



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
<b>FRANQUINALDO LIMA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10330 153	18/06/2020 12:33	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.123-91 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: Recurso Renda: Recurso 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	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP	64.000-235

Teresina, 27 de Setembro de 2019  
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques  
Assinatura do Declarante

01 V001/2017



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. 1

## 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, Leonardo Rodrigues Magalhães Júnior,  
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  
Piáui, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Conj. Bom Sucesso Q.E. 004, nº ,  
complemento Casa 01, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
menionado 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: motoeletro Modelo: Honda / CG 150 Titan Ano: 2010  
Placa: NUM 9066 Chassi: 9C2AC1620AR059608  
Data do Acidente: 01/07/19

Local e Data: Teresina Piáui 29/05/2019

Leonardo Rodrigues Magalhães Júnior   
Assinatura do Declarante

Erick Ronielson Rodrigues de Moura

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







Dados do Chamado	01 Nº do chamado 0041	02 Data do chamado 01/07/2019	03 PRO (código) 2G103	04 Saída do PA 930	05 Chegada ao local 930		
Local da Ocorrência	06 Saída do local 10100	07 Chegada ao 1º hospital 1011	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Frei Serafim 111 Mato Grosso	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE			
Local de Ocorrência	13 Ponto de referência Asa Sul Ceará						
Dados do Paciente	14 Nome Eric Karelion Rodolus de Moura	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado					
Local de Ocorrência	16 Idade 40 Anos	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência Aut	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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	
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança			
Assistência	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 90 Resp. 16 PA 150/90 TAX. 90 Sat02 90%	25 Local da lesão		
Hospital de Destino	26 Pupilas 1 - Igual 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		
Observações Interdisciplinar	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não	CONFERIR COM O ORIGINAL Marília Vélosso Cantanhede 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	Não Removido
<p><i>paciente vítima de acidente de trânsito ambos queimados espalhados, acúmulo hr; com fratura envolvida, pele queimada exposta e clavícula deslocada. Tense, perte e artrose infarto.</i></p>							
<p><i>Dr. Felipe José M. Raulino Neto Responsável: Cel. Geral Responsável: Cel. Geral Responsável: Cel. Geral</i></p>		Socorristas Médico AEPE	<i>Ana Lucia</i>	Enfermeiro Condutor	<i>Eliziane Mamol</i>		
<p>11.2011</p>							

DADOS DO CHAMADO	Nº do chamado 6047	Data do chamado 04/07/2003	PRO (código) R2903	Saída do PA 9:30	Chegada ao Local 9:30	Saída do Local 10h	Chegada ao Hospital	
	Endereço Rua moto grove				Ponto de Referência Proximo ao CEN			
	Nome Eric Ronelton Rodrigues de Moraes				Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DN: 16104122 Idade: 19 anos		
	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 CONTROLE DA COLUNA <input checked="" type="checkbox"/> Párvias <input type="checkbox"/> Guedel <input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia <input type="checkbox"/> Parcialmente obstruídas <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Obstruídas <input type="checkbox"/> Intubação <input checked="" type="checkbox"/> Protetor lateral <input type="checkbox"/> Tálas							
	B - RESPIRAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input checked="" type="checkbox"/> Ar Ambiente <input type="checkbox"/> Ambú <input checked="" type="checkbox"/> Branca longa/curta <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> Módulo ventilatório <input type="checkbox"/> FiO2 <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Gasping <input type="checkbox"/> Máscara <input type="checkbox"/> Tubo nº <input type="checkbox"/> Volume corrente <input type="checkbox"/> PEEP <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> EC < 2 seg. <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> Pressão inspiratória <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> EC > 2 seg. <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> TVSP <input type="checkbox"/> Curativo Compressivo <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Reposição Volêmica <input type="checkbox"/> Úmida, fria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Torniquete <input type="checkbox"/> RCP							
	C - CIRCULAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> GLAGOW 15 RASS _____							
	D - NEUROLÓGICO <input type="checkbox"/> PUPILAS <input type="checkbox"/> Fixas <input type="checkbox"/> Reagentes <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Perfurante <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Anisocôrica D _____ <input type="checkbox"/> Transfixante <input type="checkbox"/> Assist <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amputação							
	E - EXPOSIÇÃO Fraturas <input type="checkbox"/> Exposta Pele Integra <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Local da Lesão <input type="checkbox"/> _____ <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Escoriações MSD <input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Sem dor <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Perfurante <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Transfixante <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Amputação							
	ESCALA DE DOR DE 0 A 10							
F - SINAIS VITAIS PA 180x90 FC 87 FR SpO2 99 TAX GLU 240								
G - ALERGIAS <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM Paracetamol								
H - MEDICAÇÕES Não								
I - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ								
J - LÍQUIDO E ALIMENTOS <input type="checkbox"/> ENTRADAS <input type="checkbox"/> SAÍDA <input checked="" type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Sangue _____ <input checked="" type="checkbox"/> VO Ringer _____ ml <input type="checkbox"/> Diurese esp. _____ SVD _____ <input type="checkbox"/> Gastrostomia SF 0,9% 500ml ml <input type="checkbox"/> Vômito _____ <input type="checkbox"/> + ( ) + + ( ) + + + <input type="checkbox"/> SNE SG 5% _____ ml <input type="checkbox"/> Evacuação _____ <input type="checkbox"/> + ( ) + + ( ) + + + <input type="checkbox"/> SNG Sedação _____ ml <input type="checkbox"/> Parenteral DVA _____ ml								
K - AMBIENTE <input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Monitorar Nível de Consciência /Sedação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz <input type="checkbox"/> Aspirar Vias Aéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Risco de Aspiração <input type="checkbox"/> Manter Cabeceira Elevada em _____ Graus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Risco de Choque <input type="checkbox"/> Administrar/Controlar Oxigênio <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada <input type="checkbox"/> Funcionar Acesso Venoso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Envenenamento/Intoxicação <input type="checkbox"/> Realizar Curativo/Compressivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dor Aguda CONFERE COM O ORIGINAL <input type="checkbox"/> Realizar Sondagem / Lavagem Gástrica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Confusão Aguda <input type="checkbox"/> Marília Veloso Cantanhede <input type="checkbox"/> Realizar Imobilização Padrão <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glicemia Instável <input type="checkbox"/> Gerente Administrativa SAMU <input type="checkbox"/> Realizar Reanimação Cardiopulmonar <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física Prejudicada <input type="checkbox"/> Realizar Contenção Prescrita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Risco de Trauma/Quedas <input type="checkbox"/> Proteger Contra Hipotermia <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção <input type="checkbox"/> Administração segura de medicamentos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transtorno psicológico <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>								

Vítima de colisão moto x carro com fratura fechada de tibia e perna. consciente, orientado, parado, normocorada, PA 180x90, F 87, P 99, SPO2 99, TAX 240, GLU 240. Fentanyl 2 + 8 PAD = 2ml feito em tempo, provável lesão de clavícula d.

Hospital de destino: HUT

Recebido POR:

ENFERMEIRO(A) Tânia  
Nº COREN: 167757





NOME DO PACIENTE: Erick Ronielson Rodrigues de Maura  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 515584

**SERVÍCIO 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**  
Rui Dr. Otto Tito 1820 - Bedêncio - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## Ortopedia in general

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

**DADOS DO PACIENTE:**

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

<u>Nome:</u> ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA		<u>Prontuário:</u> 515584
<u>Mãe:</u> EDVANTA RODRIGUES ROCHA DE MOURA		<u>Pai:</u> RONILSON SOUZA DE MOURA
<u>End. Resid.:</u> QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 10/04/2000	<u>Idade:</u> 19a2m2ld	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99581-7295
<u>Responsável:</u> CONCEICAO NERES		<u>CNS:</u> 708605582739585
<u>Profissão:</u> ESTUDANTE		<u>Documento:</u> CPF: 071.184.763-07
<u>G. Instrução:</u> Mário Completo		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)

**ADOS DC ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 728976	<u>Entrada:</u> 01/07/2019 10:10:50	<u>Convênio:</u> SUS	<u>Proced:</u> 0301060029
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) (Conforme Paciente/Acomp):			
Colaborador: SAMU			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<u>Sinais/Sintomas de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
		<b>Indefinido</b>

Blieve in Justice and Right.

?

SSVV: (Honza: : )

Peso: 60,00 Kg Altura: 1,60 M IMC: 0,00 Kg/m<sup>2</sup> Pulso: 80 bpm Pressão: 120/80 mmHg

Quaixa 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 ouvido. Veste em uso de colar cervical e prancha rígida. Nega dor cervical e dor à mobilização passiva do pescoço, retirado colar cervical. Vias aéreas pélvias. Refere dor em clavícula direita e em perna direita, provável fratura na clavícula e perna direita. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Abdome indolor à palpação, sem sinais de peritonite. Sem alteração de sensibilidade e motricidade. ECG 15. Sem escoriações na pele corporal.

### Examenes Complementarios:

11254502 - TORAX SEP  
112515-3 - ~~CONFIDENTIAL~~ 347  
112514-8 - ~~CONFIDENTIAL~~ 347  
ORIGINAL

DATA 01/04/90  
TÉCNICO: J. J.

Prescrição Médica:

FACT Y REALIZADO  
DATA 01/02/99 HORA  
TÉCNICO: R.P.

Motions for Alibi/Supercircumstances:

2000-01-02

DATA: 1/1/2011 11:53:00 NOBA: 1/1/2011

Dr. Paul J. M. L. P. F. Traumatologia  
Groningen 1367  
G. R. M. 1984

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





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

221383

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Dor nombro?

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura

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

23-Diagnóstico Inicial:

- Fratura da clavícula

24-CID Prin:

S420

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo SUS

2

29-Clinica:

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

02

01

CPF

001.663.217-61

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

YURI JIVAGO FELIX

06/07/2019

Yuri Jivago Felix  
Carimbo CRM  
06/07/2019

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

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

36-( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37-( ) Acidente Trabalho Tipico

40-No.Silhete:

38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

41-Série:

45 - Vínculo com a Previdência:

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

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

( )CNS ( )CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Almo Andrade

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Usuário: (KARLA BATISTA)  
Consulta Local: 728976  
Consulta SUS:  
Impressão: 06/07/2019 11:57:04

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

**CNES**  
5828856

---

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

**CNES**  
5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS		NOME DO PACIENTE		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
		ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
DOCUMENTO		CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL
				EDIVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA		ERICK
CEP		ENDERECO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE	
					0000	
BAIRRO		COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
				TERESINA		PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

### EM CASO DE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO

## **CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

## CONDICÕES QUE JUS TAMENTO CIRÚRGICO

(3) RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

PR

#### **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL**      **CID 10 SECUNDARIO**      **CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0400010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARATER URGÊNCIA		PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO CPF: 67238426333 CRM:
DATA ADMISSÃO 06/07/2019 11:58	DATA ALTA 07/07/2019 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO

#### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

CAUSAS EXTERNAS ACIDENTES DE TRABALHO - CNAE EMPRESA - CBOR NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

#### **ANALISE CRÍTICA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)		NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA	
FABRINNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA CPF: 20171471334 CRM:		 Anne Shmaltz Lefébure Souza Matrícula: 14467 SAME HUT 03/03/2019 CARIMBO ORIGINAL	
DATA ANALISE: 18/03/2019 11:35:20		CRM: DATA ANALISE	

ASSESSAMENTO 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	Eric K. Danielson Professor Mestre	
Diagnóstico pré-operatório	Fratura (encubida)	
Operação - Tipo	Fractura (encubida)	
Cirurgião	Yuri Hugo CRM-PI 1303	1º Assistente
2º Assistente	Ornella	3º Assistente
Instrumentador	Anestesiologista	Anestesia
Anestésico(a)		
Ínicio da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico pré-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

**DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO**

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) expos - + fixa nesse m J')
- 2) fez a noel da encubida D
- 3) fez deus + fixa fratura (encubida D)
  - a fez a perfusão
- 4) fez para a ferida fricção que/olhos de soro
- 5) fechamento da ferida
- 6) curativo

Assinatura de Yuri Hugo Félix  
Médico Cirurgião  
CONCEPCIONAL  
SANTO DOMINGO  
CONFIRMADO

Yuri Hugo Félix  
Médico Cirurgião  
CONCEPCIONAL  
SANTO DOMINGO  
CONFIRMADO





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 06/07/19

NOME DO PACIENTE:	Erick Romilson R		PRONTUÁRIO Nº:	515584
DIAGNÓSTICO:	Fratura clavicular		CIRURGIA:	Fractura clavicular
ANESTESIA:	Bloqueio		Nº DA SALA:	03
CIRURGIÃO:	Dr. Elvino		CPF Nº:	
AUXILIAR:	Yuri Júlio Felis Ortopedia / 031-3220-2300		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.	—		CREPON	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		cateda nasal	UNID.	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—		agulha anestesia laco	UNID.	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON Nº 3.0	UND	02					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 0	UND	01		CIRCULANTE: Genilso			
PROLENE		—					

JOSE MARIA SOARES COUTINHO  
Matrícula: 047467  
Assinado - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





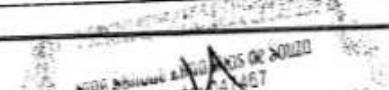
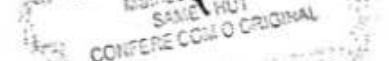
# Braga & Braga Importação e Exportação

0581

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198		
FABRICANTE :		CNPJ:		
PACIENTE: ERICK RONTELSON RODRIGUES DE MOURA		COD.SIG TAP: 0702030929		
RG.HOSPITAL: 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 3,5Mx3,5M	01
PARAF. CORTEZAL 3,5Mx3,5M	06

Responsável Pelo Preenchimento:	
Data: _____ / _____ / _____	
Responsável pela Farmácia	responsible for Filling





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

## **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. <b>0408010150</b>		30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA</b>
31-Cod.Procedimento Especial <b>0702030929</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)</b>	
		Quant. Soli-cidata: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>BRAGA &amp; BRAGA</b>		

38-Profissional Responsável: <b>YURI JIVAGO FELIX</b>	40-Tp. Documento: CPF	<i>Yuri Jivago</i> Osteopatia CRM-SP-1250
	40-No.Doc. Méd. Solic.: 001.663.217-61	41-Ass.Catimbo Med.Sol.(CRM)
06/07/2019		

**INVESTIGATIVA DA SOLICITACAO**

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO  
Solução substitutiva de Heranças e Imóveis  
de Herdeiros (Novo art. 1º)

50. Nome do Profissional/parecer de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	____/____/____	
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
		(KARLA BATISTA)

ATTN: BOSTON AREA BUREAU OF JUSTICE  
MANAGERS 107467  
SAFETY UNIT  
CONFERE COM O ORIGINAL





CREDITAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DE CIÉNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SOCIADAO MUNICIPAL DE SAUDE  
TERESINA - PI

10

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

Num. 10330153 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:33:41  
<http://tpj1.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181233413440000009809068>  
Número do documento: 2006181233413440000009809068

Num. 10330153 - Pág. 15

## Planilha1

## FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE							
DATA: 06/07/19	PA 150x70	PULSO 70	RESPIRAÇÃO 12	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OBG:
EXAME DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMA	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 AS	EFEITOS		
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO				1. BPR via intercostal ca c/ anest seio e) respi vacair 9757 20ml + lidocaina 2mg saco		
LIQUIDOS	SO - UTO	500			SANGUE	300	200
TEMPERATURA T	C°	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	38				SEQUÊNCIA
P ARTERIAL V O PULSO						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	DURAÇÃO
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TECNICAS	Bloqueio Pleu - Bovaginif ③		INCIDENTES - ACIDENTES				
OPERAÇÕES	Bov ca ci + rat clavicle ③						
CIRURGIÕES	Dr. Yuri						
ANESTESISTAS	Dra. Milena						
PARTICULARIDADES							
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS							





PRESCRIÇÃO MÉDICA



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

E <u>ENICK RONIELSON RODRIGUES DE MORAES</u> IDADE <u>anos</u>		DATA <u>02/07/2019</u>							
ÁRIO DE ADMISSÃO <u>9h 00 min</u>	TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input checked="" type="checkbox"/> SEDAÇÃO	CIRURGIÃO _____							
IRGIA REALIZADA <u>Fract. fibula D</u>		HORÁRIO							
SINAIS VITais	ADMISSÃO	SAIDA							
	<u>PRESSAO ARTERIAL (mmHg)</u> <u>123/60</u>	<u>133/98</u>							
	<u>FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)</u> <u>88</u>	<u>70</u>							
	<u>SATURAÇÃO DE O2 (%)</u> <u>100</u>	<u>98%</u>							
	<u>TEMPERATURA AXILAR (0° C)</u>								
	<u>FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)</u>								
NOME/ MATRÍCULA <u>Eleone</u>		eletro							
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK									
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>						
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>						
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>						
ESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>						
	A apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>						
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>						
RCULADAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>						
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>						
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>						
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>						
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>						
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>						
ATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>						
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/> 0 <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"/>						
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	TOTAL <u>09</u>							
ALTA DE OR ILTA	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	ASS: <u>me</u>							
SONDA VESICAL <input type="checkbox"/> DRENO DE SUCÇÃO <input type="checkbox"/> DRENO TORACICO <input type="checkbox"/> DVE <input type="checkbox"/> COLOSTOMIA <input type="checkbox"/> SONDA <input type="checkbox"/> NASOG <input type="checkbox"/> NASOE									
hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.		
hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.	hs	ml.		
VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 08:00 Permitido no SRPA para PUF de fratura ci- mífica para proteger a fratura. Submetido a ex- ame. Conserva, esterno, esterno, supraclavicular, respi- ração. Foi com anestesia local. 10:55 saiu do SRPA.									
PREScrição MÉDICA					ALTA SRPA				
					HORÁRIO <u>Thiago</u> ANESTESIOLOGISTA <u>39</u>				
INTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]					CRM-ES: <u>39</u> - ANESTESIOLOGISTA				
2 [ ] 13 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] NEU [ ] OR [ ] MÉD]					N.º do documento: 2006181233413440000009809068				





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

PRESCRIÇÃO  
MÉDICA

UNIDADE DE SAÍDA:

**NOME DO PACIENTE**

MÉDICO / CRM:



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

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA MID

## CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

## CONDICÕES QUE JUS TRATAMENTO CIRÚRGICO

2.000 PESSOAS DE 45 ANOS E MAIS (DIAGNÓSTICOS/RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

PR

---

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL** **CID 10 SECUNDÁRIO** **CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**  
S827 - ESPATURA DA DIAFISE DA TIBIA

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### CONSIDERACAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA**

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
CARÁTER URGÊNCIA		DATA SOLICITAÇÃO 01/07/2019	PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO CPF: 672384026333 CRM:
DATA ADMISSÃO 01/07/2019 10:10	DATA ALTA 06/07/2019 11:58	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	

#### DOENÇAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

CAUSAS EXTERNAS/ACIDENTES OU VIOLENCIA - SÉRIE CNP/DA EMPRESA - CNAE/EMPRESA - CBO/R NATUREZA DA LESÃO

#### **AUTORIZAÇÃO**

#### **QUESTIONAMENTO DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA		
CELSO PIRES FERREIRA FILHO CPF: 76356353791	CRM:	DATA ANALISE: 01/07/2019 12:11:56	CPF: JOÃO BENTO LIMA BORGES DE MORAES SANTOS/SP/00072457 SANE-SP/001 ORIGINAL

...-NOME 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

Erick Reinaldo Reclique da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Fractura Fruto (A)

Operação - Tipo

RATT - Osteomíctia

Cirurgião Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista

CRM-PI 3854 / RQE 2425

2º Assistente

1º Assistente

WR. P. K. M. E.

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

02/07/19

Ínicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mero + # clavulo (A)

Relatório Imediato do Patologista

X

Acidente Durante a Operação

X

**Descrição da Operação**

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Período aberto - Crupigia, anestesia
- Auto auto molar Fruto (A)
- fechamento - Reduzido o fechamento óptico
- de 4 paus 4.5 - fechamento - Eustico
- artro. envolto

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 3854 / RQE 2425

Assinado digitalmente  
Matrícula: 047467  
CONFIRMO O ORIGINAL

Mod. 76 HUT



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

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

Número do documento: 20061812334134400000009809068

Num. 10330153 - Pág. 23



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

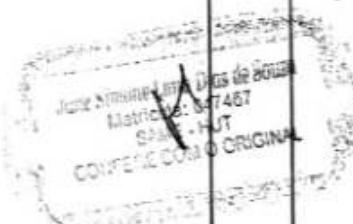
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 02/07/19

NOME DO PACIENTE: <u>Evick Ravelly Rodrys de Oliveira</u>	
DIAGNÓSTICO: <u>fever e dor de tórax</u>	CIRURGIA: <u>Ortopedia</u>
ANESTESIA: <u>bloqueo</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</u> <u>Médico Ortopedista</u>	
AUXILIAR: <u>CRM-PI 3054 / RQE 2425</u>	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>2</u>		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	<u>3</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>-</u>		LUVA Nº 7,5	PAR	<u>2</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>1</u>		LUVA Nº 7,0	PAR	<u>2</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>1</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>8</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>-</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>50</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>-</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>2</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>1</u>	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	<u>1</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>1</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>40</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>1</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>-</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>-</u>	
FORMOL	ML	<u>-</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>3</u>	
GASES	PAC.	<u>5</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>-</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>-</u>					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		<u>-</u>		<u>00000000</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		<u>-</u>					
CAT. GUT. CROMADO C/AG		<u>-</u>					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		<u>-</u>					
ALCOFIL		<u>-</u>					
MONONYLON Nº 2							
FITA UMBILICAL		<u>-</u>		ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 0				CIRCULANTE: <u>Katia</u>			
PROLENE		<u>-</u>					





**SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME** 1437

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

1437

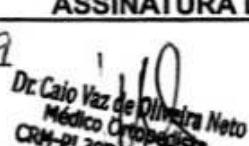
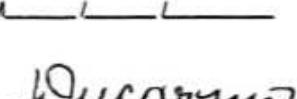
Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XI 93I 20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

**Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM** 3/39

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NO ME	Erick Ronielson Rodrigues de Moura		
Nº AIH	2422 04	Nº PRONTUÁRIO	5155 84
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:			
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030902			
MÉDICO RESPONSÁVEL			
NO ME	Dr. Caio Vaz		
CRM Nº	CRM-PI 3054 / RQE 2425		
DATA INTERNAÇÃO		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL	
		02.07.2019	
MATERIAL UTILIZADO			
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)	
	01	Plicar DCP Estreita 4.5	
	06	Parafusos corticais	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
		/	
DADOS DO FORNECEDOR			
EMPRESA:	Spine medical		
ENDEREÇO:			
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS			
EM 02.07.2019	EM _____		
 Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Cirurgião CRM-PI 3054 / RQE 2425		 Lucarmino	
Médico Responsável (Assinatura e carimbo)		Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)	

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1<sup>ª</sup> via - Prontuário, 2<sup>ª</sup> via - Fornecedor, 3<sup>ª</sup> via - Processo de pagamento.





**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
1-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>242204</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

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

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

1-Cod.Proced.Princip. <b>0408050500</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA</b>	
31-Cod.Procedimento Especial <b>0702030902</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)</b>	Quant. Solicidada: <b>1</b>

Fornecedor da OPM: **SPINE**

18-Profissional Responsável: <b>PAULO HENRIQUE LOPEZ PESSOA FILHO</b>	40-Tp. Documento: CPF	<i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054 / RQE 2425</i>
33-Data Solicitação: <b>02/07/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>622.384.263-53</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

**FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DA PERNAS DIREITA**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>31/01/19</b>	52-CNS/CPF: <i>Caio Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria CACAFUS CRM-PI 3054 / RQE 2425</i>
		53-Ass. Carimbo (Rg.Conselho) <i>(CAIO VAZ)</i>



**FOLHA DE ANESTESIA**
**UNIDADE DE SAÚDE**

NOME DO PACIENTE <i>Enick Fábio Isham Rodrigues da Mota</i>					Nº DE REGISTRO			
DATA: <i>02/06/19</i>		P. ARTERIAL <i>130-10 mmHg</i>	PULSO <i>70 bpm</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		<i>Paciente com humor amarelo e urina amarela.</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO		<i>Não tem alterações na pressão arterial.</i>						
SISTEMA RESPIRATÓRIO		<i>Não tem alterações.</i>						
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO						
ESTADO MENTAL		CORTICOIDES ATARAXICOS OUTROS						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO		FÍSICOS						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		APLICADO AS		EFEITOS				
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3							TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	<i>500ml</i>						
	400	<i>400ml</i>						
TEMPERATURA T	SANGUE 300	<i>300ml</i>						
	OUTROS 100	<i>100ml</i>						
P. ARTERIAL V O PULSO	260							
	240							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	2							
	38							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	200							
	180							
RESPIRAÇÃO O	160							
	140							
SEQUÊNCIA								
1. Glutarina 2g 2. Dugivacorin 15mg 3. Metilma 80mg 4. Midazolam 5mg 5. Dypnone 2g 6. Docomitilina 10 7. Ondansetron 4mg 8. Bixina 40mg 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.								
SÍMBOLOS		DURAÇÃO						
TÉCNICAS <i>Anestesista:</i>		INCIDENTE - ACIDENTE						
OPERAÇÕES <i>1º et. cirurgi. - favela lib.</i>								
CIRURGIÕES <i>Dr. César</i>		<i>JOSE ANTONIO SOARES SOARES 047487 HUT CONFERE COM O ORIGINAL</i>						
ANESTESISTAS <i>Enick Isham CRM-5876</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

## 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: 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 desalinhadas na diáfise proximal da tibia e fíbula.
  - Aumento do volume das partes moles.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FF

CRE: 123 803 172 68 CRM PI 1234

CPV: 133.903.173-88 CRM PI 1.0



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 de documento: 20061812334134400000009809068

Núm. 10330153 - Pág. 28



**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: 971455 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
 Controle: 1251558 Convênio: SUS

### 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



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

Num. 10330153 - Pág. 29



## 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: 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 COSTOFRÉNICOS 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: SUS

### 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 integros.
- Aumento do volume das partes moles.

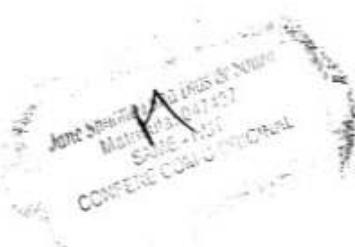
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

#### **CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



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. 31



**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:	<b>ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA</b> (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:	1251609	Convênio: S U S	

### RELATÓRIO:

Data Exame: 01/07/2019

Cod. SIA: 0204060168

### 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.

TERESINA - PI 20/07/2019

(JOAO ANTONIO)

**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:	<b>ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA</b> (Prontuário: 515584)		
Endereço:	QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - 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





## LAUDO MÉDICO

Paciente:	<b>ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA</b> (Prontuário: <b>515584</b> )		
Endereço:	QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	10/04/2000	Idade: 19a3m10d	Sexo: Masculino
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





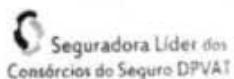
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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			
Francisco das Chagas Pinheiro Martins Instituto de Identificação - Policial Civil				
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83				





## RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340807/19

**Vítima:** ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

CPF: 071.184.763-07

CPF de: Próprio

**Data do acidente:** 01/07/2019

**Titular do CPF:** ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

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 TIBIA 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
<b>Total</b>			<b>30 %</b>	<b>R\$ 4.050,00</b>



## 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 TIBIA 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
<b>Total</b>			<b>30 %</b>	<b>R\$ 4.050,00</b>



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	Nº: 001	
ENDEREÇO: Conf. Bom Sucesso Q.E		BAIRRO: Colocadu		
COMPLEMENTO: casa	ESTADO: PI	CEP: 64083130	TELEFONE :	
CIDADE: Teresina				

**OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)**

NOME: Nelle foze Soares Marques		RG: 4.169 262	ORG. EMISSOR: SSP / PI	D. EXPEDIÇÃO: 13/09/14
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO:funcionar	Nº: 500	
ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro		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 DESTE 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

6º OFICIAL

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira





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

Num. 10330153 - Pág. 41

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340807/19

**Vítima:** ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

**CPF:** 071.184.763-07

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/07/2019

**Titular do CPF:** ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior



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

Num. 10330153 - Pág. 42



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

---

Rio de Janeiro, 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, contados 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



00030250



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

Num. 10330153 - Pág. 43

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

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno 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).

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

071.184.763-07

4 - Nome completo da vítima:

Erick Ronelson Rodrigues de Souza

6 - CPF:

071.184.763-07

5 - Nome completo:

Erick Ronelson Rodrigues de Souza

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

com. Bom Sucesso Q- E lote-04

9 - Número:

004

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Colorado

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64083-130

15 - E-mail:

eduansseguros20@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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE ALUSÃO 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

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

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

34

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

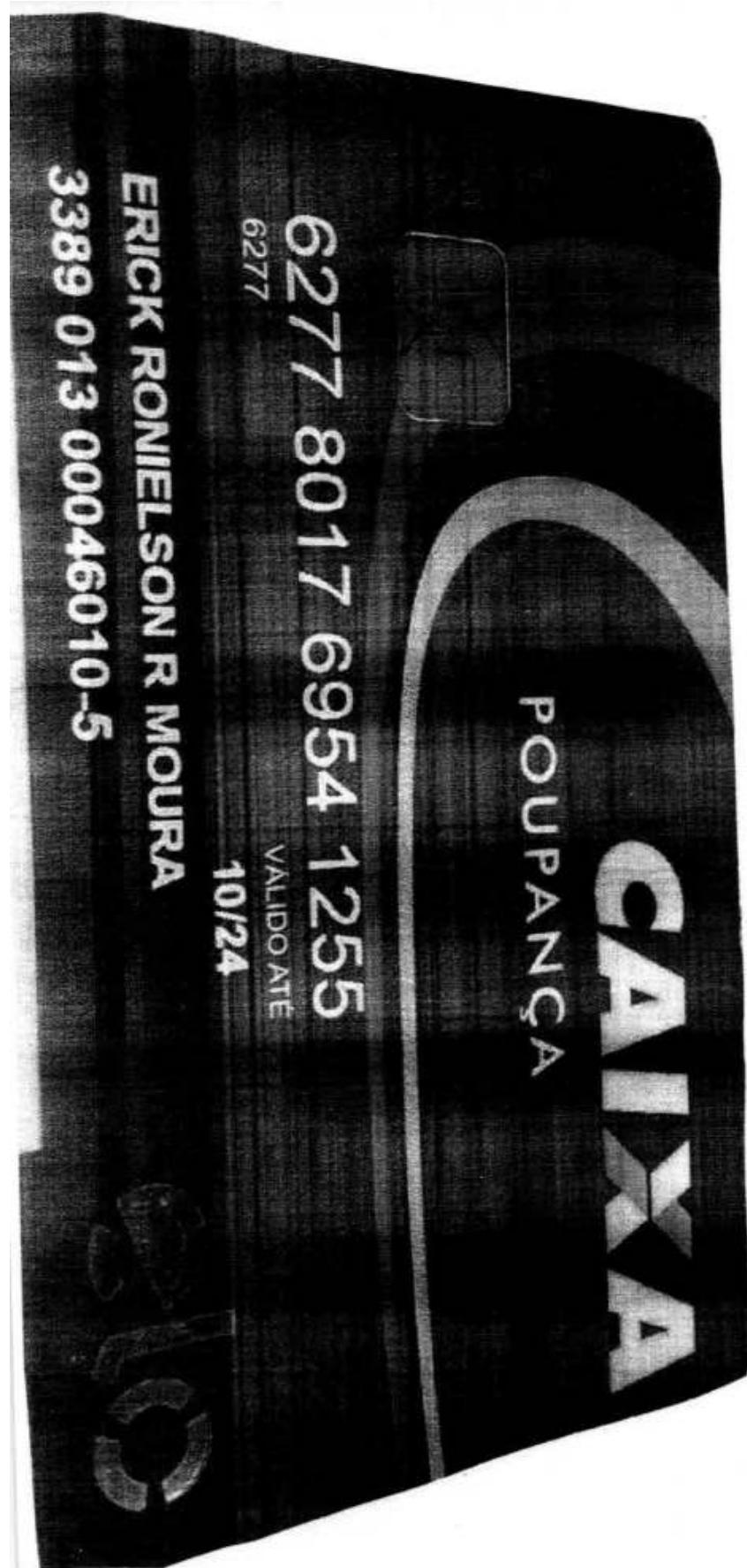
Teresina - PI 27/09/19  
x Erick Ronelson Rodrigues de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

atura do Representante Legal (se houver)







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

55080 J

Data/Hora  
01/07/2019 - 09:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

CENTRO

Endereço

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

Ponto de Referência

Complemento

COLEGIO CEV

#### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3874361 PI

Mãe: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA

Pai: RONILSON SOUZA DE MOURA

Endereço: QD-E, CS-04, RESID. BOM SUCESSO, N°

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, RENAVAM 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 NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.  
AGENTE DE POL

ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA - Noticiante  
Responsável pela Informação

  
Luccy Reiko Leal Parába  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7

Boletim de Ocorrência emitido em: 03/09/2019 10:10 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/1

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

Num. 10330153 - Pág. 47

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

071.184.763-07

4 - Nome completo da vítima:

Erick Ronelson Rodrigues de Souza

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

071.184.763-07

Erick Ronelson Rodrigues de Souza

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Estudante

Av. Bom Sucesso Q-E bairro

11 - Bairro:

Colônia

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64083-130

15 - E-mail:

edusonseguros20@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3389

CONTA: 46010

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 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 (val/nacer)?

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 27/09/19

x Erick Ronelson Rodrigues de Souza

ura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 0047	02 Data do chamado 01/07/2019	03 PRO (código) 29103	04 Saída do PA 430	05 Chegada ao local 9BD			
Local da Ocorrência	06 Saída do local 10/10/19	07 Chegada ao 1º hospital 10/11	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	8 11			
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Frei Severino de Melo 2000	11 Bairro Cir	12 Município-UF	Código IBGE				
	13 Ponto de referência As hptos Cir							
	14 Nome Eric Kaukelion Rodolus de Souza	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado						
	16 Idade 40-44	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência Hurt	01- Acidente de transporte 02- Agressão física-espancamento 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
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	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança				
Exame Físico	23 Glasgow = 11	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 90 Resp. 16 PA 150/90 TAX. 90/90 Sat02 90%	25 Local da lesão			
	26 Pupilas 1- Igualas 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 3 Leve 6 Moderada 7 10 Intensa				
	30 Fratura 1- Sim 1- Sim 2- Não	Exposta Fechada	3- Suspeito					
Assistência	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia 140 µg/dL Acesso Venoso SF0, 24-500 e 81 Medicamentos a) Fenitoína 100mg - 200mg b) c)				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT	CONFERE COM O ORIGINAL				<input type="checkbox"/> Não Removido		
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito Antes do socorro Antes do transporte	1-Sim 2-Não	Marilia Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU				
Observações Interdisciplinar	Paciente vítima de acidente muito achatado ambos punhos expostos, alcance br.; com fratura esmagada fechada da punha D - clavícula dupla. Tornoz, perna e abdômen intactos.							
	Dr. Felipe José de Raulino Neto Médico Cirurgião Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor	Oliver Mamad				

00:27.11.2011

SAMU  
192

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

FMS  
Prefeitura Municipal de Teresit

DADOS DO CHAMADO	Nº do chamado <b>0047</b>	Data do chamado <b>01/07/2003</b>	PRO (código) <b>02903</b>	Saída do PA <b>9:30</b>	Chegada ao Local <b>9:30</b>	Saída do Local <b>10h</b>	Chegada ao Hospital		
	Endereço <b>Rua Matto Grosso</b>	Ponto de Referência <b>Proximo ao CEV</b>							
	Nome <b>Eric Romelon Rodrigues de Moraes</b>			Sexo <b>M ( ) F ( )</b>	DN: <b>10101121</b>				
	Idade: <b>19 anos</b>								
	Tipo de ocorrência <input checked="" type="checkbox"/> 01- Acidente de Transporte <input type="checkbox"/> 02- Espancamento <input type="checkbox"/> 03- Ferimento por Arma de Fogo <input type="checkbox"/> 04- Ferimento por Arma Branca <input type="checkbox"/> 05- Urgência Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> 06- Tentativa de Suicídio <input type="checkbox"/> 07- Envenenamento <input type="checkbox"/> 08- Afogamento <input type="checkbox"/> 09- Queimadura <input type="checkbox"/> 10- Choque Elétrico	<input type="checkbox"/> 11- Queda <input type="checkbox"/> 12- Urgência Clínica <input type="checkbox"/> 13- Urgência Obstétrica <input type="checkbox"/> 14- Transferência <input type="checkbox"/> 15- Exames Complementares	<input type="checkbox"/> 16- Já removido <input type="checkbox"/> 17- Falso Chamado <input type="checkbox"/> 18- Outros					
	A - VIAS AÉREAS <b>CONTROLE DA COLUNA</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Pérvias <input type="checkbox"/> Parcialmente obstruídas <input type="checkbox"/> Obstruídas	<input type="checkbox"/> Guedel <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Intubação	<input checked="" type="checkbox"/> Cricotireoldostomia	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Protetor lateral <input checked="" type="checkbox"/> Branca longa/curta				
	B - RESPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Gasping	<input checked="" type="checkbox"/> Ar Ambiente <input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> Máscara	<input type="checkbox"/> Ambú <input type="checkbox"/> VM <input type="checkbox"/> Tubo nº _____	<input type="checkbox"/> Módulo ventilatório _____ FiO2 _____ <input type="checkbox"/> Volume corrente _____ PEEP _____ <input type="checkbox"/> Pressão inspiratória _____			
	C - CIRCULAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorado <input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Úmida, fria	<input checked="" type="checkbox"/> FEC < 2 seg. <input type="checkbox"/> EC > 2 seg.	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TVSP <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Assist	<input type="checkbox"/> Curativo Compressivo <input type="checkbox"/> Reposição Volêmica <input type="checkbox"/> Torniquete <input type="checkbox"/> RCP		
	D - NEUROLÓGICO	GLAGOW <b>15</b>	RASS _____	<input type="checkbox"/> PUPILAS ( ) Fixas ( ) Reagentes <input type="checkbox"/> Isocóricas ( ) Midriáticas <input type="checkbox"/> Mióticas ( ) Anisocórica D _____ E _____					
	E - EXPOSIÇÃO	Fraturas ( ) Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada	Pele Integra ( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <b>escoriações MSD</b>	<input type="checkbox"/> Local da Lesão 					
ESCALA DE DOR DE 0 A 10	( ) Sem dor ( ) Dor _____	<input type="checkbox"/> Cortante <input type="checkbox"/> Perfurante <input type="checkbox"/> Transfixante <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Amputação							
S - SINAIS VITAIS	PA <b>160x90</b> FC <b>87</b> FR <b>Sp02 99</b> TAX <b>GLI 140</b>	ESCALA TRIPS							
A - ALERGIAS	<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <b>Paracetamol</b>	TRIPS Inicial _____							
M - MEDICAÇÕES	<b>Naô</b>	TRIPS Final _____							
P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ	—								
L - LÍQUIDO E ALIMENTOS	<input type="checkbox"/> Zero <input checked="" type="checkbox"/> NHO <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Parenteral	<b>ENTRADAS</b> Ringer _____ ml SF 0,9% <b>500ml</b> ml SG 5% _____ ml Sedação _____ ml DVA _____ ml			<b>SAÍDA</b> Sangue _____ Diurese esp. _____ SVD _____ Vômito _____ ( ) + ( ) + ( ) +++ Evacuação _____ ( ) + ( ) + ( ) + ( )				
A - AMBIENTE	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de Aspiração <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 <input type="checkbox"/> Confusão Aguda <input type="checkbox"/> Glicemias Instáveis <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						<b>INTERVENÇÕES</b> <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		

**2º vitima de colisão moto x carro com fratura feita fechada de tibia e perna. consciente, orientado, parado, normocorado, PA ↑ em tempo, provavel lesão de clavícula D.**

Hospital de destino: **HUT**

Recebido POR:

ENFERMEIRO(A) **Carine**  
Nº COREN: **1679957**

# 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



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. 51

Aguas de Teresina		CNPJ 22.227.474/0001-06 - CEP 64017-280			
Nossa Água é muito bem tratada		Av. Odilon Araújo, 1035, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199			
NOME/ENDERECO MORADOR		EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA			
CON. BON SUCESSO, Q - E-CASA (004-COLORADO-TERESINA-PI - cep: 64083130					
LOCALIZAÇÃO 011-044111-006435		GRUPO 013	NÚMERO DO HÍDRÔMETRO Y14N139118		
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS/ANO TIPO UOQ. INTURADO		ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO SABIA 1 Residencial 11 Normal			
ANTERIOR 21/03/2018	ATUAL 20/04/2018	CONSUMO MÊS ANTERIOR 10	LEI 12.741/2012 PES. PAGEP COPAS		
TABELA DE TARIFAS RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO (RS/MÊS) (%)		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA NATUREZA VALOR REFERENTE ÁGUA: 26,51 REF. 10,0 m³ VALOR 26,51			
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO (RS/MÊS) (%)					
		MOVIMENTO 20/05/2018	RESALVAGEM 26,51		
IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES					
MENSAGEM: ARQUIVOS ACUSACH 2 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A COFIE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.					
<b>NOTIFICAÇÃO</b>					
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais 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 DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2.659	2.279	380	8,78	infusivo a 15,00 mg/l
COR APARENTE	3,70	3,70	0	3,70	infusivo a 7,00
PH	7,70	7,70	0	7,70	infusivo a 7,00
TURBIDEZ					
CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)					
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTais	819	819	0	AUSÊNCIA	Ausente
ESCHERICHIA COLI					
20/04/2018		10-28			
DATA DA EMISSÃO:		HORA DA EMISSÃO:			

Aguas de Teresina			
MATRÍCULA	23345381-4	RESIDUARIA	151168530
		MÊS/ANO	4/2018
VENCIMENTO	04/05/2018	CONSUMO	26,51
VALOR REFERENTE ÁGUA: 26,51 REF. 10,0 m³ VALOR 26,51			



\*\*\* AVISO DE DEBITO \*\*\*

Percebemos que Nao identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo. Desta modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do 0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos listados serão cobrados na próxima fatura.

MES/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)	MES/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)
03/2018	02/04/18	27,29			

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:33:41  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812334134400000009809068>  
 Número do documento: 20061812334134400000009809068



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 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1  
Nângue especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 027701998

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.430 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		
DADOS DA LEITURA	kWh	ROT: 17.001.31.11.020500
Atual:	21430	Atual: 24/09/2019
Anterior:	21062	Anterior: 26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 24/10/2019
Consumo Médio:	368	Emissão: 23/09/2019
Consumo Faturado:	368	Apresentação: 24/09/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 29

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

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	Consumo	CONSUMO	358,68
AGO/19	285	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	28,94
JUL/19	222	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,04
JUN/19	205	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00	0,53
MAI/19	204	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,44
ABR/19	178	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,11
MAR/19	243	MULTA POR ATRASO 08/19-00	5,52
FEV/19	297	JUROS POR ATRASO 08/19-00	1,38
JAN/19	365	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 14,71	
DEZ/18	57		
NOV/18	0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
8 A 368 - 0,555310			

#### 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.

Você ainda está dentro do vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 4301.D09F.B1CB.2C70.B985.A944.4458.D4F6

#### COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

#### IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	70,54	Base de Cálculo:	358,68	261,83
Energia:	136,30	Aliquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	23,05	Valor do ICMS:		96,84
Encargos:	11,28	Valor do PIS:	1,40%	3,68
Tributos:	117,51	Valor do COFINS:	6,49%	16,99

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

#### DIC FIC DMIC DICB

	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
--	--------	------------	-------	--------	------------	-------	--------	--------

Límite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizada	0,00			0,00			0,00	

Percentual de atraso: 07/2019 EUSD 78,61

Conjunto TERESINA-MACAUBA

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0051869-7

395,64

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2019

01/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 027701998 FCAM

8366000003 5 95640017000 0 0000000051 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://tjpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812334134400000009809068  
Número do documento: 20061812334134400000009809068

Num. 10330153 - Pág. 53