

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Valdir Paulo de Sousa
RG nº 516.627, data de expedição 03/03/93
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 185-344-573-87
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Miguel, nº 6532
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Valdir Paulo de Sousa, cujo o condutor era
Valdir Paulo de Sousa.
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/NXR160 Bros Ano: 2019
Placa: PIW-6889 Chassi: 9C2K D0840JR058707
Data do Acidente: 14/09/2019

Local e Data: Teresina, 18 de novembro de 2019.

Valdir Paulo de Sousa

Assinatura do Declarante

Valdir Paulo de Sousa

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

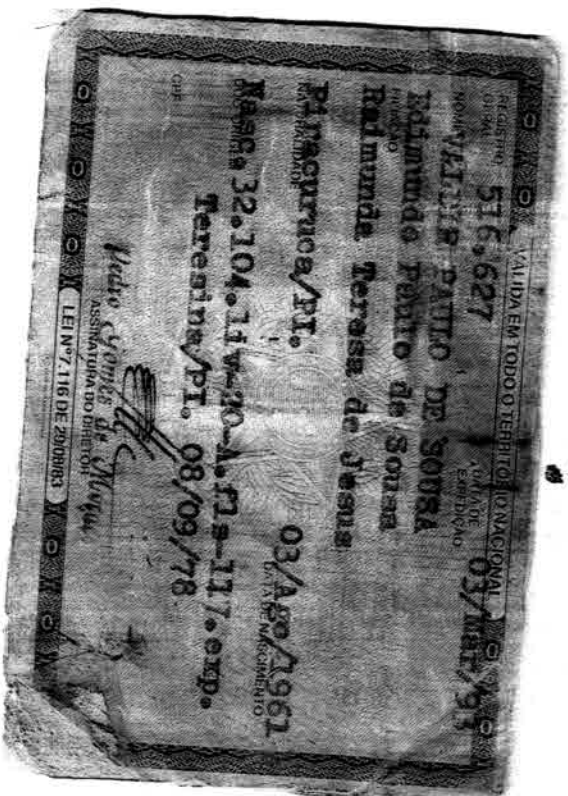
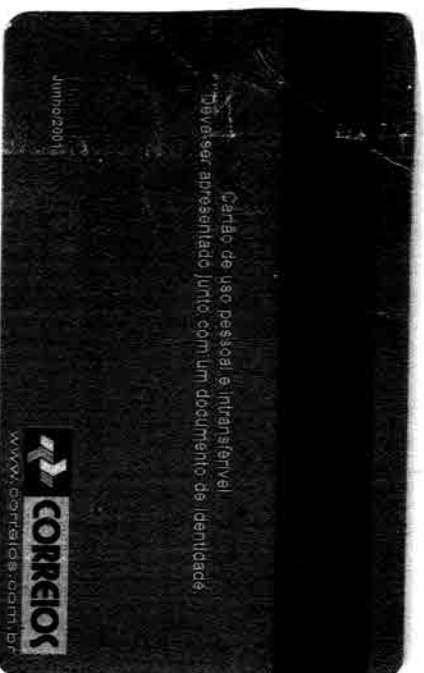
CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
José Hamilton A. Cardoso
Escrivente Autorizado

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lindolfo Nogueira, 1231 - Centro - CEP: 64006-205 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0189 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br
Titular: Anailia Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VALDIR PAULO DE SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 19/11/2019. Selo: AAM76754-XAVG
www.tjpi.jus.br/portalexta

Jose Hamilton Alves Cardoso-Escrivente Autorizado
Emol:3,85 TJ:0,77 FMPE/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:82
DECLARACAO DO PROPRIETARIO DO VEICULO

3º OFÍCIO DE NOTAS



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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89

| **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

| **Central Ouvidoria:** 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luiz Estevão Silva Cunha

inscrito (a) no CPF/CNPJ 065.372.107/05 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Valdir Paulo de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 185.344.1573-87

do sinistro de DPVAT cobertura invalides e Perenente da Vítima Valdir Paulo de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 185.344.5731-87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ **Recuso informar**

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

Endereço: <u>Rua Polígia</u>	Número: <u>1530</u>	Complemento: <u>0155</u>
Bairro: <u>Cristo Rei</u>	Cidade: <u>Berresim</u>	Estado: <u>Pernambuco</u>
E-mail: <u>luizestevao849@gmail.com</u>	CEP: <u>64016-370</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99545-0488</u>

Local e Data: Berresim - Pernambuco, 25 de Novembro 2019

Luiz Estevão Silva Cunha
Assinatura do Declarante



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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

SAMU 192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PR (Código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	☐ Capacete ☐ Cinturão de segurança ☐ Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 11		RESPOSTA VERBAL		24 Sinais Vitais
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
Hospital de Destino	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sem Dor 2 - Leve 3 - Moderada 4 - Intensa 5 - 10	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Observações Interdisciplinares	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		
	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 3 - Durante o transporte		
Observações Interdisciplinares: Doente vítima de colisão moto/caminhão (saída do veículo, segue apresentando lesões em MMII (pés), lesões de gueto por colisão em M2E, o tempo de permanência no M2E, não consegue andar, apresenta lesões de 1º e 2º graus de queimadura alcoólica.					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro Condutor	

Responsável pela recepção

Socorristas Médico

Assist. Téc. de Saúde
215103 SAMU

Enfermeiro Condutor

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 027180952

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

CONTA MÊS VENCIMENTO
SETEMBRO/2019 **19-09-2019**
CONSUMO (kWh) **88** TOTAL A PAGAR (R\$) **87,19**

VALDIR PAULO DE SOUSA
R. SÃO MIGUEL 6532 POTTI VELHO
CPF: 00018534457387
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 10.001.34.50.353200

DADOS DA LEITURA
Atual: 25825
Anterior: 25737
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo Medido: 88
Consumo Faturado: 88
Forma de Faturamento: NORMAL
Código de Regulação: FCAH
Dias de Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONO
Número Medidor: A523339
Poste: 1.1.1.1
Média 12 meses: 62

HISTÓRICO kWh
Mês/ano consumo
AGO/19 43
JUL/19 87
JUN/19 90
MAI/19 93
ABR/19 47
MAR/19 69
FEV/19 79
JAN/19 53
DEZ/18 23
NOV/18 61

TARIFA SEM TEEBUTOS:
B A 88 - 0,656310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$
08/2019 34,91
Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-09-2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

434A.FRGG.4280.1348.808A.DESC.776B.5B30

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$
Distribuição: 16,88
Energia: 32,60
Transmissão: 5,51
Encargos: 2,69
Tributos: 22,59
Base de Cálculo: 80,27
Alíquota ICMS: 22,00%
Valor do ICMS: 17,65
Valor do PIS: 1,40%
Valor do COFINS: 6,49%
IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
62,61
4,06

INDICADORES DE CONTINUIDADE
DIC FIC DMR DCM
Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual Mensal Mensal
Limite 5,31 10,63 21,25 3,24 6,48 12,95 3,03
Recebimento 0,00 0,00 0,00
Contrato 07/2019 30,80

ROT: 10.001.34.50.353200
SEU CÓDIGO 0583443-0
TOTAL A PAGAR - R\$ 87,19



• BEM-VINDO A UM MUNDO DE
VANTAGENS COM O CARTÃO
RIACHUELO VISA®

002091

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

RUA BOLIVIA 1530

CRISTO REI

64014-410 TERESINA PI



MIDWAY

FINANCEIRA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: Valdir Paulo de Sousa 6 - CPF: _____
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua São Miguel 9 - Número: 6532 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Poti Velho 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64008-040
15 - E-mail: valdirfdesousa@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 86 99417-9122

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0855 013 CONTA: 00054244 0
(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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Berequim - Piauí, 18 de Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Valdir Paulo de Sousa

6 - CPF:

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

Rua São Miguel

9 - Número:

6532

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Poti Velho

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64008-040

15 - E-mail:

valdirpaulo@hotmai.com

16 - Tel.(DDD):

86 99417-9122

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0855

013

CONTA:

00054244

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital ou sistema de autenticação não alfabético

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí, 18 de Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011112/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/11/2019 15:16 Data/Hora Fim: 19/11/2019 15:29
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 14/09/2019 17:20

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: av. isidoro frança

Bairro: Poti Velho

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDIR PAULO DE SAUSA (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PI - Piracuruca	Sexo: Masculino	Nasc: 03/08/1961
Profissão: Pedreiro			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Raimunda Teresa de Jesus			

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: rua são miguel Nº: 6532
Bairro: poti velho

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição moto	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Valdir Paulo de Sausa	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

relata a vítima que conduzia a moto em endereço citado, que estava esperando o sinal abrir, quando um caminhão que vinha logo atrás colidiu na traseira de sua moto, onde a vítima foi lesionado, socorrido pelo samu, encaminhado para o hut. fato informado pela vítima.



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 19/11/2019 15:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



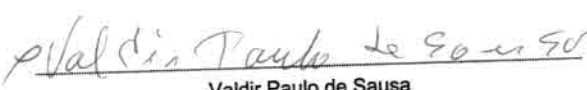
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 011112/2019

ASSINATURAS


Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matrícula 0097616
Responsável pelo Atendimento


Valdir Paulo de Sausa
(Comunicante / Vítima)

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

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190677520

Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDIR PAULO DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190677520

Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), VALDIR PAULO DE SOUSA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15237705



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433285/19

Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA

CPF: 185.344.573-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDIR PAULO DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA : 065.372.103-05

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

VALDIR PAULO DE SOUSA : 185.344.573-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA
CPF: 065.372.103-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

Paula Vargens Mendes da Costa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Valdir Paulo de Sousa, brasileiro, solteiro,
pedreiro, RG nº 516627, CPF nº 185.344.573-87, residente
e domiciliado na Rua São Miguel, nº 6532, bairro Po-
ty Velho, Teresina - Piauí.

OUTORGADA: **LUAN ESTEVÃO SILVA CUNHA**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Piauí, sob o nº 18005, e **DAVID SOARES FIGUEIREDO JUNIOR**, brasileiro, casado, advogado notadamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Piauí, sob o nº 15528, situado no escritório profissional na Av. Abdias Neves, nº 789, bairro Piçarra, Teresina-PI.

PODERES GERAIS: A quem confere poderes para representa-lo em repartições públicas federais, estaduais e municipais, autarquias, empresas privadas, assim nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado já qualificado acima, a quem confio poderes especiais para representar-me ante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização alusivo ao Seguro Obrigatório-DPVAT, cedendo poderes para assinar, enviar, requerer e protocolar qualquer documento útil junto às seguradoras consorciadas visando receber a legítima **INDENIZAÇÃO POR MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E/OU DESPESAS MÉDICAS**, oriundas de acidente de trânsito.

PRAZO: Concedo até a conclusão do recebimento relativo ao seguro obrigatório do DPVAT na seguradora Líder.

Teresina-PI, 18 de Novembro 2019.

Valdir Paulo de Sousa

OUTORGANTE

Cartório Themistocles Sampaio 3º OFÍCIO DE NOTAS	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Rua Lázaro Nogueira, 1223 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0158 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br <i>Titular: Anailândia Gonçalves de Sampaio Pereira</i>
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE VALDIR PAULO DE SOUSA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 19/11/2019. Selo: AAM76742-JGVI www.tjpi.jus.br/portalexta.	
Jose Hamilton Alves Cardoso - Escrevente Autorizado Em01:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,12 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:82 PROCURAÇÃO PARTICULAR	

3º OFÍCIO

CART. 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
José Hamilton A. Cardoso
Escrevente Autorizado
Teresina - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677520 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º E 3º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA E DESBRIDAMENTO). VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 08 E 11.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. DURVAL TERCIO NUNES LEAL, CRM/PI 1995, 29/09/2019. VÍTIMA EM TRATAMENTO POR 06 MESES.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677520 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º E 3º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICA E DESBRIDAMENTO). VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 08 E 11.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. DURVAL TERCIO NUNES LEAL, CRM/PI 1995, 29/09/2019. VÍTIMA EM TRATAMENTO POR 06 MESES.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13911193

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

Luan Estevão Silva Cunha

OBSERVAÇÕES



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DO PIAUÍ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: 18003

NOME
LUAN ESTEVÃO SILVA CUNHA

FILIAÇÃO
JOÃO CUNHA BARROS NETO
ROSA MARIA RESENDE SILVA CUNHA

NATURALIDADE
TERESINA-PI

RG
3540338 - SSP/PI

QUADOR DE ÓRGÃO E TÍTULO
NÃO

DATA DE NASCIMENTO
18/09/1995

CPF
065.372.103-05

VIA
01

EXPIROU EM
28/02/2019

CELSO BARROS COELHO NETO
PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI 9020170687686 Nº 014208058486
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1166132258 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME VALDIR PAULO DE SOUSA

CPF / CNPJ 18534457387

PLACA ANO / UF 18534457387 PIW-6889

CHASSI 9C2KD0810JR058707

ESPECIE / TIPO PAS/MOTOCICLO/ENHUMA

COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BRQS ESDD

ANO FAB. 2018 ANO MOD. 2018

CAP / POT / QIL 002F/162CC

CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª IPVA

VENC. / COTAS 2ª 3ª PAGO

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

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

PRÊMIO EQUIPAMENTO

PRÊMIO EQUIPAMENTO

A/FID ADMINISTRADORA DE CONSUMO

TERESINA

DATA 27/9/2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 014208058486 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 27/9/2019

VIA 1 RENAVAM 18534457387 CPF / CNPJ 18534457387 PLACA PIW-6889

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BRQS ESDD

ANO FAB. 2018 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2KD0810JR058707

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36,04 DENATRAN (R\$) 4,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,04

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,32 CUSTO DO SEGURO (R\$) 84,58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 23/09/2019

X COTA ÚNICA

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MAR / 2018

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433285/19

Vítima: VALDIR PAULO DE SOUSA

CPF: 185.344.573-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDIR PAULO DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA : 065.372.103-05

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

VALDIR PAULO DE SOUSA : 185.344.573-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA
CPF: 065.372.103-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

LUAN ESTEVAO SILVA CUNHA

Paula Vargens Mendes da Costa



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série
Série D - Nº
1564355

Carimbo da Unidade de Saúde

05.522.917/0029-70
Hospital de Urgência de Teresina
Dr. Zenon Rocha
Rua Dr. Odo Rê, 1820 - Redenção
CEP: 64.011-770

Nome do paciente Vitoriano Paulo de Souza	Número de Prontuário 05.522.917/0029-70
Endereço	Bairro

ATESTADO MÉDICO:
ATESTADO QUE O PACIENTE ACIMA
CITADO ESTA FORTISSIMO NO
HISTÓRICO EM TRATAMENTO DE
GRANDE FRATURA EPIFÍSIA DO
PE ESQUERDO ACIMA SEM
PREVISÃO DE ALTA HOSPITALAR.
A SUBMETIDO A AMPLAÇÃO
DE 20 DIAS DO PE. SOUENTO
APASTAMENTO DO TRATAMENTO
POR OBLITERAÇÃO DESESES.

Data
29/09/2019

Durval Terezo Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636
Carimbo e assinatura do(a) profissional

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 14/09/2019 19:55:56

(User: ANTONINO MOITA)

(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: VALDIR PAULO DE SOUSA		Prontuário: 522846
Mãe: RAIMUNDA TERESA DE JESUS	Pai:	
End.Resid.: RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 03/08/1961	Idade: 58a/mild	Sexo: Masculino Fone: 86-99542-2696
Responsável: VANDO		CNS: 700008730921001
Profissão: PEDREIRO		Documento: CPF: 185.344.573-87
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Desq./Divorciado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 741413	Entrada: 14/09/2019 18:38:53	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Hemorragia menor incontrolável	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO LESÃO CORPO CONTUSO EM MMIL. CONSCIENTE, ORIENTADO.		ISAAC GUEDES ALVES ALCOFORADO COSTA 315296 Em: 14/09/2019 19:16:37

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Corduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MOTO COM CAMINHÃO) COM USO DE CAPACETE HÁ 1 HORAS. RELATE QUE SE CHOCOU CONTRA O CAMINHÃO

- A) VIAS AEREAS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS.
- C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
- D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII
- E) CORTE EM DORSO DE PÉ ESQUERDO

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares:

- (1309827) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO
- (1309828) - PE OU PODODACTILO DIREITO

Prescrição Médica:

Dr. Antonio Neto Coelho Moita
CRM 4330
Em: 14/09/2019 19:55:55

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 14/09/2019 19:55:55

**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

RAIMUNDA DE JESUS

14/09/19 20:16

14/09/19 20:16

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

Imp: 14/09/2019 19:56:16

(User: ANTONINO MOITA)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: VALDIR PAULO DE SOUSA**Prontuário:** 522846**Mãe:** RAIMUNDA TERESA DE JESUS**Pai:****End.Resid.:** RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990**Nascimento:** 03/08/1961**Idade:** 58a1m11d**Sexo:** Masculino**Fone:** 86-99542-2696**Responsável:** VANDO**CNS:** 700008730921001**Profissão:** PEDREIRO**Documento:** CPF: 185.344.573-87**G. Instrução:** Não informado**E.Civil:** Desq./Divorciado(a)**DADOS DO ATENDIMENTO:****Idioma:** 741413**Entrada:** 14/09/2019 18:38:53**Convênio:** S U S**Proced:** 0301060061**Motivo da Procura**

(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:****Sinal/Sintoma de Apresentação:**

QUEDAS

Classificação:

Hemorragia menor incontrolável

Cor:

Amarelo

Breve História Clas. Risco:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSO EM MMII. CONSCIENTE, ORIENTADO.

ISAAC GUEDES ALVES ALCOFORADO COSTA

315296

Em: 14/09/2019 19:16:37

SVV:

(Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MOTO COM CAMINHÃO) COM USO DE CAPACETE HÁ 1 HORAS. RELATE QUE SE CHOCOU CONTRA O CAMINHÃO

A) VIAS AEREAS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS.

C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII

E) CORTE EM DORSO DE PÉ ESQUERDO

Diagnóstico Inicial:

?

CID:**Exames Complementares:**

(1309827) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO

(1309828) - PE OU PODODACTILO DIREITO

Prescrição Médica:

Rx: FRATURA

EXPOSTA 2,3 e METATARSOS

PE (E)

+ DESVENDAMENTO

CD: 40 CC

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

/ /

HORA:

: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 14/09/2019 19:56:15

**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

RAIO X REALIZADO

14/09/19

2019

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

Imp: 14/09/2019 19:56:16

(User: ANTONINO MOITA)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: VALDIR PAULO DE SOUSA**Prontuário:** 522846**Mãe:** RAIMUNDA TERESA DE JESUS**Pai:****End.Resid.:** RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990**Nascimento:** 03/08/1961**Idade:** 58a1m11d**Sexo:** Masculino**Fone:** 86-99542-2696**Responsável:** VANDO**CNS:** 700008730921001**Profissão:** PEDREIRO**Documento:** CPF: 185.344.573-87**G. Instrução:** Não informado**E.Civil:** Desq./Divorciado(a)**DADOS DO ATENDIMENTO:****Código:** 741413**Entrada:** 14/09/2019 18:38:53**Convênio:** S U S**Proced:** 0301060061**Motivo da Procura**

(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:****Sinal/Sintoma de Apresentação:**

QUEDAS

Classificação:

Hemorragia menor incontrolável

Cor:

Amarelo

Breve História Clas. Risco:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO LESÃO CORTO-CONTUSO EM MMII. CONSCIENTE, ORIENTADO.

ISAAC GUEDES ALVES ALCOFORADO COSTA
315296

Em: 14/09/2019 19:16:37

SVV:

(Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg **Altura:** 0,00 M **IMC:** 0,00 Kg/m² **Pulso:** bpm **Pressão:** mmHg**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (MOTO COM CAMINHÃO) COM USO DE CAPACETE HÁ 1 HORAS. RELATE QUE SE CHOCOU CONTRA O CAMINHÃO

- A) VIAS AERIAS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS.
- C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
- D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS FOTOREAGENTES, SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII
- E) CORTE EM DORSO DE PÉ ESQUERDO

Diagnóstico Inicial:

?

CID:**Exames Complementares:**

(1309827) - PE OU PODODACTILO ESQUERDO

(1309828) - PE OU PODODACTILO DIREITO

Prescrição Médica:

RX: FRATURA

EXPOSTA 2/3 E METATARSOS

PE (E)

+ DESVENDAMENTO

CD: 40 CC

Motivo da Alta/Encerramento:**Observação (Adulto)****DATA:** / /**HORA:** :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 14/09/2019 19:56:15

[illegible]



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

256394

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	25053

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: VALDIR PAULO DE SOUSA			6 - Prontuário: 522846				
CNS:	700008730921001	8-Nascimento:	03/08/1961	9-Sexo: Masculino	CPF: 185.344.573-87		
11-Mãe:	RAIMUNDA TERESA DE JESUS			12-Fone: 86-99542-2696			
13-Resp:	VANDO			14-Cor: Sem Informaçã			
15-Ender:	RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - CEP: 64069-990						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:			
21 - Condições que justificam a internação:			
- Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
23-Diagnóstico Inicial: Traumatismos superficiais múltiplos não especificados	24-CID Prin: T009	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	Tempo:		
29-Clinica:	30-Caráter: 02	Ident.: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 05/10/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: 	Usuário: (DIELSON) Consulta Local: 741413 Consulta SUS: Impressão: 28/10/2019 12:18
--	---

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO**

DATA 05/10/19

NOME DO PACIENTE:	Valdir Paulo de Souza	PRONTUÁRIO N°:	522846
DIAGNÓSTICO:	Infecção	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Raque	N° DA SALA:	01
CIRURGIÃO:	Dr. Ricardo	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESISTA:	Dr. Adriano	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Silene	CPF N°:	

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11385

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	-		LUVA N° 8.0 18,5	PAR	02/01	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA N° 7.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UN.D.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	-	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N°	UNID.	-					
FIOS	UN.D.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.		-		Escovas - 04 unid. Bisturis - 05 unid. Cupon - 03 unid. Furim - 03 unid.			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.		-					
CAT.GUT.CROMADO C/AG.		-					
CAT.GUT.CROMADO S/AG.		-					
ALCOFIL		-					
MONONYLON		-					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL		-		CIRCULANTE: Sara			
PROLENE		-					

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Valdemar José da Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fratura de fêmur</i>		
Operação - Tipo <i>osteotomia</i>		
Cirurgião <i>Dr. Ricardo Valença</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3786 - TEOT: 11305

Anestésico(a)		
Data da Operação <i>07/09</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista
Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

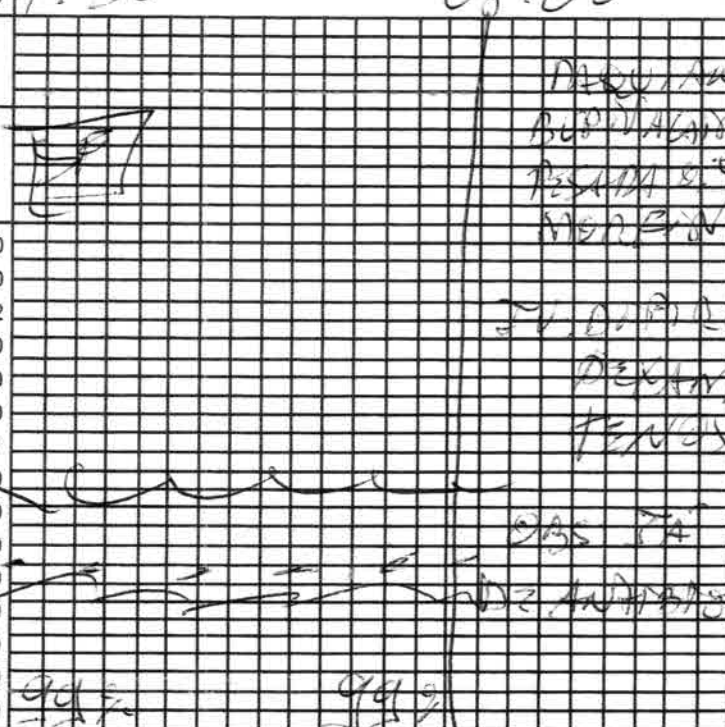
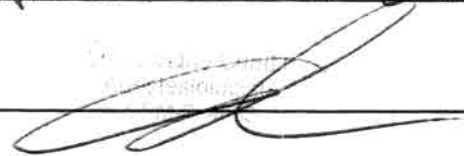
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Realizada a cirurgia de osteotomia de fêmur com encaixe e fixação com placa e parafusos. A cirurgia foi realizada com sucesso e sem complicações. O paciente foi encaminhado para o setor de recuperação pós-operatória.

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3786 - TEOT: 11305

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE VALDIR PAULO DE SOUSA					Nº DE REGISTRO	
DATA: 05/10/19	P. ARTERIAL 130x80	PULSO 80 bpm	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	07:30 08:00			TOTAL DE DOSES
		1 2 3				
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 SANGUE 300 OUTROS 200 OUTROS 100				MAQUINANESTESIA BUPROPIVACAÍNA RESPIRATÓRIO MONITORIA	
TEMPERATURA T	Cº 260 240 2				SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO	38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				DEKAM TECNICA OBS: TA DEZ ANOS	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					12/150 ml 3/4 cm 20 5 6 7 8 em uso 9 10 11 10 mg/kg 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS MAQUINANESTESIA					INCIDENTE - ACIDENTE CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
OPERAÇÕES LMC em mte						
CIRURGIÕES DR. RICARDO VALENÇA						
ANESTESISTAS DR. ADRIANO L. CAMPO						
						
PARITICULARIDADES						



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

248017

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**24869****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **VALDIR PAULO DE SOUSA**

6 - Prontuário: 522846

7-CNS: 700008730921001

8-Nascimento: 03/08/1961

9-Sexo: **Masculino**

CPF: 185.344.573-87

-Mãe: **RAIMUNDA TERESA DE JESUS**

12-Fone: 86-99542-2696

3-Resp: **VANDO**14-Cor: **Sem Informação**15-Ender: **RUA SAO MIGUEL N 6532 - POTY VELHO - CEP: 64069-990**16-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: **PI**

19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Infecção

21 - Condições que justificam a internação:

Arteriosclerose

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

Ex físico

23-Diagnóstico Inicial:

Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prin:

T009

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0413040178**TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA**

Tempo

29-Clinica:

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

02**01**

CPF

004.798.243-80

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

RAUL RUBEN DE MACEDO NETO**01/10/2019****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Dr. Raul Ruben de Macedo Neto

Usuário: (HERBERT ALENCA)

Consulta Local: 741413

Consulta SUS:

Impressão: 01/10/2019 16:30:2

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

VASIL PAVL DE LIMA

Diagnóstico pré-operatório

INFECÇÃO NECROSE DOS FÍGADOS

Operação - Tipo

WUC / DRENAGEM

Cirurgião

Dr. Raul

1º Assistente

2º Assistente

Dr. Raul Ruben de Macedo Neto

3º Assistente

Instrumentador(a)

TEOT 12.994

Anestesista

Dr. Fernando

Anestesia

Rapui

Anestésico(a)

Data da Operação

01.10.19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório



Relatório Imediato do Patologista



Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1- XUS

2- WUC / DRENAGEM

3- WUC / DRENAGEM

WUC / DRENAGEM

4- HEMOSTASE

5- SUTURA

Dr. Raul Ruben de Macedo Neto
CRTOPEDE 12.994
CRM-PI 3849

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Valdir Paulo de Sousa</i>						Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>01.10.19</i>	P. ARTERIAL <i>135x85</i>	PULSO <i>85</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO <i>76.5kg</i>	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA <i>10.9</i>	HEMATOCRITOS <i>32%</i>	GLICEMIA	DOS. URÉIA <i>23</i>	
EXAMES DE URINA <i>TP: 87% OU: 0.7</i>							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Estável hemodinamicamente</i>						ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Não</i>						ASMA <i>Não</i>	BRONQUITE <i>Não</i>
SISTEMA DIGESTIVO <i>Jejum Completo > 8h</i>				SISTEMA URINÁRIO <i>Não</i>			
ESTADO MENTAL <i>Claro</i>				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Osteíte / Necrose da amputação traumática</i>						FÍSICOS <i>PAI</i>	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO <i>10L</i>					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100					
TEMPERATURA T		C° 38					
P. ARTERIAL V O PULSO		38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		100					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60					
RESPIRAÇÃO O		20					
SÍMBOLOS		10					
TÉCNICAS <i>Intubação</i>						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <i>Desbridamento</i>						<i>Sem intercorrências</i>	
CIRURGIÕES <i>Dr. Paulo</i>							
ANESTESISTAS							
PARITICULARIDADES <i>Não comorbidades e alergias</i>							
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fis N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01, 10, 19

NOME DO PACIENTE: Valdir Paulo de Sousa	PRONTUÁRIO N°: 522845
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raquel	N° DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Dr. Reuel	CPF N°
AUXILIAR:	CPF N°
ANESTESIA: Dr. Fernando	CPF N°
INSTRUMENTADORA: Dnysele	CPF N°

****ATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA N° 10/95	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA N° 8.10	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	-		Repor	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Jany			
PROLENO							

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: VACONE PAULO DE SOUSA Nº PRONT: 522846 Nº LAUDO: 250537

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO
SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU
DEMORADA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO

DATA: 1/1

 Justina Sérgio Leite Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

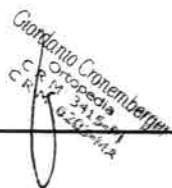
ASSINATURA DO AUDITOR

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Valdir P. de Jesus

Cart. Prof. N° _____ Série _____
necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde a partir
de 29/09

Teresina, 11 de 09 de 20 19


Giordano Conzemberg
CRM 3415
Ortopedia

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.