CAIO VAZ)





FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Enicki Romilson Rodrigues da Moura</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>02/06/19</i>	P. ARTERIAL <i>130x70 mmHg</i>	PULSO <i>70 bpm</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Paciente hemodinamicamente estável com guilax</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Relato abge e paracetamol</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Neg. comorbidades</i>					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 1 2 3				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100				
TEMPERATURA T		Cº 260 240 2				
P. ARTERIAL V O PULSO		38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 Glauclina 2g 2 Dugivacoma 15mg 3 Melina 80mg 4 Midazolam 5mg 5 6 Dignona 2g 7 8 Dexametasona 10g 9 10 Ondansetrona 4mg 11 12 Bexina 40mg 13 14 15
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS <i>Propofol</i>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <i>Tot. sangü. - fatura libe</i>						
CIRURGIÕES <i>De C. C.</i>						
ANESTESISTAS <i>João Filho CRM-5826</i>						
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976
Requisição: 971455 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1251559 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 01/07/2019

PERNA DIREITA

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

- Fraturas transversas completas recentes desalinhas na diáfise proximal da tíbia e fíbula.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável





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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976
Requisição: 971455 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1251558 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 01/07/2019

CLAVICULA DIRETA

O estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
 Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976
 Requisição: 971455 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
 Controle: 1251557 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 01/07/2019

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976
Requisição: 971470 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1251610 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 01/07/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976
Requisição: 971470 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1251609 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 01/07/2019

PERNA DIREITA

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

- Fraturas transversas completas recentes desalinhadas na diáfise proximal da tibia e fibula.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável





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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 242204
Requisição: 971789 Solicitação: 02/07/2019 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO
Controle: 1252243 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 239 LEITO 47

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 02/07/2019

CLAVICULA DIRETA

O estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
 Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 242204
 Requisição: 971789 Solicitação: 02/07/2019 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO
 Controle: 1252242 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 239 LEITO 47

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 02/07/2019

PERNA DIREITA

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

- Fraturas recentes alinhadas na diáfise dos ossos da perna com presença de placa e parafusos metálicos.
- Aumento do volume das partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Erick Ronielson Rodrigues de Moura.
1302535

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.874.361 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/06/18

NOME ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

FILIAÇÃO EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA
RONILSON SOUZA DE MOURA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 10/04/2000

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 1986 L A05 F 186

CPF EXP TERESINA-PI 26/05/00
071.184.763-07

1302535


Assinado eletronicamente por Francisco das Chagas Pinheiro Martins

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





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340807/19

Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOUI

CPF: 071.184.763-07

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 01/07/2019

Titular do CPF: ERICK RONIELSON
RODRIGUES DE MOURA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

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
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA : 071.184.763-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190562542 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO OMBRO DIREITO. P7
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA DIREITA. P20
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190562542 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO OMBRO DIREITO. P7
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA DIREITA. P20
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

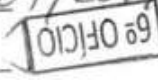


PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: Erick Ronielson Rodrigues de Moura			
RG: 3.874.361	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 11/06/18	
CPF: 071.184.763-07	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Estudante	
ENDEREÇO: Conj. Bom Sucesso 05			Nº: 004
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: Calorados		
CIDADE: Teresina	ESTADO: PI	CEP: 64083130	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: Nelly Foz de Soares Marques			
RG: 4.189.262	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 13/09/14	
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Recepcionista	
ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro			Nº: 544
BAIRRO: Centro Norte	CIDADE: Teresina	UF: PI	CEP: 64000235

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

Erick Ronielson Rodrigues de Moura
 Data do acidente de trânsito: 01/07/19
 Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina Piauí 29/07/2019
x Erick Ronielson Rodrigues de Moura 
 (ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



Cartório 8º Ofício de Notas de Teresina

ANITA BARBARA ALENCAR DE SA E FREITAS SILVEIRA - TABELA INTERNA
CNPJ: 20.362.708/01-01 - INSC. 79891
AV. JOAQUIM DE SOUZA, 100 - JARDIM SANTA TERESINHA - PAULISTA - TERESINA - PI - CEP: 63011-900

TESTE POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ERICK RONIELSON RODRIGUES D
A NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR EM TESTE DA VERDADE
DE TERESINA 20/07/2019 10:40:16
AAH13647 - IG4F CONSULTE EM www.tpi-pis.org.br/portal/extra

JOSE DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE
RG 1.087.000 - RG 0.17.148 - RG 0.10.940 - RG 0.26.704 - RG 4.95



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:33:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812334134400000009809068>

Número do documento: 20061812334134400000009809068

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340807/19

Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

CPF: 071.184.763-07

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 01/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERICK RONIELSON
RODRIGUES DE MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

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
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA : 071.184.763-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior





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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190562542

Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

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

Carta nº 14840493

Pag. 00499/00500 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190562542

Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

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\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 3389

Conta: 0000046010-5

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 071.184.763-07 3 - CPF da vítima: 071.184.763-07 4 - Nome completo da vítima: Erick Ronielson Rodrigues de Moura

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

5 - Nome completo: Erick Ronielson Rodrigues de Moura 6 - CPF: 071.184.763-07
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Bom Sucesso Q-E Lote 004 9 - Número: 004 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Colorado 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64083-130
15 - E-mail: eduanseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3389 CONTA: 46010 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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, Teresina - PI 27/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



CAIXA
POUPANÇA

6277 8017 6954 1255

6277

VÁLIDO ATÉ

10/24

ERICK RONIELSON R MOURA

3389 013 00046010-5





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003368/2019-06

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa
Data/Hora: 03/09/2019 - 10:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. FREI SERAFIM C/ RUA MATO GROSSO, Nº:

Complemento

550801

Data/Hora

01/07/2019 - 09:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

COLEGIO CEV

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

Nome: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

RG: 3874361 PI

Mãe: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA

Pai: RONILSON SOUZA DE MOURA

Endereço: QD-E, CS-04, RESID. BOM SUCESSO, Nº

Bairro: COLORADO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 TITAN MIX ES, PLACA NUM-9066-PI, COR VERMELHA, RENAVAL 00252260546, PROP. DE LEONARDO RODRIGUES MAGALHÃES JUNIOR, E QUE TRAFEGAVA PELA RUA MATO GROSSO, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 515584). DECLARAÇÕES DO NOTIFICANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL

ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA - Notificante
Responsável pela Informação

Luccy Ketiko Leal Parafina
Delegado Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 071.184.763-07 3 - CPF da vítima: 071.184.763-07 4 - Nome completo da vítima: Erick Ronielson Rodrigues de Moura

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

5 - Nome completo: Erick Ronielson Rodrigues de Moura 6 - CPF: 071.184.763-07
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Bom Sucesso Q-E com 004 9 - Número: 004 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Colorado 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64083-130
15 - E-mail: eduanseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 46010 5

(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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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, Teresina - PI 27/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ura do Representante Legal (se houver)






Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	16 - Outros			
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Exame Físico	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 90 Resp. 16 PA 150/90 TAX. 90% SatO2 95%	
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso Radial	28 Sangramento	29 Escala de Dor de 0 a 10	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	32 Hospital de Destino	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
	36 Observações Interdisciplinar				
Assinaturas e Rubricas					
Socorristas Médico		Enfermeiro		Condutor	
AE/TE					

São: 27.11.2011

DADOS DO CHAMADO	Nº do chamado	0047	Data do chamado	04/07/2020	PRO (código)	930	Saída do PA	9:30	Chegada ao Local	10h	Saída do Local	Chegada ao Hospital	
	Endereço	Rua Mato Grosso						Ponto de Referência: próximo ao CEV					
	Nome	Eric Romelton Rodrigues de Moura						Sexo	M () F ()		DN:	10/04/2001	
	Idade: 19 anos												
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	Tipo de ocorrência: 01- Acidente de Transporte 06- Tentativa de Suicídio 11- Queda 16- Já removido 02- Espancamento 07- Envenenamento 12- Urgência Clínica 17- Falso Chamado 03- Ferimento por Arma de Fogo 08- Afogamento 13- Urgência Obstétrica 18- Outros 04- Ferimento por Arma Branca 09- Queimadura 14- Transferência 05- Urgência Psiquiátrica 10- Choque Elétrico 15- Exames Complementares												
	A - VIAS AÉREAS				<input checked="" type="checkbox"/> Pérvias () Guedel () Cricotireoidostomia <input type="checkbox"/> Parcialmente obstruídas () Aspição <input type="checkbox"/> Obstruídas () Intubação				<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical () KED <input checked="" type="checkbox"/> Protetor lateral () Talas <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta				
	B - RESPIRAÇÃO				<input checked="" type="checkbox"/> Eupneia () Bradpneia <input checked="" type="checkbox"/> Ar Ambiente () Ambú <input type="checkbox"/> Dispneia () Apneia () Catéter () VM <input type="checkbox"/> Taquipneia () Gasping () Máscara () Tubo nº				Módulo ventilatório FIO2 Volume corrente PEEP Pressão inspiratória				
	C - CIRCULAÇÃO				<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado <input checked="" type="checkbox"/> EC < 2 seg. <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input checked="" type="checkbox"/> Cheio () FV <input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> EC > 2 seg. () Taquicárdico () Fino () TVSP <input type="checkbox"/> Cianose () Hemorragia () Bradicárdico () Ausente () AESP <input type="checkbox"/> Úmida, fria () Assist				<input type="checkbox"/> Curativo Compressivo <input type="checkbox"/> Reposição Volêmica <input type="checkbox"/> Torniquete <input type="checkbox"/> RCP				
	D - NEUROLÓGICO				GLAGOW 15				RASS				
	E - EXPOSIÇÃO				Fraturas () Exposta () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input checked="" type="checkbox"/> Não <i>escoriações MSD</i>				Local da Lesão <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Perfurante <input type="checkbox"/> Transfixante <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Amputação				
	ESCALA DE DOR DE 0 A 10				() Sem dor () Dor								
	S - SINAIS VITAIS												
	PA 150x90 FC 82 FR SpO2 99 TAX GLU 140												
	A - ALERGIAS												
() NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <i>Paracetamol</i>													
M - MEDICAÇÕES													
<i>nao</i>													
P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ													
L - LÍQUIDO E ALIMENTOS													
<input type="checkbox"/> Zero <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Parenteral				ENTRADAS				SAÍDA					
				Ringer ml SF 0,9% <i>500ml</i> ml SG 5% ml Sedação ml DVA ml				Sangue Diurese esp. SVD Vômito () + () ++ () +++ Evacuação () + () ++ () +++					
A - AMBIENTE													
DIAGNÓSTICOS	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de Aspição <input type="checkbox"/> Risco de Choque <input checked="" type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada <input type="checkbox"/> Envenenamento/Intoxicação <input checked="" type="checkbox"/> Dor Aguda <i>CONFERE COM O ORIGINAL</i> <input type="checkbox"/> Confusão Aguda <input type="checkbox"/> Glicemia Instável <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física Prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de Trauma/Quedas <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção <input type="checkbox"/> Transtorno psicológico												
	INTERVENÇÕES <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar Nível de Consciência /Sedação () <input type="checkbox"/> Aspirar Vias Aéreas () <input type="checkbox"/> Manter Cabeceira Elevada em Graus () <input type="checkbox"/> Administrar/Controlar Oxigênio () <input checked="" type="checkbox"/> Puncionar Acesso Venoso () <input type="checkbox"/> Realizar Curativo/Compressivo () <input type="checkbox"/> Realizar Sondagem / Lavagem Gástrica () <input checked="" type="checkbox"/> Realizar Imobilização Padrão () <input type="checkbox"/> Realizar Reanimação Cardiopulmonar () <input type="checkbox"/> Realizar Contenção Prescrita () <input type="checkbox"/> Proteger Contra Hipotermia () <input checked="" type="checkbox"/> Administração segura de medicamentos () <input type="checkbox"/> Outros ()												

Última de colégio moto + carro com fratura fechada de tíbia e fíbula. Consciente, orientado, ponto, normocorado, PA ↑ em tempo, provável lesão de clavícula D.

Hospital de destino: *HUT*

Recebido POR:

ENFERMEIRO(A) *Carine*

Nº COREN: *157457*

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:	14/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	4.050,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000046010-5

Nr. da Autenticação 968BC01FD8BF6B49



Aguas de Teresina
Nossa água muito bem tratada

CNPJ 27.252.474/0001-06 - 15 116 85 30
Av. Odlon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

CLIENTE
NOME/ENDEREÇO: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA
NORADOR
CONDOMÍNIO: BOM SUCESSO, Q. 11-E-CASA 004-COLORADO-TERESINA-PI-cep:64083130

LOCALIZAÇÃO
RUA: RUA 11-008435

GRUPO
013

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y14N139118

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO: 04/05/2018
LITROS: 172

ECONOMIAS - CATEGORIAS/TIPO TUBA
1. Residente 11 Normal

CONSUMO MÊS/MÊS
MÊS/ANO: 04/05/2018
VALOR: 26,51

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (R\$/M³): 10,00
NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (R\$/M³): 10,00

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
DESCRIÇÃO: REFERENTE ÁGUA - 26,51
> Residencial-Normal
VALOR: 26,51

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2,149	3	0	1,16	0,5 mg/L
ODOR APARENTE	2,659	2	2	2,29	Inferior a 15 UC
PH	7,70	3	0	7,70	6,5 a 8,5
TURBIDEZ	2,30	3	0	2,30	Inferior a 5,0 NTU

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	819	819	0	Ausência	Ausente
ESCOLHCHIA COLI					

DATA DA EMISSÃO: 20/04/2018 **HORA DA EMISSÃO:** 10:28

Aguas de Teresina

CLIENTE
NOME/ENDEREÇO: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA
NORADOR
CONDOMÍNIO: BOM SUCESSO, Q. 11-E-CASA 004-COLORADO-TERESINA-PI-cep:64083130

LOCALIZAÇÃO
RUA: RUA 11-008435

GRUPO
013

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y14N139118

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO: 04/05/2018
LITROS: 172

ECONOMIAS - CATEGORIAS/TIPO TUBA
1. Residente 11 Normal

CONSUMO MÊS/MÊS
MÊS/ANO: 04/05/2018
VALOR: 26,51

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (R\$/M³): 10,00
NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (R\$/M³): 10,00

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
DESCRIÇÃO: REFERENTE ÁGUA - 26,51
> Residencial-Normal
VALOR: 26,51

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2,149	3	0	1,16	0,5 mg/L
ODOR APARENTE	2,659	2	2	2,29	Inferior a 15 UC
PH	7,70	3	0	7,70	6,5 a 8,5
TURBIDEZ	2,30	3	0	2,30	Inferior a 5,0 NTU

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	819	819	0	Ausência	Ausente
ESCOLHCHIA COLI					

DATA DA EMISSÃO: 20/04/2018 **HORA DA EMISSÃO:** 10:28

Aguas de Teresina

CLIENTE
NOME/ENDEREÇO: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA
NORADOR
CONDOMÍNIO: BOM SUCESSO, Q. 11-E-CASA 004-COLORADO-TERESINA-PI-cep:64083130

LOCALIZAÇÃO
RUA: RUA 11-008435

GRUPO
013

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y14N139118

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO: 04/05/2018
LITROS: 172

ECONOMIAS - CATEGORIAS/TIPO TUBA
1. Residente 11 Normal

CONSUMO MÊS/MÊS
MÊS/ANO: 04/05/2018
VALOR: 26,51

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (R\$/M³): 10,00
NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (R\$/M³): 10,00

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
DESCRIÇÃO: REFERENTE ÁGUA - 26,51
> Residencial-Normal
VALOR: 26,51

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2,149	3	0	1,16	0,5 mg/L
ODOR APARENTE	2,659	2	2	2,29	Inferior a 15 UC
PH	7,70	3	0	7,70	6,5 a 8,5
TURBIDEZ	2,30	3	0	2,30	Inferior a 5,0 NTU

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	819	819	0	Ausência	Ausente
ESCOLHCHIA COLI					

DATA DA EMISSÃO: 20/04/2018 **HORA DA EMISSÃO:** 10:28

Aguas de Teresina

CLIENTE
NOME/ENDEREÇO: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA
NORADOR
CONDOMÍNIO: BOM SUCESSO, Q. 11-E-CASA 004-COLORADO-TERESINA-PI-cep:64083130

LOCALIZAÇÃO
RUA: RUA 11-008435

GRUPO
013

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
Y14N139118

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO: 04/05/2018
LITROS: 172

ECONOMIAS - CATEGORIAS/TIPO TUBA
1. Residente 11 Normal

CONSUMO MÊS/MÊS
MÊS/ANO: 04/05/2018
VALOR: 26,51

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (R\$/M³): 10,00
NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (R\$/M³): 10,00

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
DESCRIÇÃO: REFERENTE ÁGUA - 26,51
> Residencial-Normal
VALOR: 26,51

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2,149	3	0	1,16	0,5 mg/L
ODOR APARENTE	2,659	2	2	2,29	Inferior a 15 UC
PH	7,70	3	0	7,70	6,5 a 8,5
TURBIDEZ	2,30	3	0	2,30	Inferior a 5,0 NTU

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	819	819	0	Ausência	Ausente
ESCOLHCHIA COLI					

DATA DA EMISSÃO: 20/04/2018 **HORA DA EMISSÃO:** 10:28



Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 027701998

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	368	395,64

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

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh			
Atual:	21430	Atual:	24/09/2019
Anterior:	21062	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	368	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	368	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 204

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/19	285	CONSUMO	368 A R\$ 0,974683 = 358,68
JUL/19	222	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	28,94
JUN/19	205	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,04
MAI/19	204	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00	0,53
ABR/19	178	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,44
MAR/19	243	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,11
FEV/19	297	MULTA POR ATRASO 08/19-00	5,52
JAN/19	365	JUROS POR ATRASO 08/19-00	1,38
DEZ/18	57	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	14,71
NOV/18	0		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 368 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 4301.D09F.B1CB.2C70.B985.A944.4458.D4F6
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	70,54	Base de Cálculo:	358,68 261,83
Energia:	136,30	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,05	Valor do ICMS:	96,84
Encargos:	11,28	Valor do PIS:	3,68
Tributos:	117,51	Valor do COFINS:	16,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
Limite	DIC			FIC			DNIC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Realizado	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Conjunta	0,00			0,00			0,00	

Período de apuração: 07/2019
Eligido: 78,61

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



0051869-7

395,64

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2019

01/10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-3

Nº da Nota Fiscal:

027701998

FCAM

83660000003 5 95640017000 0 000000000051 3 86970919008 4



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21430 NORMAL TOTAL: 395,64 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:33:41

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181233413440000009809068

Número do documento: 2006181233413440000009809068