

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190662294

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: **RONALDO PEREIRA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003389**

Conta: **0000057209-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	
AGO/19 158	CONSUMO 162 A R\$ 0,912203 = 147,77
JUL/19 151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,74
JUN/19 154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,01
MAI/19 140	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,16
ABR/19 143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,24
MAR/19 153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,03
FEV/19 204	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,89
JAN/19 133	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,43
DEZ/18 136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,47
NOV/18 160	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 162 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77 115,26
Energia:	60,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,50
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	6,49%
			7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			OMC	OICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACAUBA						Período de apuração:	07/2019 R\$50 53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM	

83620000001 3 64270017000 3 000000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

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: 466.746.224-00 4 - Nome completo da vítima: Ronaldo Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Ronaldo Pereira da Silva 6 - CPF: 466.746.224-00
7 - Profissão: vendedor 8 - Endereço: R. Flores Resid. Adre de Lemos 12
11 - Bairro: centro velho 12 - Cidade: Juiz de Fora 13 - Estado: MG 14 - CEP: 36.630-020
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 994729591

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:

☒ RECURSO 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 013 CONTA: 57209 9
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ 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 beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Juiz de Fora - RJ, 27.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR

BOLETIM DE Ocorrência DE Trânsito - Nº 20485

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito (Com pessoa ferida ou morta)
TIPO DE ACIDENTE: Colisão com outro veículo DATA: 04/08/2019 HORA: 19:49:55
MUNICÍPIO: Teresina LOGRADOURO: Av. Josue De Moura Santos Nº: 3405

CONDUTORES

Veículo Nº 1 Placas OVW0491	Condutor	Francisco Ferreira Barros Neto			CNH 05947887675
	Sexo	Masculino	Idade	28	
	Endereço	Rua São Tomé número 6438 bairro São Francisco município de TERESINA			
	Proprietário	Francisco Ferreira Barros Neto			
	Veículo: Marca / Modelo	FORD/KA SE 1.0 HA B	Espécie	Passageiro	
Veículo Nº 2 Placas NIW7542	Condutor	Francisco Ferreira Barros Neto			CNH 05947887675
	Sexo	Masculino	Idade	28	
	Endereço	Rua São Tomé número 6438 bairro São Francisco município de TERESINA			
	Proprietário				
	Veículo: Marca / Modelo	I/SHINERAY XY 50 Q	Espécie	Passageiro	

DANOS NOS VEÍCULOS

Veículos	Danos
OVW0491	Lateral direita [paralama, paracheque, roda dianteira], Para-brisa [quebrado], Para-choque dianteiro [quebrado], Para-lama frontal direito [amassado], Roda/Suspensão dianteira direita [Avariada]
NIW7542	Carenagem [quebrada], Garfo dianteiro [avariado], Tanque de combustível [avariado], Guidão [amassado]

Vítimas

Nome	Ronaldo Pereira da Silva	Sexo	Masculino	Idade	49
Endereço	Rua Três	Condição	Lesões graves ou gravíssimas		

Testemunhas

RELATÓRIO RESUMIDO: Após ouvir os condutores constatou-se que o veículo FORD/KA SE 1.0 HA B (OVW0491) trafegava pela Avenida Josué de Moura Santos no sentido leste-oeste; Próximo ao entrocamento rotatório formado com a pista da Rua José Gonçalves colidiu seu setor dianteiro direito no setor dianteiro do veículo I/SHINERAY XY 50 Q (NIW7542) que trafegava pela mesma via em sentido contrário, pela contramão de direção.

Informações sobre o DPVAT - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de vias Terrestres:

Óbito	Lesões Corporais	Invalidez Permanente
Certidão de Óbito Registro de Ocorrência Policial Prova de Qualidade de beneficiário	Prova das despesas médicas Registro de Ocorrência Policial	Prova das despesas médicas Registro de Ocorrência Policial Rel. médico atestando o tipo e grau definitivo de invalidez

ONDE SOLICITAR: O benefício deve ser solicitado através de requerimento encaminhado a Seguradora Consorciada do beneficiário ou seu representante legal, acompanhado dos documentos acima.

Imagens



Tipo: Local Descrição:



Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Local

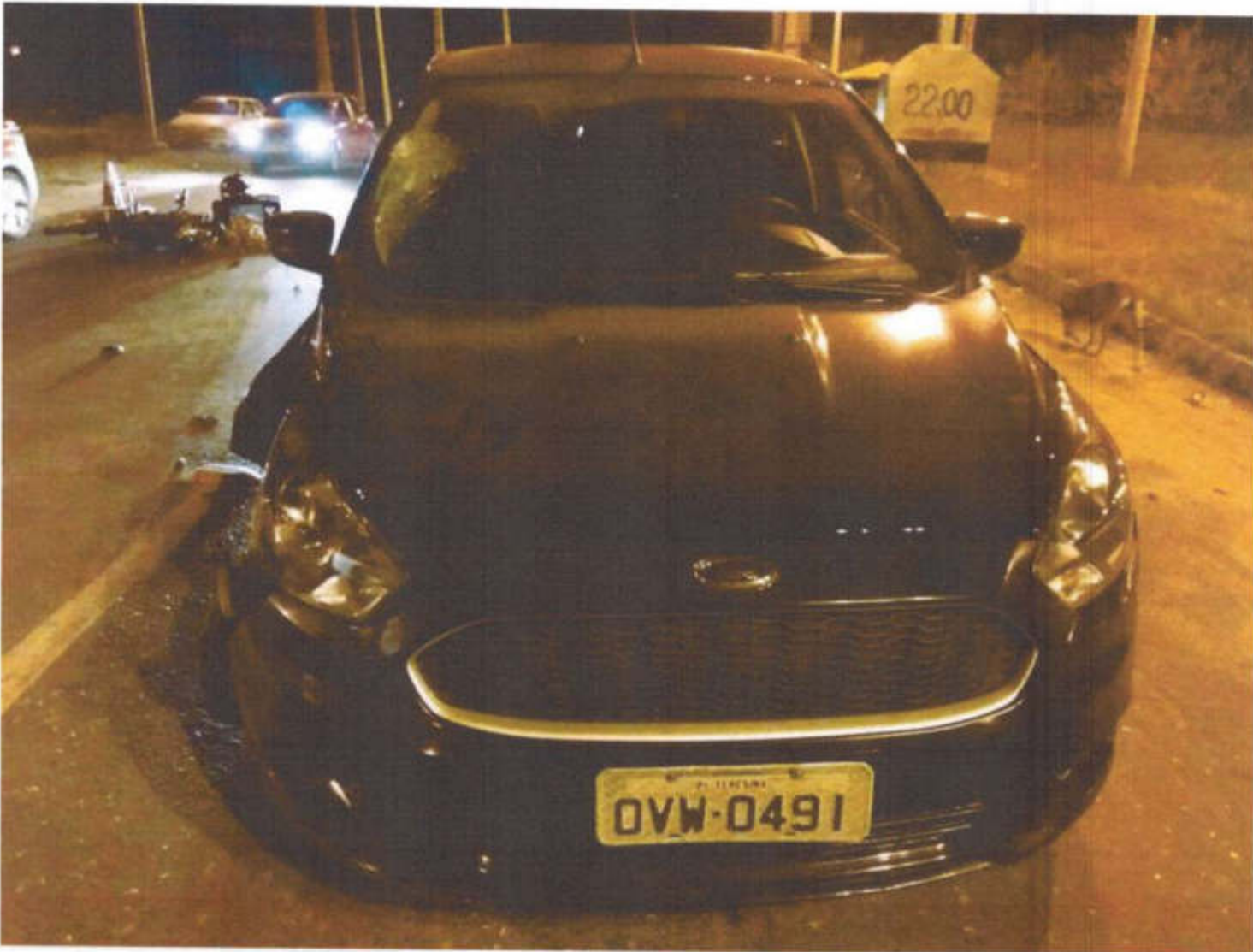
Descrição:

CONTINUED



Tipo: Envolvido

Descrição: E2 - Ronaldo Pereira da Silva



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B

Tipo: Outro Objeto

Descrição: O1 - 1 Unidade Outro bem/objeto

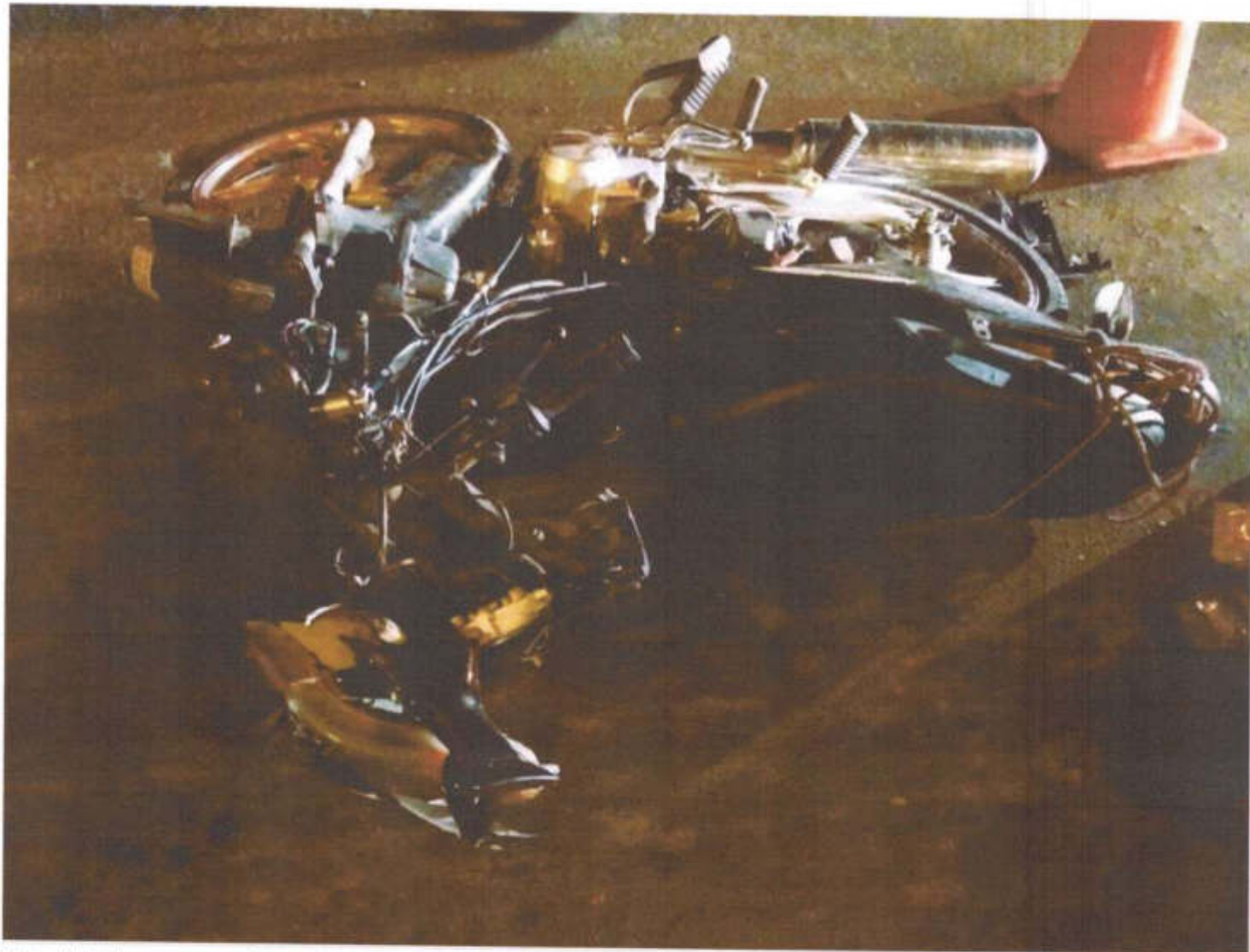


Tipo: Outro Objeto

Descrição: O1 - 1 Unidade Outro bem/objeto

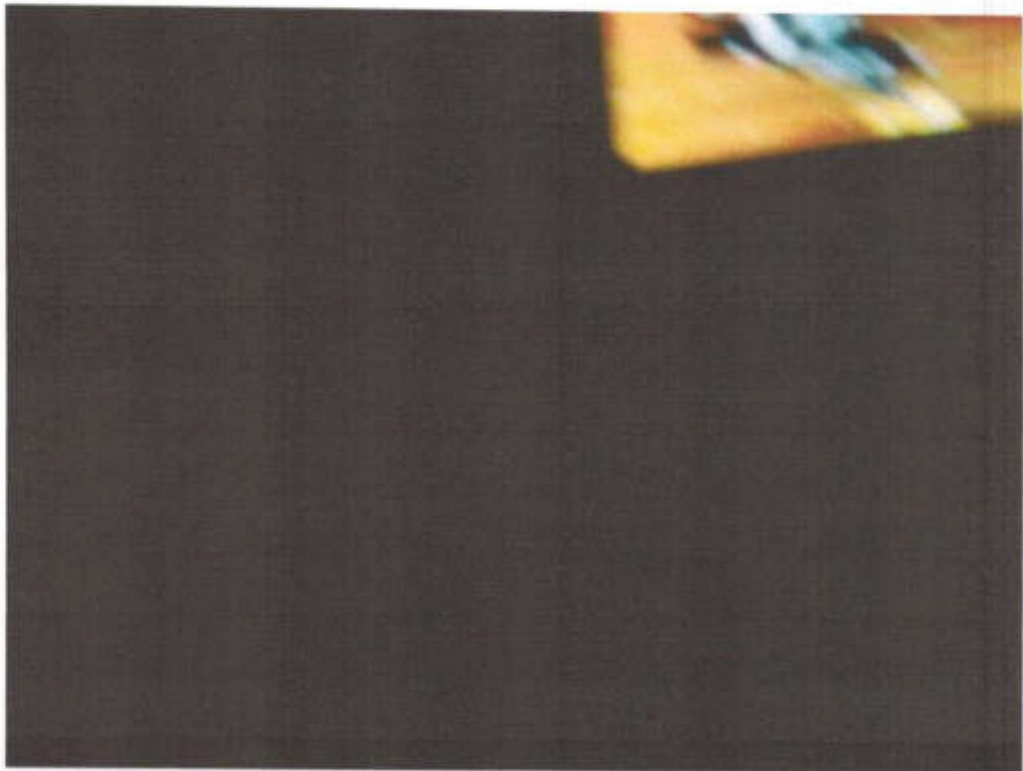
NOME DO
PM: WILLIAM GOMES LAGES

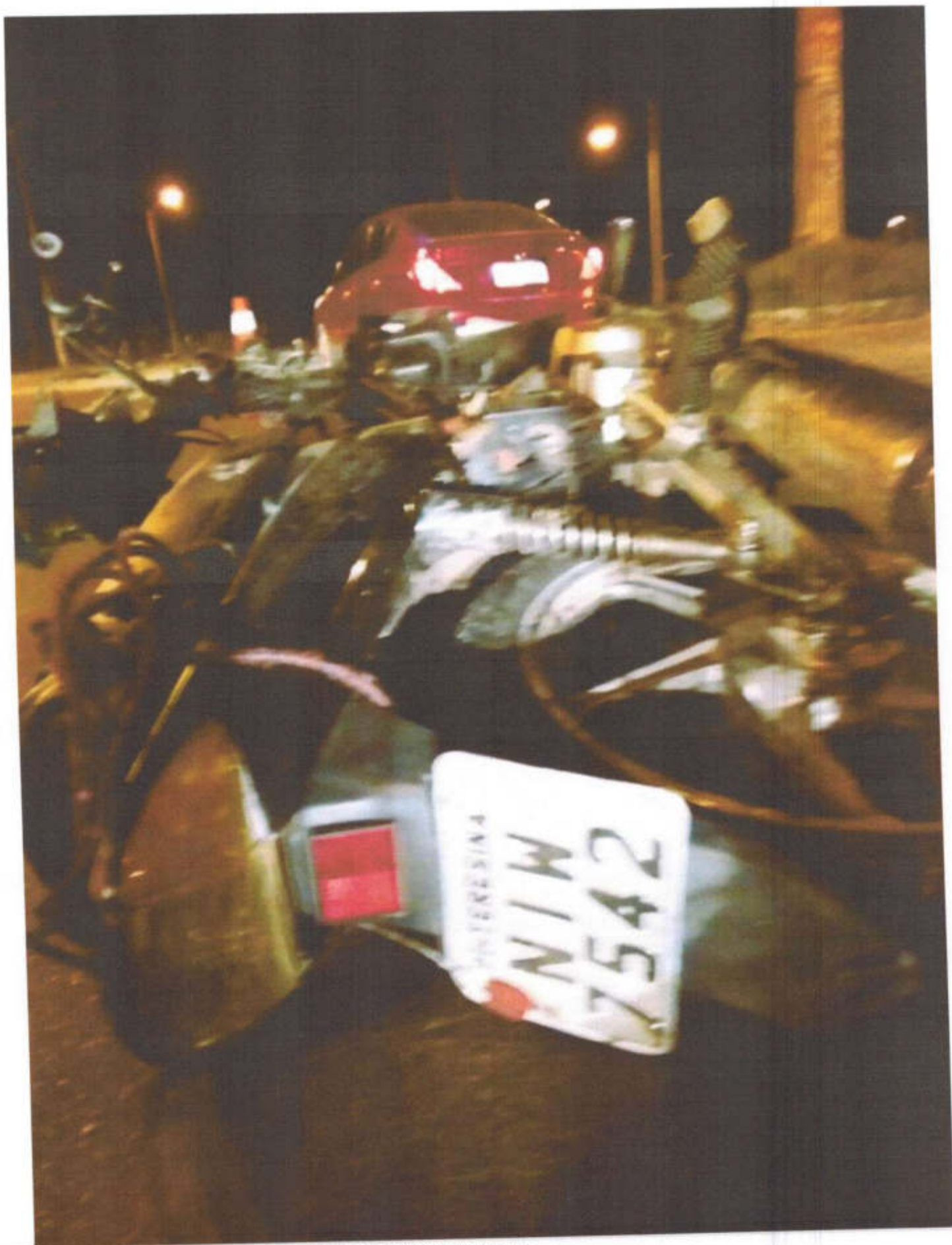
Id. Func.: 160352



Tipo: Veículo

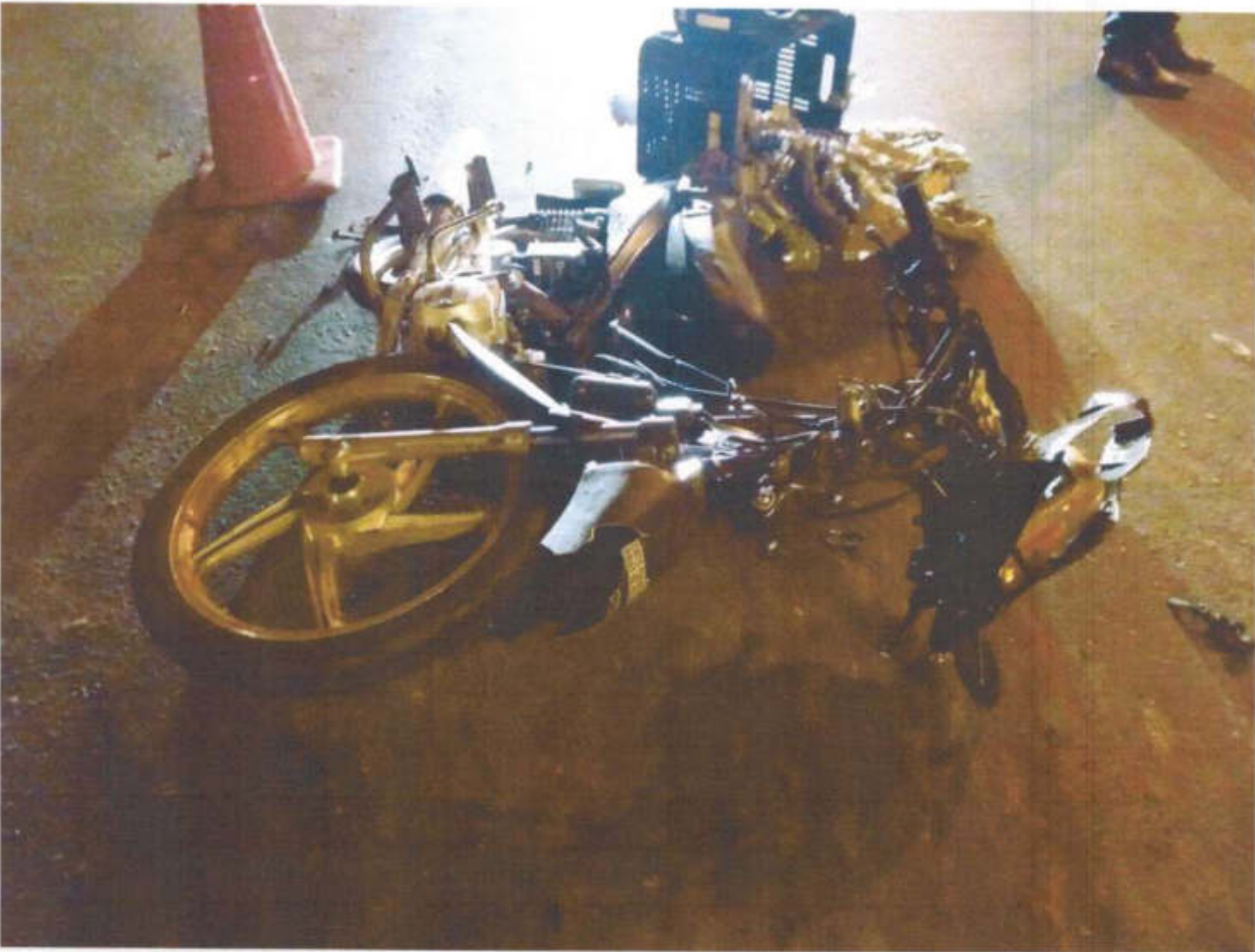
Descrição: V2 - NIW7542 - I/SHINERAY XY 50 Q





Tipo: Veículo

Descrição: V2 - NIW7542 - I/SHINERAY XY 50 Q



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - NIW7542 - I/SHINERAY XY 50 Q



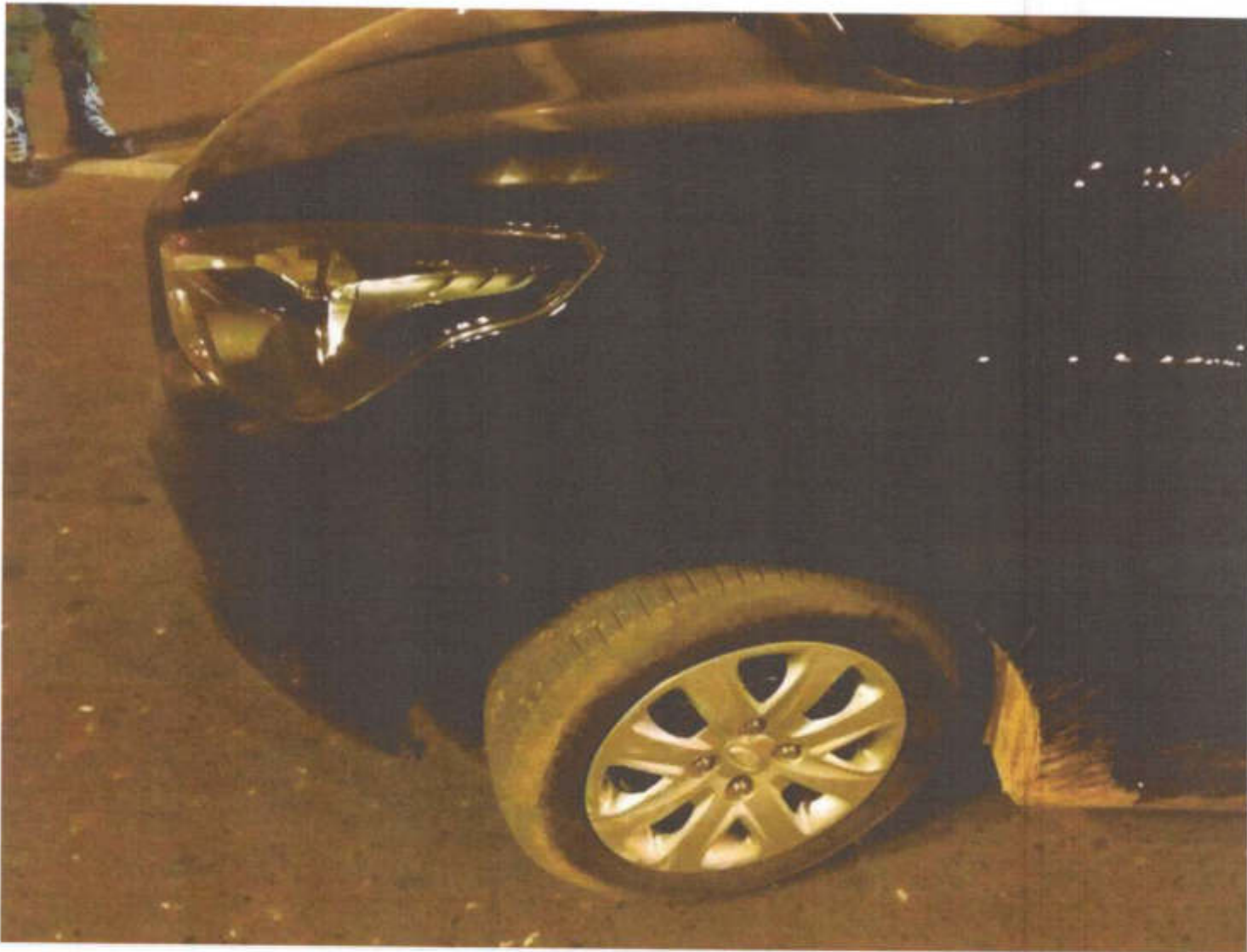
Tipo: Veículo

Descrição: V2 - NIW7542 - I/SHINERAY XY 50 Q



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1.0 HA B



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - OVW0491 - FORD/KA SE 1,0 HA B

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: 466.746.224-00 4 - Nome completo da vítima: Ronaldo Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Ronaldo Pereira da Silva 6 - CPF: 466.746.224-00
7 - Profissão: vendedor 8 - Endereço: R. Flores Resid. Adre de Jesus 9 - Número: 12 10 - Complemento: Del. C
11 - Bairro: centro velho 12 - Cidade: Juiz de Fora 13 - Estado: MG 14 - CEP: 36.630-020
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 994729541

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3389 013 CONTA: 57209 9
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ 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 beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Juiz de Fora, 27.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Nota Fiscal | Fatura de Energia Elétrica | Série B

Nr da Fatura: 1201909001113833

Instalação: 19821934

001113833

| CFOP

5258/AA

Companhia Energética do Maranhão

Alameda A, Qd 506, nº108, Loteamento Quintandinha,

Altos do Calhau - São Luís - MA CEP: 65.070-900

Insc. Estadual: 120.915.11-3 CNPJ: 06.272.793/0001-84

Para atendimento,
Informe este número.

Conta do Mês

09/2019

Vencimento

19/09/2019

Conta Contrato

Dados do cliente**MARIA ISAURA PEREIRA DA SILVA**

R. FLORES 12 RESIDENCIAL ADRI DELFINO I Q-D

CINTURAO VERDE 65630-020 IMOH - MA

Nr Parceiro de Negócio: 8 37525

Grupo e Subgrupo de Tensão: 8/81

Tipo de Tarifa: CONVENCIONAL PORVITA

Classificação: Residência Plena

Perdas no Ramal(kWh): 0,0

CPF: 181.944.603-44

Tensão Nom.: 220 V - MO

UR/Seq: 19078002-2020

Nr. Medidor: 12523288863

Fator de Potência: 0

Datas

Emissão: 12/09/2019

Apresentação: 12/09/2019

Previsão próxima leitura: 14/10/2019

Demonstrativo de Faturamento

Fornecimento	Quantidade	Tarifa	Valor
Consumo	138	0,642238	88,62
Adicional Band. Vermelha			5,52
ICMS			24,14
PIS			0,43
COFINS			1,98
Itens Financeiros			
Cp-Ilum Pub Pref Munic			10,65
Multa			2,05
Juros			0,37
Bonus Itaipu			-0,88

Total a pagar: R\$ 132,88**Informações de tributos****Reservado ao Fisco**

Tributos Base de cálculo Aliquota (%) Valor (R\$) 69528098400511C2600798419LC08320

ICMS 120,69 20,0000 24,14

PIS 0,4445 0,43

COFINS 0,4445 1,98

Período Fiscal

Número do Programa Social

12/09/2019

Histórico do Consumo (kWh)

	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
CONSUMO	88	120	136	130	106	88	90	95	110	91	100	113	138

Informações do consumo do mês + Tarifa sem Tributos

Constante	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtde. Plan	Resolução Anel
1,00	13/08/2019	12/09/2019	30	2594/19
Canal de Leitura	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Tarifa sem Tributos
Ativo Total	4.211	4.428	138	0.642238

Reaviso de Vencimento

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190662294 Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONALDO PEREIRA DA SILVA

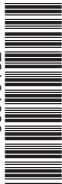
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190662294

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000057209-4

Nr. da Autenticação 00FA631C63569DEC



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município	13 Ponto de referência			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo		16 Idade	
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência		19 Vitima	
Tipo de Ocorrência	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Acidente de Transporte	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow = 15				
Exame Físico	24 Sinais vitais				
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas				
	27 Pulso Radial				
Hospital de Destino	28 Sangramento				
	29 Escala de dor de 0 a 10				
Observações Interdisciplinar	30 Fratura				
	31 Procedimentos realizados				
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
35 Observações Interdisciplinar					
36 Responsável pela recepção					
37 Socorristas					
38 Enfermeiro					
39 Condução					



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Ronaldo Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 165363

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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

neurol
ortopedia
cir. geral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA
Mãe: MARIA IZAURA PEREIRA DA SILVA
End. Resid.: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI - CEP: 64000-010
Nascimento: 13/11/1969 Idade: 49a8m21d Sexo: Masculino Fone: 86- 3236-3234
Responsável: JOSE ROBERTO CNS: 898002966242525
Profissão: AUXIL. DE PRODUÇÃO Documento: CPF: 766.746.224-00
G. Instrução: Fundamental Completo E. Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 734499 Entrada: 04/08/2019 21:10:24 Convênio: s UTI
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: Quedas
Classificação: Dor moderada
Cor: Amarelo

Breve História Clas. Risco:

QUEDA DE MOTO
TRAUMA ME MMII
DOR NA REGIÃO CERVICAL
SATO2 96%
P 100

RONALDO JOSE DA ROCHA
COREN - 254016 F1
Em: 04/08/2019 21:20:14

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CARRO), HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE ANEMESIA ANTEROGRADA, DOR EM REGIÃO CERVICAL COM SUSPEITA DE FRATURA EM JOELHO DIREITO.

AO EXAME FÍSICO:

- A) VIAS AÉREAS PERVIAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 76.BPM, SAT O2: 99%.
- C) AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A ANTEROGRADA, DOR EM REGIÃO CERVICAL COM SUSPEITA DE FRATURA EM JOELHO DIREITO.
- D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES.
- E) ESCORIAÇÃO EM REGIÃO MMII

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

- (1276921) - T.C. DE CRÂNIO
- (1276922) - T.C. DE COLUNA CERVICAL
- (1276923) - TORAX PA

Prescrição Médica:

Prescrição Médica: *Prescrição Médica: 1x de 72 SLICS = 1*

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto): DATA: / / HORA: : *Co: analise + colorimetria*

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO SALMITO SOARES
6339 PI Em: 04/08/2019 21:32:14



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

229955

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	244535

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 165363	
7-CNS: 898002966242525	8-Nascimento: 13/11/1969	9-Sexo: Masculino	CPF: 766.746.224-00	
11-Mãe: MARIA IZAURA PEREIRA DA SILVA			12-Fone: 86- 3236-3234	
13-Resp: JOSE ROBERTO			14-Cor: Sem Informação	
15-Ender: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - CEP: 64000-010				
16-Munic: TERESINA		17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente por queda
que evoluiu com fratura (distal
ulnar + rádio) + luxação (ULNA + R).

21 - Condições que justificam a internação:

Exame

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

Rx

23-Diagnóstico Inicial:

Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prim: T009

25-CID Sec.:
26-CID C.A.S.

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 068234
SAME - HUT
Confere com Original

PROCEDIMIENTO SOLICITADO	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:		Tempo	
0413040178		TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	
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:	35-Ass.Carambo Med.Sol.(CR)
YURI JIVAGO FELIX		04/08/2019	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÂNCIAS)				
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
() Segurado				

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:		47-Data Autorização: 04/09/19	José de Ribamar Santos Assessor de Auditoria Fiscal CRM nº 189 - OF: 373.200-33 CNIS: 0600533260002
48-Docmento:	49-Num. Documento:		
() CNS () CPF			50-Assinatura Paciente ou Responsável: José Roberto R de Sil. 51-Assinatura Profissional (Rg.Conselho) Usado: (SOLIMAR BRIT) Consultoria Local: 734499 Consulta SUS: Impressão: 05/08/2019 00:2

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 229955
	AIH: 2219101878830
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
700103826523990	RONALDO PEREIRA DA SILVA	13/11/1969	M	165363
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
		8695013233	MARIA IZAURA P D A SILVA	JOSE ROBERTO
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
	R. 03			7024
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
TODOS OS SANTOS	BELTERRA	TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CARRO), HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, USAVA CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA, REFERE ANEMESIA ANTEROGRADA, DOR EM REGIÃO CERVICAL COM SUSPEITA DE FRATURA EM JOELHO DIREITO. AO EXAME FÍSICO: A) VIAS AERÉAS PERVIAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA; B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 76 BPM, SAT 02:99%, C) AC: RR, 2T, BNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES, ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA, SEM SINAIS DE PERITONITE, COM AUSÊNCIA DE TENSÍOMETRO NA SALA D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE, E) ESCORIAÇÃO EM REGIÃO MIMII

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 068234
SAME - HUT
Confere com Original
CRM

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

04/08/2019

YURI JIVAGO FELIX
CPF: 00166321761

DATA ADMISSÃO

04/08/2019 21:10

DATA ALTA

09/08/2019 09:00

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623442300 CRM:	DATA ANALISE: 09/09/2019 14:08:29 CPF: CRM: DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Ronaldo Pereira de Silva

Diagnóstico pré-operatório Ex. exposto de patela

Operação - Tipo LMC

Cirurgião Dr. Ym.

1º Assistente Dr. Guilherme

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

DS/108/19

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 056234
SAME - HUT
Confere com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal
- ② Anestesia: bloqueio femoral
- ③ LMC mantida em posição dorsal
- ④ Suturas em antebraço
- ⑤ curativo

Dr. Antonio Guilhermino C. S. Falcão
Médico
CRM - 16970/1 - MA 10.132



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 05/08/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Ronaldo Pereira da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>165363</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. Carter</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Celso</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Bloqueio Periférico</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Neonice</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>30</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>03</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>60</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>05</u>	
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	<u>01</u>		<u>Crepom</u>		<u>02</u>	
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 <u>2.0</u>		<u>04</u>		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>lúdia</u>			
VICRYL							
PROLENE							

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Ronaldo Pinheiro da SilvaSala: 05Alergia: NãoData: 05/08/17Procedimento: 1. Anestesia Espontânea Potência D

Cirurgião:

Observações: Anestesia C7

Agentes		Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1	<u>Fentanyl</u>	<u>mcg</u>	<u>•100</u>											
2	<u>Alfupar</u>	<u>mcg</u>	<u>•10</u>											
3	<u>Atropina</u>	<u>mg</u>	<u>•0,2</u>											
4	<u>Chlorsedon</u>	<u>mg</u>	<u>•0,4</u>											
5	<u>Midazolam</u>	<u>mg</u>	<u>•1,0</u>											
6	<u>Propofol</u>	<u>mg</u>	<u>•0,2</u>											
7	<u>Etomidato</u>	<u>mg</u>	<u>•0,0</u>											
8														
9														
10														
11														
12														
13														
Oxigênio		<u>L/min</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>3</u>								
AR/N2O														
Volatil		%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico MSE prático
Cat. Venoso nº 20 G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☐ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☒ Bloqueio Periférico
☒ Outros Sedação

Decúbito:

SPO2 (%)	<u>97</u>	<u>99</u>	<u>99</u>	<u>99</u>
ETCO2 (mmHg)				
Aces. Venoso	<u>F</u>	<u>F</u>		
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

Descrição da Anestesia: Bloqueio Intumescal D com U5 Agulha A50
com 40 mL Ropiv 0,5% + Lido 1% com VC. sem intumescal
- Mantido em VC com CA 3L/min.

Antonio Cortez
Anestesiologista
CRM-P/3.736



HOS(DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

Dr. Giordano Cidembreguer /	Dr. Yuri Ijuvato Félis /	Dr. Ricardo S. Valença /	Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia /	Ortopedia e Traumatologia /	Ortopedia e Traumatologia /	Ortopedia e Traumatologia



CAPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REVISED

[illegible]

NOME Ronildo Pereira do Silva IDADE _____ anos DATA 05/08/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 02 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA frat. costela CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>109 / 69</u>	<u>80 / 55</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>95</u>	<u>85</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98 %</u>	<u>99 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>36,1</u>	<u>36,1</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>1</u>	<u>1</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Louiz</u>	<u>Louiz</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

08

Kléia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

() SONDA VESICAL		() DRENO DE SUCÇÃO		() DRENO TORACICO		() DVE		() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG() NASOG
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

02h Admitido na UTI em POS de fr. costela. Sono leve, desperto ao chamado. Enfisema em AA. LV normal.

Kléia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confere com Original

Pedro Victor dos Santos Moura
 MÉDICO
 CRP-PI 6626

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA Estável, eufórico em AA, 1
 quimica, sat. AA: 93%, AC: 10

HORÁRIO 06:35h ANESTESIOLOGISTA Pedro

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

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD

DATA 05/08/2019 REALIZADO 06:35h HORA 06:35h TÉCNICO Pedro

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Raquel Pereira de Silva	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	ortopedia	LEITO
À CLÍNICA	cardiologia	232 / 16

MOTIVO DA CONSULTA

49 anos, paciente portadora. necessita de
um exame

OK

DATA: ____/____/____

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

paciente atendida, apneia, apneia
Dormir, orientada

A.C.: Ritmo regular 2 + 5 / 50 bpm

E.C.G.: Ritmo regular normal

Hb: 16,3 Leuco: 12.300 Pl: 329.000

Gf: 79 Ur: 12 Cr: 0,8

Nega: HAS / DM2 / IC (7 AM)

Relatório final: Baixo risco pelo Ressonância de Cor

DATA: 07.08.15

Dr. Thales T. R. S. C. Cruz
CRM-PI 3460
Cardiologista RQE-1277
Eletrocardiografista RQE-2129

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

Enf. 232116

DN: B.11.69

07.80.50

W

... Cruz

Use T.T.R. S. 2

Dr. Thalles, PI 3460
C.R.M.-PI ROE-1277
C.R.M.-PI ROE-2120

Cardipollogol

108 47 1925

2

100

10



100

10

5

100

100

100

2017/10/10



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

[Handwritten signature]

234529

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	244809

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA	6 - Prontuário: 165363		
7-CNS: 898002966242525	8-Nascimento: 13/11/1969	9-Sexo: Masculino	CPF: 766.746.224-00
11-Mãe: MARIA IZAURA PEREIRA DA SILVA	12-Fone: 86- 3236-3234		
13-Resp: JOSE ROBERTO	14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
6-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
FCC Isolado @ 1 grau B2 inferior flex + limit tensão Patela

21 - Condições que justificam a internação:
As curvas Anua

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
Ex físico 1/2

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lapa
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

23-Diagnóstico Inicial:
Outros transtornos de sinóvias e de tendões em doenças classificadas em

24-CID Prin: **M688** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408060450	27-Procedimento Solicitado: TENOMIORRAFIA	Tempo SUS: 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 004.798.243-80	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	34-Data Solicitação: 09/08/2019	

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: 24/08/19	50- () Assessoria (ALCINA OLIVEIRA)
48-Documento: 49-Num. Documento:		Assessoria Local: 734499
() CNS () CPF		Consulta SUS:
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Impressão: 09/08/2019 08:07:02

Assessoria de Auditoria - DCA/UFMA
CNPJ: 17.000.005/33260002
CPF: 373.206.433-0

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 234529
	AIH: 2219101855949
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 700103826523990	NOME DO PACIENTE RONALDO PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 13/11/1969	SEXO M	PRONTUÁRIO 165363
DOCUMENTO CPF 8695013233	TELEFONE 8695013233	NOME DA MÃE MARIA IZAURA P D A SILVA	RESPONSÁVEL JOSE ROBERTO	
CEP R. 03	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 7024
BAIRRO TODOS OS SANTOS	COMPLEMENTO BELTERRA	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS INFORMAÇÃO POSTERIOR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original!

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL M688 - OUTROS TRANSTORNOS DE SINOVIAS E DE TENDÕES EM DOENÇAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408060450 - TENOMIORRAFIA
--

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) YURI JIVAGO FELIX CPF: 00166321761
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 09/08/2019
DATA ADMISSÃO 09/08/2019 09:00	DATA ALTA 10/08/2019 09:51
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIO FLAVIO SANTOS FERREIRA CPF: 5535683391	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 31/08/2019 14:32:52
CRM:	CPF
CRM	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DATA 09 / 08 / 19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Ronaldo Pereira da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>365363</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <u>Tenotomia</u>
ANESTESIA: <u>Raquel</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Raul</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Flávia</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Selene Rêgo</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7,5.8.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Enferm</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME - HUT Confere com Original 			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Raquel</u>			
PROLENE							


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: **RONALDO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 165363)
Endereço: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 13/11/1969 Idade: 49a8m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734499
Requisição: 984095 Solicitação: 04/08/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1276922 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 04/08/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

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

RELATÓRIO:

- ESPONDILOARTROSE CERVICAL CARACTERIZADA POR OSTEÓFITOS NOS CORPOS VERTEBRAIS E ARTROSE UNCOVERTEBRAL.
- AUSÊNCIA DE FRATURAS.
- PROTRUSÕES DISCO-OSTEOFITÁRIAS POSTERIORES DE C3-C4 E C6-C7, REDUZINDO O CANAL VERTEBRAL E OS FORAMES NEURAI NESTES NÍVEIS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 05/08/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONALDO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 165363)
Endereço: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 13/11/1969 Idade: 49a9m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734499
Requisição: 984096 Solicitação: 04/08/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1276925 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 04/08/2019

MEMBRO INFERIOR DIREITO

O estudo radiológico do membro inferior direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Avulsão de fragmento ósseo no polo inferior da patela.,
- Aumento de volume das partes moles do joelho e tornozelo.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONALDO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 165363)
Endereço: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 13/11/1969 Idade: 49a9m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734499
Requisição: 984096 Solicitação: 04/08/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1276926 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 04/08/2019

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume das partes moles do antebraço.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONALDO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 165363)
 Endereço: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 13/11/1969 Idade: 49a8m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 734499
 Requisição: 984149 Solicitação: 04/08/2019 Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS
 Controle: 1277001 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 04/08/2019

T.C. DE JOELHO DIREITO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA COMINUTIVA COM FRAGMENTAÇÕES E DESTACAMENTOS ÓSSEOS EM PÓLO INFERIOR DA PATELA DIREITA.
- HEMATOMA NO ESPAÇO INFRAPATELAR AO NÍVEL DA ZONA DE FRATURA, COM BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO.
- DENSIFICAÇÃO E ESPESSEAMENTO DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DO JOELHO (EDEMA).
- INTERLINHAS ARTICULARES PRESERVADAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 05/08/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lope
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Confere com Original


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONALDO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 165363)
Endereço: RUA 03 - 7024 BEL TERRA - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 13/11/1969 Idade: 49a9m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 244535
Requisição: 984237 Solicitação: 05/08/2019 Solicitante: YURI JIVAGO FELIX
Controle: 1277238 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 18

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 05/08/2019

JOELHO DIREITO

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

- Ressecção de fragmento ósseo no platô inferior da patela.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419885/19

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 766.746.224-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

RONALDO PEREIRA DA SILVA : 766.746.224-00

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: 27/11/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: PAOLA LARISSA BREDAS
CPF: 071.930.319-29

PAOLA LARISSA BREDAS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419885/19

Número do Sinistro: 3190662294

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 766.746.224-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2019

Titular do CPF: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 06/12/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 749.689.716-72

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RONALDO PEREIRA DA SILVA
RG: 996.274 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 766.746.224-00 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: VENDEDOR
Endereço: R. Flores 12 Residencial Adele N° 5 A.OCJ 2
Bairro: Timon Cep: 64000-902 Cidade/UF: Timon - MA
Telefone: (86) 98807-7870 ()

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro N° 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA
CPF: 766.746.224-00 Data do Acidente: 04, 08, 19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Timon 02 agosto 2019
Local e data

Ronaldo Pereira da Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de:
Ronaldo Pereira da Silva
Em Testemunho [Assinatura] da verdade.
Timon(MA), 02/08/2019
Jandaina Jansen Carneiro e Silva
Escrivente



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190662294 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 6/14/17

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

RONALDO PEREIRA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSORAS

996274 SSP PI

CPF

766.746.224-00

DATA NASCIMENTO

13/11/1969

FILIAÇÃO

MARIA IZAURA PEREIRA
DA SILVA

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB

AB

Nº REGISTRO

02030866413

VALIDADE

11/08/2021

1ª HABILITAÇÃO

15/10/2001

OBSERVAÇÕES

Ronaldo Pereira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

TERESINA

DATA DE EMISSÃO

11/08/2016

10380410806

PI317614444

ARÃO MARTINS DO REGO LOBATO

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-PI (PIAUI)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº **012508150845**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 00320114546 RALIC: EXERCÍCIO: 2010

PLACA: 00320114546

MODELO: 1/5 SHINERAY XY 50 Q

ANOS FAB: 2010 ANOS MOD: 2011

CPF / CNPJ: 00320114546 PLACA: 00320114546

PLACA ANT. PAR: 00320114546

CHASSI: LXXYCBLO6H0255655

ESPÉCIE TIPO: 1/5 SHINERAY XY 50 Q

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARKA / MODELO: 1/5 SHINERAY XY 50 Q

ANOS FAB: 2010 ANOS MOD: 2011

CPF / CNPJ: 00320114546

CATEGORIA: PARTIAL

DATA PRECEDENTE: 09/09/2010

COTA UNICA: 1.000,00

VENO: COTA UNICA

1. 138,00

2. 138,00

3. 138,00

PREMIO TARIFARIO (R\$): 138,00

DATA DE PAGAMENTO: 24/06/2011

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VALIDE PARA TRANSFERENCIA

VERIFICA LOCAL: 24/06/2011

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

PI Nº 012508150845 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2010 DATA EMISSÃO: 24/06/2011

RENAM: 00320114546

MARKA / MODELO: 1/5 SHINERAY XY 50 Q

ANOS FAB: 2010

CPF / CNPJ: 00320114546

CHASSI: LXXYCBLO6H0255655

PRÊMIO TARIFARIO

000,00

000,00

138,00

PAGAMENTO: 24/06/2011

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.343.108/0001-24

www.seguradoralider.com.br

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

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/BIBLIOTECABEB/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 Keylly Maria de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ronaldo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 966.746.224-00

do sinistro de DPVAT cobertura Inclusão da Vítima Ronaldo Pereira da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 966.746.224-00, 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. Unib e Quilômetro de governo</u>	Número: <u>554</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Turama</u>	Estado: <u>PA</u>
E-mail:	CEP: <u>86.000.902</u>	Tel.(DDD): <u>(86)994729591</u>

Local e Data: Turama, Pará 12.11.19

Keylly Maria de Oliveira
Assinatura do Declarante

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190662294 Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONALDO PEREIRA DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está incorreto/incompleto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
--	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

