

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - LE 195965574

Av. Odilon Araújo, 1035, Pçarrs - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 3000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38
2016129413151

MATRICULA

12314234-2

FATURA Nº

153617711

Mês/Ano

12/2018

NOME / ENDEREÇO
MORADOR

JOANA FERREIRA DA MATA

RUA LUCIDIO FREITAS, 1275 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64003120

LOCALIZAÇÃO

001-00002-000810

GRUPO

001

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A10X027446

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TPD	LITROS	MTURADO
10-2018	Lido	17	20
09-2018	Lido	09	20
08-2018	Lido	21	20
07-2018	Real	00	20
06-2018	Lido	16	20

ECONOMIAS - CATEGORIA / TPO TÁXIA

2 Residencial - Normal

ANTERIOR 05/11/2018 1246
ATUAL 04/12/2018 1246

CONTUO MÊS M7

20

LIT 12,74 M3

PS. PASEP 90-36x1,65% = 1,49

COFINS 90-36x7,50% = 6,96

TABELA DE TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO (L/M3) D1
10-25	4.5400 65
25-559999	8.5300 65

VALOR REFERENTE ÁGUA - 53,02

RET.

VALOR

> Residencial-Normal 20,0 m3 53,02

VALOR DE ESGOTO - 33,64

> Residencial-Normal 20,0 m3 33,64

JUROS POR ATRASO 10/2018 0,41

JUROS POR ATRASO 11/2018 0,08

MULTA POR ATRASO 10/2018 1,62

MULTA POR ATRASO 11/2018 1,59

NFO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (L/M3) E (D)

VENCIMENTO
17/12/2018

TOTAL A PAGAR

90,36

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERÁ SER MODIFICADA
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRÕES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.587/95, Art. 8º, §3º, inciso I.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.122	3.100	22	1,33	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	3.102	3.094	8	3,19	Inferior a 15
PH	3.119	3.074	45	6,82	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.128	3.101	27	0,99	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	993	992	1	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	993	993	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 04/12/2018 HORA DA EMISSÃO: 13:15

DEPARTAMENTO DE CONTROLES
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
31 JAN 2019
GENE SEGURADORA S.A.
Rua Gomes de Azevedo, 465 Lqda C
Teresina - PI CEP: 64.002-470

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roge Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Euripedes Pereira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 372.982.593 34 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Euripedes Pereira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 372.982.593 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

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

Teresina, 30 de Jan de 2019
Local e Data

Nelle Roge Soares Marques
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo



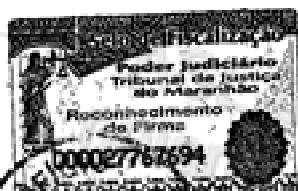
Eu, ROSIMEIRE DOS SANTOS,
RG nº 1.263.813, data de expedição 15/09/98,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 667.436.053-87, com
domicílio na cidade de TIMON, no Estado de
MARANHÃO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DR. JOÃO LULA - PARQUE PIAVI, nº 2186,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS, cujo o condutor era
EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / POP100
Ano: 2014/2015
Placa: DXX 0089
Chassi: 9C2HB0210FR411252
Data do Acidente: 22.08.2016
Local e Data: TIMON-MA 24.11.2016



Rosimeire dos Santos
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO 3º OFÍCIO EXTRAJUDICIAL - TIMON-MA
Av. Presidente Médici, 609 - Parque Piauí - CEP 65631-390
FONE: (99) 3326-8080

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A(S) FIRMA(S) DE: ROSIMEIRE DOS SANTOS. DOU FE.
EM TEST. OK DA VERDADE. Timon-MA, 24/11/2016.
Adas
MARCIA DA COSTA E SILVA-ESCREVENTE (MARCIA)



Declaração do Proprietário do Veículo

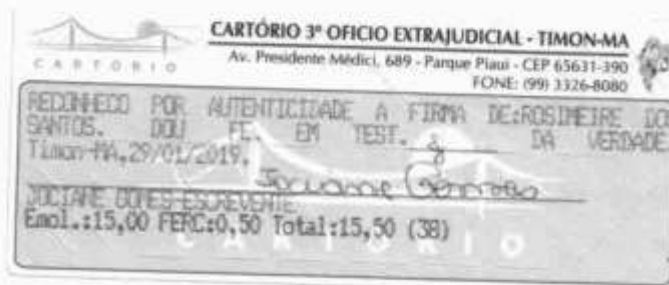
Eu, Rosimeire dos Santos,
RG nº 1263813 data de expedição 30/05/18,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 667.436.053-87, com
domicílio na cidade de Timon, no Estado de
MA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Sáo Lula, nº 2186
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Euripedes pereira dos santos, cujo o condutor era
Euripedes pereira dos santos.

Veículo: moto
Modelo: Honda POP 300
Ano: 2014/2015
Placa: 0XX0089
Chassi: 9C2H B0210FR411252
Data do Acidente: 22/08/2016
Local e Data: Timon; 29-01-19

Rosimeire dos Santos
Assinatura do Declarante



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





Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO
USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Saúde
Série D - Nº
100.000

Carimbo da Unidade de Saúde
F.M.S.
U.S.D. ARCOVERDE
AMBULATORIO
05.522.917/0015-75
Q. 250 - CASA 50 - DIRETORIA
TERESINA - PI - 6315-9200

Nome do paciente <i>Ednilson Linsens da Cunha</i>	
Endereço	Número do Prontuário

Lendo
HO: Fratura de rádio + ulna
Fixado com placas + parafusos
Perda de arco de 50% da exten-
são do punho ①

CSO: 5525 + 5522

D

Data
08.10.18

Carimbo e assinatura do(a) profissional

SABEMI SEGURADORA S/A
08 OUT 2018
RECEBIDO



RECEITUÁRIO

Atesto que para os devidos fins
Ednilson Ribeiro da Cunha, RE 530
68961; CPF 031.677.823-08, realizar
tratamento fisioterapêutico no centro
de fisioterapia, diagnosticado
com fratura de antebraço "D", apre-
sentando, dor, diminuição
de força e amplitude. Paciente
continua em tratamento fisiotera-
pêutico.

CAD 10-552

Dr. Daniel Alves Ribeiro
CRM 243984-F

Avenida Presidente Vargas, nº 234 - Centro
Beneditinos-PI - Fone: (66) 3269-1151
E-mail: saudebeneditinos@hotmail.com

Beneditinos
24.03.18.

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO

ATESTADO MÉDICO

Atesto que

Edmilson Costa

Cart. Prof. Nº

Série:

necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde a partir

de

Teresina,

27 de

08

de 20

18

Quilômetro 10
Cidade de Teresina
CEP 64.020-100

NOTA: Este atestado é válido para finalidade 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.

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO

RECEITUÁRIO

05.522.917/0022-02 .

Hospital de Urgência de Teresina - Dr Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção Cep: 64017-775

NOME: Edilson Roberto Teresina-Pi

ENDEREÇO: _____

USO INT

1. Cefalexina 500mg _____ 28 comp

Tomar 01 comp VO 6/6hs por 7 dias

2. Nimesulida 100mg _____ 1cx

Tomar 01 comp VO 12/12hs por 5 dias

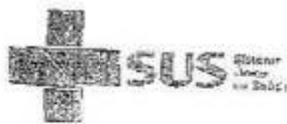
Teresina 24/05/18

[Assinatura]
Médico/CRM
Carimbo

Gláucia Cruzemberg
CRM 6203-MG

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE





ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS: Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Obs: não retirar a imobilização (tala gessada) até o retorno ao médico

Cirurgia Realizada pelo Dr

Frederico

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO



Estado do Piauí
 Prefeitura de Teresina
 Fundação Municipal de Saúde



FMS
 Fundação Municipal de Saúde



Sistema
 Único de Saúde

RECEITUÁRIO
 USO EXCLUSIVO NA
 REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série

Série D - 067572

Carimbo da Unidade de Saúde

U. S. D. ARCOVERDE
 AMBULATÓRIO
 05.522.017/0015-75
 Q.250 - CASA 50 - CIRCEU II
 TERESINA - PI - 3215-9206

Nome do paciente

Edmilson Ribeiro de Azevedo

Número de Prontuário

000000

Endereço

Bairro

doendo

H/O: Fratura de rádio + ulna à @,
 fixada com placa + parafusos

Cto: 5522

Afastamento: 06 (seis) meses

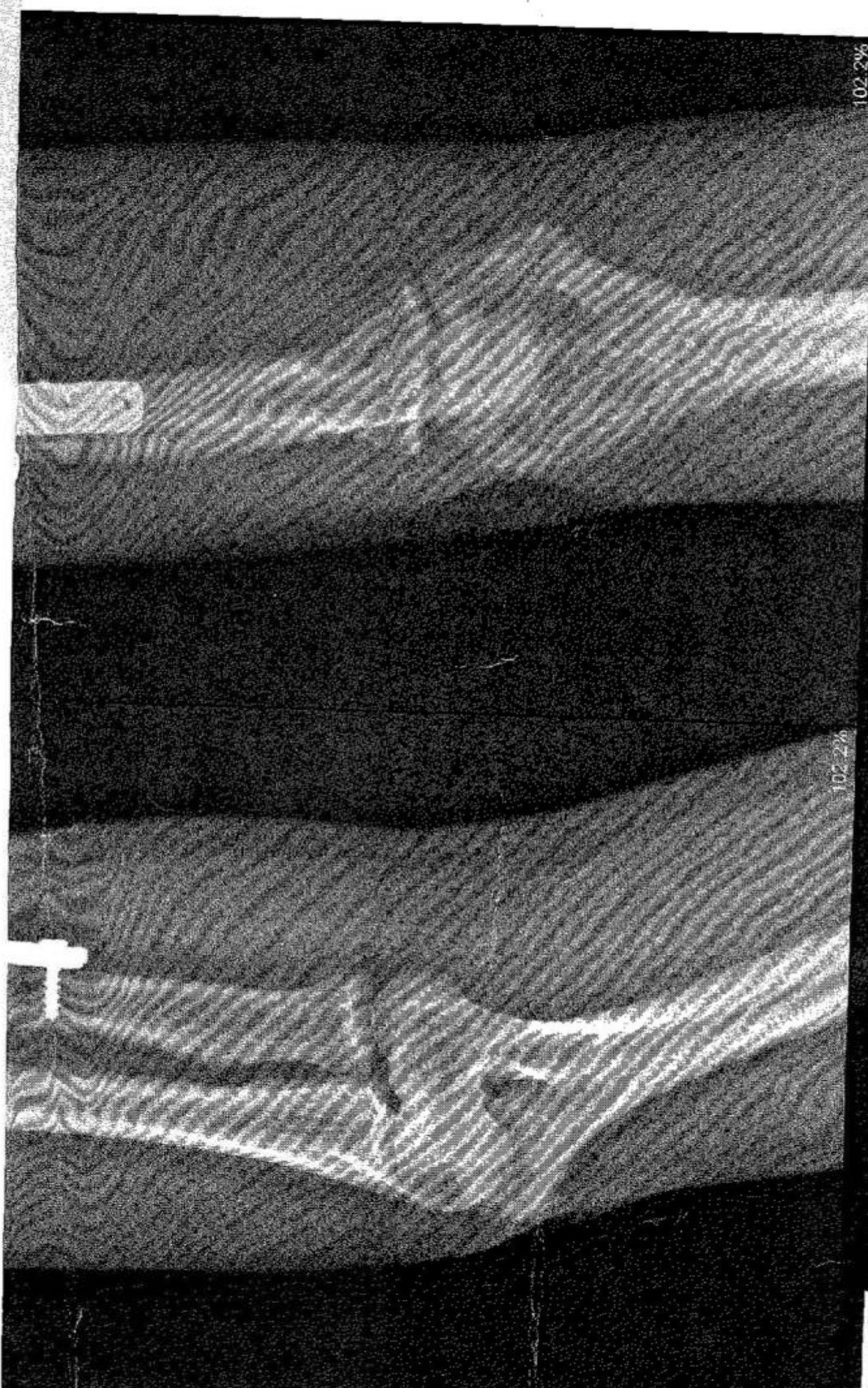
Data

28/08/13

Carimbo e assinatura do(a) profissional

DIR

DIR



102.2%

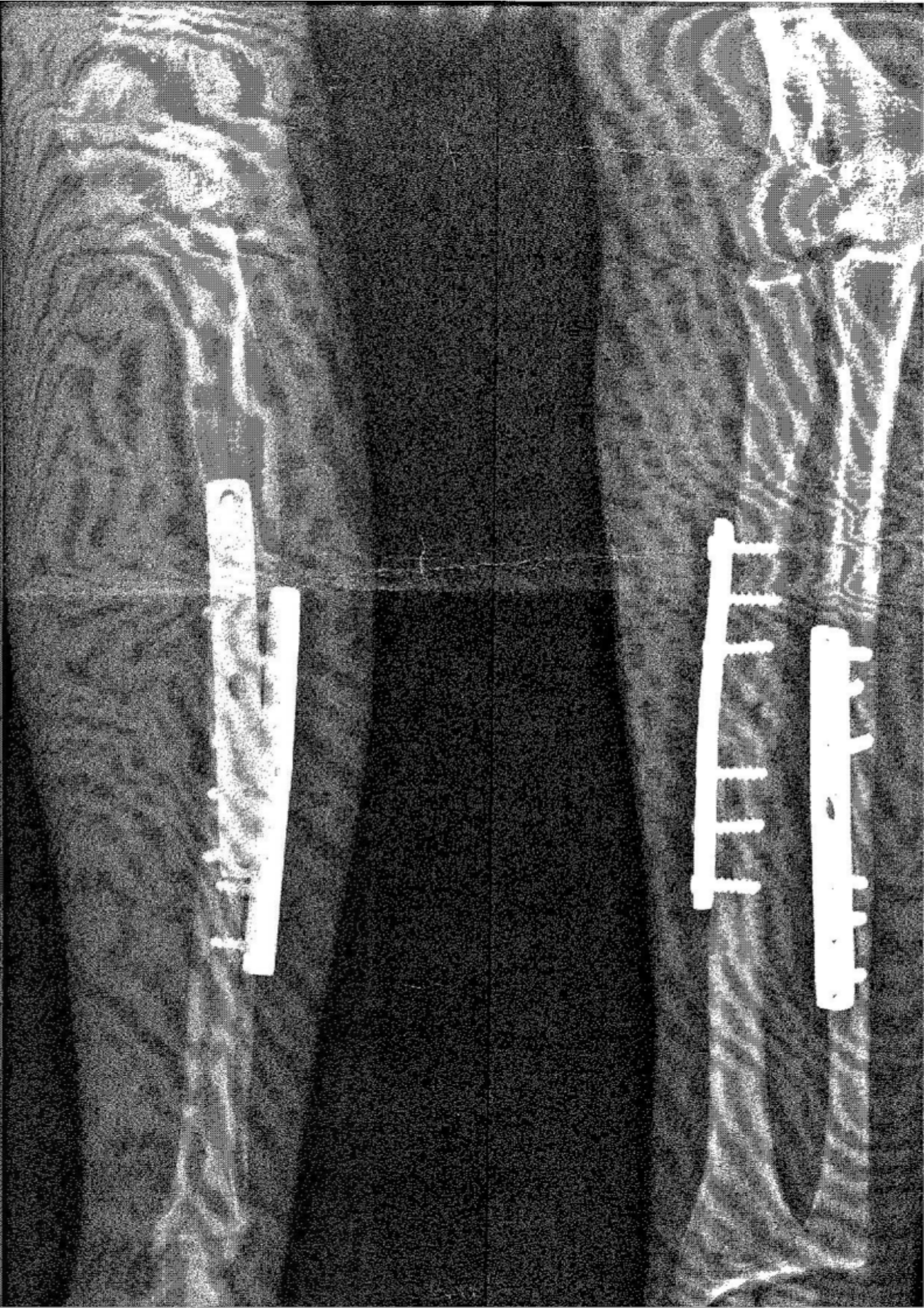


EDNILSON RIBEIRO DA CUNHA
82638

19/12/1984
05/07/2018 08:07

AV. HIGIÃO CUNHA 1515 - ILHÓTAS - TELEFONE: (80) 3196-1650


CEIR
CENTRO DE REABILITAÇÃO



ANEXADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o Sr. Euripedes Pereira dos Santos, portador do acidente de trânsito, relatando trauma em mão esquerda, com fratura exposta de 3º, 4º e 5º metacarpos da mão esquerda, submetido a tratamento cirúrgico, tendo sido observadas deficiências dos dedos e limitação de movimentos, em alta definitiva do tratamento, apresentando perda funcional de 80%.

Out. 28.08.18


Dra. Fabíola Ferreira H. Veras
Clínica Médica/Reumatologia
CRM 2374





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Guilherme Pereira dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 416793



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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

COPIA FEITA EM

TERESINA-PI

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 22/08/2016 06:26:07

DADOS DO PACIENTE:

(User: ANTONIA TAISA)

(Estação: ACCR01)

Nome:	EURÍPEDES PEREIRA DOS SANTOS		Prontuário:	416793
Mãe:	PALMUNDA PEREIRA DOS SANTOS		Pai:	BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS
End. Resid.:	RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUI - TIMON - MA - CEP: 65630-020			
Nascimento:	18/05/1966	Idade:	50a:3m:4d	Sexo: Masculino Fone: 86-93212-2189
Responsável:	EURÍPEDES PEREIRA DOS SANTOS		CNS:	709509619838770
Profissão:	PEDREIRO		Documento:	
G. Instrução:	Fundamental Incompleto		E. Civil:	Casado(a)
End. Local:	-			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	564409	Data:	22/08/2016 06:20:49	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Fratura exposta	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:	ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO E. FRATURA EXPOSTA EM 3 QUIRODACTILO.		Profissional Clas. Risco:
			ANTONIA TAISA DE CARVALHO COREM 273528 Em: 22/08/2016 06:26:07

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Art + Defemidore + fêmur
Mão En

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Nemesio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70291
SPACALIT
Fotografar com Original

31 JAN 2016

PA	mmHg	Pulso:	bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 403 Loja C Centro - Maceió - AL - CEP: 57010-000			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx Mão e (Ar/Ob)

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

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

Procedimento CID

EURÍPEDES PEREIRA
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Jesus Torres de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
(Médico de Trabalho)

Assinatura Profissional Médico
CRM-PI: 5777 EOT: 4689



AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTC DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

ALH : 221610153407-7
UNI : H.U.T. (PRUF. 221610153407-7)

EURÍPEDES PEREIRA DOS SANTOS

U.LIBERA: 78/08/2016

PROCED.: 0415030015 TRAUMATIS

OP.SIST: WELLINGTON

CID : 5825

ASS. MEDICU RESPONSÁVEL

5828856

da
ção:

755

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EURÍPEDES PEREIRA DOS SANTOS

7-CNS: 709509619838770

8-Nascimento: 18/05/1966

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS

13-Resp: EURÍPEDES PEREIRA DOS SANTOS

15-Endere: RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUI - CEP: 65630-020

16-Munic: TIMON

17-Cod.IBGE: 211220

18-UF: MA

19-CEP: 65630-020

6 - Prontuário: 416793

12-Fone: 86-92212-2189

14-Cor: Sem Informação

COM BOLETIM CIR/ANEST

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

lesão extensa na mão esquerda
frat metacarpo, dedo, falange

21 - Condições que justificam a internação:

frat. d.a.

Temperatura + 40,5°C - 36,7°C
Frat. metacarpo + 40,5°C - 36,7°C
Frat. dedo + 40,5°C - 36,7°C

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

Ruemenex + Rx + ex. físico

23-Diagnóstico Inicial:
(Informação Posterior)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-Cod.Proced.: 0415030013

27-Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF 841.275.623-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:
FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

34-Data Solicitação:
22/08/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Desposentado

() Não Segura

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Pg. Consel)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Eu, Eurípedes Pereira dos Santos...

22/08/2016



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Euripedes Pereira dos Santos
Diagnóstico pré-operatório Solitário
Operação - Tipo Ext. Beuret + área de linf. + pró. de ex.
Cirurgião Dr. Flávio Maciel de S. Coutinho 1º Assinante
Dr. Orlando de S. Coutinho 2º Assinante CRM-PI 3102
3º Assinante
Instrumentador(a) Ediane Anestesista Dr. Tiago Anestesia local
Anestésico(a)

Data da Operação 22.08.16 Início 08:10 Fim 09:15
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

0408060430 - M 679 + cor. ex. fin.
408020539 - 5625 + pró. de ex. fin.
0408020342 - 5626 - pró. de ex. fin.
N + III

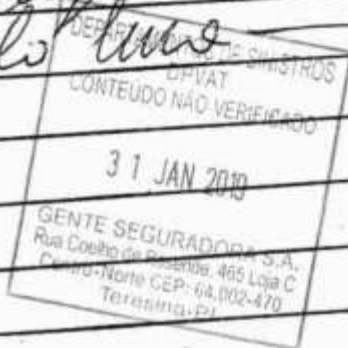
Acidente Durante a Operação

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70291
SAME HUT
Conteúdo com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Bloqueio + incisão, 20K, pró. de ex. fin.
ex. fin., cor. ex. fin., pró. de ex. fin.
linf. e 1.º St. de ex. fin. em abscisão,
incisão de linf. + pró. de ex. fin. + pró.
de ex. fin. + pró. de ex. fin. + pró.
de ex. fin. + pró. de ex. fin. + pró.



Flávio Maciel de S. Coutinho
Anestista e Patologista
CRM-PI 3102



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Euripedes Pereira dos Santos		
Diagnóstico pré-operatório	Solitário		
Operação - Tipo	Est. Bennett + mão de luvas - prot. drape		
Cirurgião	Flávio Maciel B. de S. Coutinho CRM-PI 3102	1º Assinante	
2º Assinante		3º Assinante	
Instrumentador(a)	Ediane	Anestesista	Dr. Tiago
Anestésico(a)		Anestesia	local

Data da Operação	22.08.16	Início	08:10	Fim	09:15
Diagnóstico Pós-operatório					

Relatório Imediato do Patologista

0408060450 - M 679 - com comp. fin.
408020539 - 5625 - prot. subconj. po
0408020342 - 5626 - prot. subconj. po
N + III

Acidente Durante a Operação

Nemésio Martins de Castro Neto
Médico: 70291
SAMC-HUT
Compare com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Bloqueio + infiltração, 20K, 10K de empurro.
Osteotomia, osteotomia, comp. subconj. po.
Infiltração e 1.5K de 901. em subconj. po.
mão de luvas, prot. Bennett + prot. drape.
prot. subconj. po. subconj. po. subconj. po.
prot. subconj. po. subconj. po. subconj. po.

Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Patologista e Pneumologista
CRM-PI 3102



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

DATA 22/08/2016

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	Eunípedes Pereira dos Santos	PRONTUÁRIO:	316793
DIAGNÓSTICO:	Politrauma mão esq.	CIRURGIA:	Fixação + correção
ANESTESIA:	local	N° DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. Flávio Maciel B. de S. Coutinho Ortopedista e Traumatologista CRM 13102	CPF N°:	
AUXILIAR:	-	CPF N°:	
ANESTESIA:	Dr. Thiago	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Ediane	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.0	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	200ml		PVPI DE GERMANTE	ML	150ml	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150ml	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRADO	CM	20cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Elétrodos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Cupem		02 UNID.	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 3.0		05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE Nº 3.0		01					

Nemésio Martins de Castro Neto
Matr. 70291
SANE+IUT
Confere com Original

Lindomar Carvalho Junior
Instrumentação Cirúrgica
COREN/PI 5325-TE

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Enriquez Virena</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>21/08/16</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	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	
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	<u>OXIGÊNIO</u> <u>2</u> <u>Centim</u> <u>3</u>					1. <u>Krio 2'</u> <u>Não</u> <u>rel</u>
LÍQUIDOS	<u>SO-UTO 500</u> <u>SANGUE 400</u> <u>OUTROS 300</u> <u>200</u> <u>100</u>					2. <u>Uso 00</u> 3. <u>M de pole</u>
TEMPERATURA T	<u>36</u> <u>240</u> <u>2</u> <u>200</u> <u>180</u> <u>160</u> <u>140</u> <u>120</u> <u>100</u> <u>80</u> <u>60</u> <u>40</u> <u>20</u> <u>10</u>					12: <u>1, 16</u>
P. ARTERIAL V O PULSO	<u>38</u> <u>200</u> <u>180</u> <u>160</u> <u>140</u> <u>120</u> <u>100</u> <u>80</u> <u>60</u> <u>40</u> <u>20</u> <u>10</u>					SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						2
RESPIRAÇÃO O						3
						4
						5
						6
						7
						8
						9
						10
						11
						12
						13
						14
						15
SÍMBOLOS					DURAÇÃO <u>60</u>	
TÉCNICAS <u>Alveolar torácica + sedação</u>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <u>Int. 2 lat. 2</u>					<u>Nr</u>	
CIRURGIÕES <u>R.</u>						
ANESTESISTAS <u>Dr. Tiago Santiago</u>						
PARTICULARIDADES						

PRESCRIÇÃO MED

MÉDICO ASISTENTE

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LETO	MÉDICO ASSISTENTE
EURÍPEDES PEREIRA DOS SANTOS		416310	50	Ortopédica	236	EXT. 1	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DATA/HORA							
CÓDIGO							
DI : 22/08/2016	FRAT DE MÃO E						
26/08/16							
1	Dieta oral livre						
2	Jelco salinizado						
3	Ketlin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
4	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 / 12hs						
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN						
8	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
9	Cuidados gerais e sinais vitais						

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 31 JAN 2019
 GENTE SEGURO S.A.
 Rua Cosmo de Resende, 485 Laje C
 Centro-Norte CEP: 64.092-170
 Fortaleza-PI

anlato hospitalar
 a critério médico



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE
Dr. Flávio

NOME DO PACIENTE

Evangelina dos Santos
PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO

416.530

CLÍNICA

Ortopédica

ENF. OU AP. LEITO

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

DATA/HORA
CÓDIGO

22/08/16

POI

1 Dieta oral livre após efeito anestésico

2 SG 5% 1000ml EV EM 24h

3 Keflin 1g + AD EV 6/6h

4 Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h

5 Tilatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h

6 Plasil 10 mg EV 8/8h SOS

7 Nubain 01 amp + AD EV 12/12hs SOS

8 CCGG + SSW

Ortopedista
Eduardo Maciel
CRM 3102

Nematoxina de Castro Neto
Assistente Social
0800-7121
Conferir com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS** (Prontuário: 416793)
Endereço: RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUI - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/05/1966 Idade: 50a:4m:19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 564409
Requisição: 668394 Solicitação: 22/08/2016 Solicitante: JESUS TORRES DE ARAUJO
Controle: 835844 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/08/2016

MAO

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

- Fraturas nas falanges proximais do 4º e 5º quirodáctilos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/09/2016

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Handwritten signature
Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70891
SAME-HUT
Conferir com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS** (Prontuário: 416793)
Endereço: RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUI - TIMON - MA CEP: 65630-020
Nascimento: 18/05/1966 Idade: 50a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 170755
Requisição: 668477 Solicitação: 22/08/2016 Solicitante: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO
Controle: 835931 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 236 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 22/08/2016

MAO

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

- Controle pós-redução de fratura-luxação na mão e punho com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/09/2016

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Eurípedes Pereira dos Santos

CARTÃO DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 889.472 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/03/09

NOME EURÍPEDES PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS
BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO

TIMON-MA 18/05/1966

DOC. ORDEM

CERT. CASAM. 32490 L 828 F 258V

EXP. TERESINA-PI 27/01/06

TERESINA-PI

372.982.593-34

LEI Nº 7.116 DE 28/06/03 - ERECTION Nº 25.250/03

SABEMI SEGURADORA S/A

12 JAN 2017

RECEBIDO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 889.472 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/03/09

NOME EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS
BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 18/05/1966

TIMON-MA
DOC. ORIGEM

CERT. CASAM. 32490 L 82B F 258V
EXP. TERESINA-PI 27/01/06

372.982.593-34

LEI Nº 7.116 DE 29/04/83 - DECRETO Nº 89.250/83

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS
ASSINATURA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosme de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0476263

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE, DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

31 JAN 2019

GENE SEGURADORA S.A.

Rua Conting de Rosende, 455 Lado C

Norte CEP: 64.002-470

TERESINA - PI



41000024

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

11801025729789 Nº 012999644215

DETRAN - MA

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 1025729789 2016

ROSIMEIRE DOS SANTOS

667.436.053-87 0XX0089

V. NOVO MA 9C2HB0210FR411252

PAS/MOTOCICLETA/ CONSUMÍVEL

HONDA/POP100 2014 2015

00002P/0097 CI BRANCA

1 29/03/16 1 0000000000

P 2000000000

V 3 0000000000

A 286,75 1,11 292,01 22/08/16

AF /ADM CONS NAC HONDA LTDA

TIMON-MA

23/08/2016

Leiliana Abdalla Brito

Donatona Geral - Detran / MA

MA Nº 012999644215 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 2016 DATA EMISSÃO 23/08/2016

01 667.436.053-87 0XX0089

1025729789 HONDA/POP100

2014 09 9C2HB0210FR411252

PRÊMIO TARIFÁRIO

129,04 14,34 143,38

4,15 1,11 292,01

22/08/16

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

0008268 04 001 01361

RECEBIDO

CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO: (3180420208)

Eu, Edmilson Ribeiro da Cunha Portadora do RG nº: 53.068.961-3 . Org. Expedidor: SSPSP . Data de Expedição: 12/NOV/2008.

Endereço: LOT. PROGRESSO II R-05 Nº: 1936 . Bairro: RENASCENÇA.

Cidade: TERESINA . Estado: PI . CEP: 64082-122 .

VENDO POR MEIO DESTA SOLICITAD A REABERTURA DO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO CONFORME O SINISTRO ACIMA, O QUAL HAVIA SIDO NEGADO, PELO MOTIVO DE NÃO TER SIDO RENDADO O TRATAMENTO. DIANTE DESTA RESOLUÇÃO, ANEXO JUNTO A ESTA, LAUDO CONCLUSIVO DO TRATAMENTO

SEM MAIS,

Atenciosamente desde já

Cidade: TERESINA / 08-OUT / 2018.

SABEMI SEGURADORA S/A

08 OUT 2018

RECEBIDO

to Edmilson Ribeiro da Cunha

ASS: VITIMA.



Secretaria Municipal Saúde/SUS
Avenida Paulo Ramos, 95- Centro



DECLARAÇÃO

Declaro que, **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS**, documento **RG: 889.472 e CPF: 372.982.593-34**, foi atendido pela Unidade Móvel Suporte Básico do SAMU - 192 de Timon- MA, no dia 22/08/2016 aproximadamente às 05:50, local: Rua 10 com rua 100, próximo a Ceasa. Paciente vítima de acidente de trânsito moto, apresentando lesão MSE com fratura exposta, segue estável consciente orientado. Hospital de Destino: Hospital Urgência Teresina - HUT.

Timon (MA), 24 de Novembro de 2016.


Teresinha do Menino Jesus Leal Nunes
Coord. Geral SAMU Timon-MA
CPF nº 41.702.944-1/39

Teresinha do Menino Jesus Leal Nunes
Coordenador Geral do SAMU



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190085342

Cidade: Timon

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do acidente: 22/08/2016

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fraturas expostas dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos esquerdos.

Descrição do exame físico: Ao exame físico, vítima apresenta limitação severa dos movimentos de flexo-extensão dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos esquerdos.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento cirúrgico com fios de Kirschner e limpeza mecano-cirúrgica. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 3º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	22,5%	R\$ 3.037,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Euripedes Pereira dos Santos
 RG: 889.472 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 10/03/08
 CPF: 372.982.593-34 ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Pedreiro
 ENDEREÇO: Rua Lucio Freitas Nº: 1275
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Centro
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64003-120 TELEFONE: (86) 99534-6565

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nello Roze Soares Marques
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/03/14
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Recuso
 ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro Nº: 544
 BAIRRO: Centro CIDADE: Teresina UF: PI CEP: 64000-235

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

: Euripedes Pereira dos Santos

Data do acidente de trânsito: 22/08/2016

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Cuiabá 29-01-19

*Euripedes Pereira dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036523/19

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 372.982.593-34

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/08/2016

Titular do CPF: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS : 372.982.593-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/01/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190085342**

Nome do(a) Examinado(a): **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Lucídio Freitas, 1275 - Matinha - Teresina - PI - CEP 64003-120

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **889472**

Data e local do acidente: [**22/08/2016**] **Timon -MA**

Data e local do exame: [**14/02/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fraturas expostas dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos esquerdos.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico, vítima apresenta limitação severa dos movimentos de flexo-extensão dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos esquerdos.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizou tratamento cirúrgico com fios de Kirschner e limpeza mecano-cirúrgica. Recebeu alta.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 3º quirodáctilo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

☐ "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

3º **quirodático esquerdo**

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

5º **quirodático esquerdo**

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

4º **quirodático esquerdo**

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Bergiel Barbosa Bezerra
MÉDICO
CRM 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180473725

Vitima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180473725**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13462419



Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085342

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

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



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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085342

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085342

Vítima: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 3.037,50

Recebedor: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000002442

Conta: 0000024317-6

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



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU EURÍPEDES PEREIRA DOS SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 889.472 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 10/03/09 E

CPF 372082593-34 /CNPJ 000000000-0000-00. PROFISSÃO RECEISSION - SC

E RENDA MENSAL DE R\$ RECEISSION - SC (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EURÍPEDES PEREIRA DOS SANTOS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com recebimento comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

SABEMI SEGURADORA S/A

12 JAN 2017

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2442 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24317-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Timon - MA, 05 de 12 de 2016

LOCAL E DATA

Eurípedes Pereira dos Santos

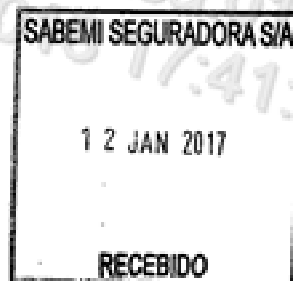
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32

ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32



ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32



ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32

ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32

ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32

ASL-0017744/17
naiana.sousa.0117
08/10/2018 17:41:32

Observações:

- Válido como certidão para fins de
- Este documento é gratuito.

GOVERNO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL

3 DELEGACIA DE POLÍCIA DE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 1059 / 2016



CÓDIGO DO REGISTRANTE: 508

DATA DO REGISTRO: 01/12/2016 13:27:50

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ADMINISTRATIVA

DATA DA OCORRÊNCIA: 22/8/2016 05:50:00

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA 10

COMPLEMENTO DO END:

BAIRRO: PARQUE SÃO FRANCISCO

CIDADE: TIMON

ESTADO: MA

COMUNICANTE

EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

EST. CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: TIMON

SEXO: MASCULINO

NASCIDO EM: 18/03/1922

RG/ÓRGÃO: -

NACIONAL:

FILIAÇÃO PAI: BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MÃE: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS

PROFISSÃO:

CEP:

ENDEREÇO: DR. JOÃO LULA

NÚMERO: 2136

COMPLEMENT

BAIRRO: PARQUE PIAUI II

CIDADE: TIMON

Estado: MA

TELEFONE(S):

VÍTIMA

EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

EST. CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: TIMON

SEXO: MASCULINO

NASCIDO EM: 18/03/1922

RG/ÓRGÃO: -

NACIONAL:

FILIAÇÃO PAI: BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MÃE: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS

PROFISSÃO:

CEP:

ENDEREÇO: DR. JOÃO LULA

NÚMERO: 2136

COMPLEMENT

BAIRRO: PARQUE PIAUI II

CIDADE: TIMON

Estado: MA

TELEFONE(S):

RELATO DA OCORRÊNCIA:

VEIO COMUNICAR QUE NO DIA 22/08/2016, TRAFEGAVA NA RUA 10, PARQUE SÃO FRANCISCO, TIMONMA, NA MOTO HONDA POP 100, ANO 2014/2015, DE COR BRANCA PLACA 0X40088 TIMONMA, DOCUMENTO EM NOME DE "ROSIMEIRE DOS SANTOS", QUANDO FOI ABAULADO POR OUTRO MOTOQUEIRO E MOTO NÃO IDENTIFICADO QUE DIANTE DO FATO CAIU SOFRENDO LESÃO EM TODO CORPO, ALÉM DE FRATURAS NAS FALANGES PROXIMAIS DO 4º E 5º QUIRODACTILOS DA MÃO ESQUERDA, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT DE TERESINAPI, CONFORME PRONTUÁRIO Nº 416783.

PROVIDÊNCIAS TOMADAS:

O DELEGADO TOMOU CONHECIMENTO DO FATO



EuriPedes Pereira
dos Santos

Comunicante

Escrivão

Registrante

Observações:

- Válido como certidão para fins de

1/12/2016 13:27:50



GOVERNO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
3 DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMON
BOLETIM DE Ocorrência N.º 1059 / 2016



CÓDIGO DO REGISTRANTE: 596 DATA DO REGISTRO: 01/12/2016 15:27:52
NATUREZA DA Ocorrência: ADMINISTRATIVA
DATA DA Ocorrência: 22/8/2016 05:50:00
LOCAL DA Ocorrência: RUA 10
COMPLEMENTO DO END.:
BAIRRO: PARQUE SÃO FRANCISCO CIDADE: TIMON
ESTADO: MA

COMUNICANTE
EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS
EST. CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE TIMON
NASCIDO EM: 18/5/1966 RG/ÓRGÃO -
FILIAÇÃO PAI: BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS
FILIAÇÃO MÃE: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS
PROFISSÃO:
ENDEREÇO: DR. JOÃO LULA
BAIRRO: PARQUE PIAUI II
TELEFONE(S):

SEXO: MASCULINO
NACIONAL:
CPF:

VÍTIMA
EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS
EST. CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE TIMON
NASCIDO EM: 18/5/1966 RG/ÓRGÃO -
FILIAÇÃO PAI: BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS
FILIAÇÃO MÃE: RAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS
PROFISSÃO:
ENDEREÇO: DR. JOÃO LULA
BAIRRO: PARQUE PIAUI II
TELEFONE(S):

SEXO: MASCULINO
NACIONAL:
CPF:

RELATO DA Ocorrência:
VEIO COMUNICAR QUE NO DIA 22/08/2016, TRAFEGAVA NA RUA 10, PARQUE SÃO FRANCISCO TIMON/MA, NA
MOTO HONDA/POP 100, ANO 2014/2015, DE COR BRANCA PLACA OXX-0089 TIMON/MA, DOCUMENTO EM NOME DE
"ROSIMEIRE DOS SANTOS", QUANDO FOI ABALROADO POR OUTRO MOTOQUEIRO E MOTO NÃO IDENTIFICADO
QUE DIANTE DO FATO CAIU SOFRENDO LESÃO EM TODO CORPO, ALEM DE FRATURAS NAS FALANGES
PROXIMAIS DO 4º E 5º QUIRODACTILOS DA MÃO ESQUERDA. O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO
PARA O HUT DE TERESINA/PI, CONFORME PRONTUARIO Nº 416793.

PROVIDÊNCIAS TOMADAS:
O DELEGADO TOMOU CONHECIMENTO DO FATO



Euripedes Pereira dos Santos
Comunicante

[Signature]
Escritório(a)

[Signature]
Registrante

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, EURÍPEDES PEREIRA DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 889.472 e inscrito no CPF/MF sob o nº 372.982.593-34, residente e domiciliado na R. DR. JOÃO LULA, N.º 2186 - PARQUE PAU, Cidade Timon, Estado MARANHÃO, 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:

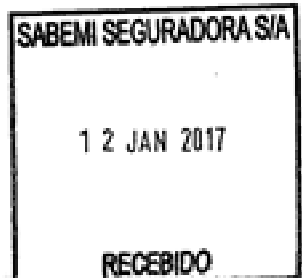
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Eurípedes Pereira dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Timon - MA 05.12.16

Local e data



Prefeitura de
Timon

SECRETARIA MUNICIPAL DE

SAÚDE/SUS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA



2

AMBULÂNCIA ACIONADA: 1513-03 em 21/08/16

NOME DO PACIENTE: BRUNO DA SILVA DOS SANTOS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua 10, esquina C, Uema

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 50 anos

SAÍDA DO P.A.: 05:39

CHEGADA AO LOCAL: 05:35

SAÍDA DO LOCAL: 05:38

CHEGADA AO HOSPITAL: 06:29

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO

☐ CHOQUE ELÉTRICO

☐ PSIQUIÁTRICO

☐ AGRESSÃO

☐ QUEDA

☐ ENTORPECENTES

☐ URGÊNCIA ADULTA

☐ JÁ REMOVIDO

☐ URGÊNCIA PEDIÁTRICA

☐ FALSO CHAMADO

☐ ENVENENAMENTO

☐ TRANSFERÊNCIA

☐ CRISE CONVULSIVA

☐ URGÊNCIA CARDÍACA E DIABÉTICA

☐ QUEIMADURAS

☐ URGÊNCIA OBSTETRÍCA

ATO DECLARATÓRIO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐

RESPONDE A COMANDO ☐

RESPONDE A DOR ☒

SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☒

DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☒

CONFUSA ☐

NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☒

FRACO ☐

AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐

MÍNIMO ☒

MODERADO ☐

INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL FC 118

PULSO SP2 99/72

RESPIRAÇÃO SP2 99/72

OBSERVAÇÕES: pt. vítima de acidente de trânsito
ambulatorial, lesão M.E.C. trauma exposto
na região lateral direita, dor

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

☐ ASPIRAÇÃO

☐ OXIGÊNIO

☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR

☒ CURATIVOS

☒ MOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

☐ PRANCHA LONGA

☐ PRANCHA CURTA

☐ KED

☐ COLAR CERVICAL

☐ ASSIST. OBSTETRÍCA

☐ OUTROS

12 JAN 2017

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

☐ MELHORADO

☐ PIORADO

☒ INALTERADO

☐ ÓBITO

☐ ANTES DO SOCORRO

☐ ANTES DO TRANSPORTE

☐ NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: U.U.F.

RESPONSÁVEL PELA REC. NO HOSPITAL

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

SABEMI SEGURADORA S/A
12 JAN 2017
RECEBIDO



Prefeitura de
Timon

SECRETARIA MUNICIPAL DE

SAÚDE/SUS



SAM
19

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: 1543-03 em 21/08/16

NOME DO PACIENTE: Burixada Deneria dos Santos

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua 10 Engenheiro C/ Uema

SEXO: M ☒ F ☐ IDADE: 50 anos

SAÍDA DO P.A.: 05:39

CHEGADA AO LOCAL: 05:30

SAÍDA DO LOCAL: 05:58

CHEGADA AO HOSPITAL: 06:24

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO

☐ CHOQUE ELÉTRICO

☐ PSIQUIÁTRICO

☐ AGRESSÃO

☐ QUEDA

☐ ENTORPECENTE

☐ URGÊNCIA ADULTA

☐ JÁ REMOVIDO

☐ URGÊNCIA PEDIÁTRICA

☐ FALSO CHAMADO

☐ ENVENENAMENTO

☐ TRANSFERÊNCIA

☐ CRISE CONVULSIVA

☐ URGÊNCIA CARDÍACA E DIABÉTICA

☐ QUEIMADURAS

☐ URGÊNCIA OBSTETRÍCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

PUPILA:

FALA:

ALERTA ☐

RESPONDE A COMANDO ☐

RESPONDE A DOR ☒

SEM RESPOSTA ☐

DEPARTAMENTOS DE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO
3-1 JAN 2019

IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐

NORMAL ☐
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

SANGRAMENTO:

SINAIS VITAIS:

FORTE ☒

AUSENTE ☐

PRESSÃO ARTERIAL

FRACO ☐

MÍNIMO ☒

PULSO fc 78

AUSENTE ☐

MODERADO ☐

RESPIRAÇÃO spo2 99%

INTENSO ☐

OBSERVAÇÕES: pt. vítima de acidente de carro
ambulância levou MSE, C/ fratura exp.
na mão direita, com ferimento

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

☐ ASPIRAÇÃO

☐ PRANCHA LONGA

☐ OUTROS

☐ OXIGÊNIO

☐ PRANCHA CURTA

☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR

☐ KED

☒ CURATIVOS

☐ COLAR CERVICAL

☒ MOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

☐ ASSIST. OBSTETRÍCIA

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

☐ MELHORADO

☐ ANTES DO SOCORRO

☐ PIORADO

☐ ANTES DO TRANSPORTE

☒ INALTERADO

☐ NO TRANSPORTE

☐ ÓBITO

HOSPITAL DE DESTINO: H.U.T.

RESPONSÁVEL PELA REC. NO HOSPITAL

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO



Secretaria Municipal Saúde/SUS
Avenida Paulo Ramos, 95- Centro



DECLARAÇÃO

Declaro que, **EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS**, documento **RG: 889.472 e CPF: 372.982.593-34**, foi atendido pela Unidade Móvel Suporte Básico do SAMU - 192 de Timon- MA, no dia 22/08/2016 aproximadamente às 05:50, local: Rua 10 com rua 100, próximo a Ceasa. Paciente vítima de acidente de trânsito moto, apresentando lesão MSE com fratura exposta, segue estável consciente orientado. Hospital de Destino: Hospital Urgência Teresina - HUT.

Timon (MA), 24 de Novembro de 2016.


Teresinha do Menino Jesus Leal Nunes
Coord. Geral SAMU Timon-MA
CPF nº 413892543-750

Teresinha do Menino Jesus Leal Nunes
Coordenador Geral do SAMU



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

COPIA FEITA EM

TERESINA, PI ____/____/____

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 22/08/2016 06:26:07

DADOS DO PACIENTE:

(User: ANTONIA TAISA)

(Estação: ACCR01)

Nome:	EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS		Prontuário:	416793
Mãe:	BAIMUNDA PEREIRA DOS SANTOS	Pai:	BENEDITO PEREIRA DOS SANTOS	
End. Resid.:	RUA DR JOAO LULA N 2886 - PARQUE PIAUI - TIMON - MA - CEP: 65630-020			
Nascimento:	18/05/1966	Idade:	50a:3m:4d	Sexo: Masculino Fone: 86-93212-2189
Responsável:	EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS		CNS:	709509619838770
Profissão:	PEDREIRO		Documento:	
G. Instrução:	Fundamental Incompleto		E.Civil:	Casado(a)
End. Local:	- - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Códigos:	564409	Data:	22/08/2016 06:20:49	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Síntoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Fratura exposta	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:	ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO E. FRATURA EXPOSTA EM 3 QUIRODACTILO.		Profissional Clas. Risco:
			ANTONIA TAISA DE CARVALHO COREN 273628 Em: 22/08/2016 06:26:07

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Art + Defenestração + fêmur Mão Esq			
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO Nemesio Martins da Castro Neto Móveis: 70291 SANEAMT Fotografar com Original bpm			
PA	mmHg	Pulso:	Temp.:
Diagnóstico Inicial:		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 482 Loja C Centro, Maceió - AL CEP: 57010-000	CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx Mão = (Ax/Ob)	
------------------	--

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Se Internação, indique o Procedimento e CID
		Procedimento CID

Euripedes Pereira
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Jesus Torres de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
(Médico de Trabalho)
Assinatura Profissional Médica
CRM-PI 577 EOI: 4689

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: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EURIPEDES PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02442

CONTA: 000000024317-6

Nr. da Autenticação CAB9A00DE2304FB4