

A SUA UTILIZAÇÃO:
INTERESSADO REPOR DIZER COPIAS NECESSARIAS
O HOSPITAL SO DE EDRIA COPIA DE PRONTUARIO UMA VEZ CABENDO AO
SERVICO DE ARQUIVO MEDICO E ESTATISTICO - SAME

DPVAT

13 JUN 2018

DE SEGUROS
PJC CORRETORA

NUMERO DO PRONTUARIO: 2305994

NAME DO PACIENTE: Adriano da Silva



*2018
2018*

BOLLETTIM DE ENTRADA - BE		DADOS DO PACIENTE:	
Nome: ANTONIO DE ARRUDA DOS REIS		Nome: LENE MARIA DE ARRUDA	
Mae: 230594	Pai: COMELI MARQUES DOS REIS	Mae: 19/12/1987	Pai: CLAUDIO RODRIGUES DOS REIS
End. Resid.: CEDARÁ 02 CRA 05 - LEONEL BARRIOSA - SANTO AM. GOIÁPI - TERESINA PI - CEP: 64000-010		End. Resid.: 19/12/1987 - RUA DIO. ORTOS TIEZ 1820 Redençao - Fone: 86 3229 6912	
Resid.: 990003921063244		Resid.: CNS: 990003921063244	
Responsável: TAYANA		Responsável: TAYANA	
End. Trabalho: Documento de Endereço		End. Trabalho: Documento de Endereço	
Gestão: E. G. V. 11		Gestão: E. G. V. 11	
Motivo da Procuração: ACIDENTE DE TRANSITO VITIMA EM MOTOCICLETA		Motivo da Procuração: ACIDENTE DE TRANSITO VITIMA EM MOTOCICLETA	
Acid. Trab.: Nao		Acid. Trab.: Nao	
Convenção: Nao		Convenção: Nao	
CID Secundário: V299		CID Secundário: V299	
Dados da Clasificacao de Risco:		Dados da Clasificacao de Risco:	
Sintoma: Breve História:		Sintoma: Breve História:	
Gedes: Evanito Prado Pele		Gedes: Doenças	
Ques: Dorsalgia		Ques: Otorrinos	
Ques: Laranja		Ques: Laranja	
Exames complementares: Breve História		Exames complementares: Breve História	
MAPILHERS STOERLIA SILVA		MAPILHERS STOERLIA SILVA	
NORON - 383564		NORON - 383564	
13 JUN 2018		13 JUN 2018	
DE SEGUROS		DE SEGUROS	
DE COOPERATIVA		DE COOPERATIVA	
Família: Família e Família		Família: Família e Família	
DADOS CLINICOS: (Hora:)		DADOS CLINICOS: (Hora:)	
MAPILHERS STOERLIA SILVA		MAPILHERS STOERLIA SILVA	
NORON - 383564		NORON - 383564	
13 JUN 2018		13 JUN 2018	
DE SEGUROS		DE SEGUROS	
DE COOPERATIVA		DE COOPERATIVA	
Família: Família e Família		Família: Família e Família	
DADOS DA EXAMES COMPLEMENTARES:		DADOS DA EXAMES COMPLEMENTARES:	
CONDUITA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:		CONDUITA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	
Data: / /		Data: / /	
ID:		ID:	
Pacientes:		Pacientes:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
CEP:		CEP:	
DDD:		DDD:	
Telefone:		Telefone:	
Email:		Email:	
Relação:		Relação:	
Nome:		Nome:	
Sexo:		Sexo:	
Idade:		Idade:	
Profissão:		Profissão:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF: </td			

RUA: DOUTOR OTTO LITO N° 1820 Bairro REDENGÃO
CEP: 64017-770 TERESINA - PIAUÍ
TEL: (86) 3229-4872

810Z-N00 6-1

OBS: REGISTRAR PROCEDIMENTOS EM QUE SE JAMA UTILIZADOS MATERIAIS DE CONSUMO C/ OU S/ ANESTÉSIA
PELAGAO DE ALGUNS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DEVE SER REGISTRADOS OU-N-
BOLETIM DE PROCEDIMENTOS DE REGISTRAÇÃO DE BOLETIM DO CC.

MATERIAL DE CONSUMO						
DISCRIMINACAO	QUANT	DISCRIMINACAO	QUANT	DISCRIMINACAO	QUANT	MATERIAL DE CONSUMO
AGULHAS 13X4.5	UND	SERINGA 15 CC	UND	SERINGA 20 CC	UND	AGULHAS 25X8
AGULHAS 25X7	UND	SERINGA 20 CC	UND	SONDAS VESICAL 14	UND	AGULHAS 40X12
AGULHAS 40X12	UND	SONDAS URETRAL 14	UND	SONDAS NASOENTERAL 14	UND	GASES
GASES	UND	SNG N.	UND	SNG N.	UND	ATADURAS
ATADURAS	UND	LIGOCALIA SILVADO	UND	LIGOCALIA SILVADO	UND	ESPARADRAPO
ESPARADRAPO	UND	ECUPTO GOTAS	UND	ECUPTO GOTAS	UND	SCALCO N°
SCALCO N°	UND	FORMOL	UND	CATGUT SIMPLIS/CAGULHA	UND	LUVAS N. 7,5
LUVAS N. 7,5	UND	CATGUT CHROMATO/CAGULHA	UND	CATGUT CHROMATO/CAGULHA	UND	LUVAS DE PROCEDIMENTO
LUVAS DE PROCEDIMENTO	UND	MONOFILON	UND	VICRYL	UND	LAMINA BISTURI N.
LAMINA BISTURI N.	UND	PROLENE	30	PROLENE	UND	ALCOOL 70%

ASSINATURA DE CARIMBO AUTÔMICO - ASSINATURA DE CARIMBO AUTÔMICO

BOLETIM PARA REGISTRO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL - HUT	
NOME PACIENTE: AUTONIO DE ALMEIDA 209 R/ES	
DIAGNOSTICO:	
CODIGO PROCEDIMENTO:	
TIPO DE ANESTESIA LOCAL () XILOCAINA C/VASO () XILOCAINA S/VASO () OUTROS(), OUT	
DESCRICAO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL MEDICO/ENFERMAGEM	
ATENDIMENTO:	
ASSINATURA/CARIMBO DO MEDICO/ENF:	



Carlos Augusto Moura

DPVAT

13 JAN 2018

DE SEGURROS
CORRETORA

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

TERESINA - PI 06/02/2018

(RAMON SILVA)

- Fratura recente alinhada no Plato tibial fixado com d士is parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

O estudo radiológico do joelho requerido foi realizado na incidências em pa/pextil.
Os seguintes aspectos observados:

JOELHO ESGUERDO

Paciente:	ANTONIO DE ARRUDA DOS REIS (Prontuário: 230594)	Data Exame:	25/12/2017
Endereço:	QUADRADO 01 CASA 05 - LEONEL BRIZOLLA - SANTA MARIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010		Cod SIA: 0204060125
Nascimento:	19/12/1987 (idade: 30 anos)	Sexo: Masculino	Orgão: INTERNAGAO
Registre:	801320 (selicagem: 25/12/2017)	Solicitante: JAMESON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	Aleitamento: 204650
Controle:	993196 (convenio: S U S)	CLINICA ORTOPEDICA - PI	LNF/ERMARIA 237 (E110 255)

RELATÓRIO:

LAUDO MEDICO

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Octavio 1320 - Edifício - Bloco B - 64217-000
CEP: 64017-010 CNPJ: 05.1522.917/0003-00





NOME DO PACIENTE: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS / PRONTUÁRIO: 230594 / IDADE: 30 / CLÍNICA: Ortopédica / 237 / ENF. OU AP: 255 / LETTO: 237 / MÉDICO ASSISTENTE:

PRESCRIÇÃO MÉDICA / HORÁRIOS / OBSERVAÇÕES

DATA/HORA: 25/12/17 / CÓDIGO: FRAT TIBIA E

25/12/17

1 Dieta oral livre

2 Jejico salinizado

3 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs

~~16 24 6~~

~~24~~

~~6~~

4 Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs

~~16 24~~

~~6~~

5 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs

6 Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N

7 Cuidados gerais e sinais vitais

Dr. Geralmino Cunha Antunes / Dr. Yunilhoce Felix / Dr. Silviano S. Vilela / Dr. Pequeno H. L. P. Almeida Faria
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRM28157-PEPTI 029 / CRM-PI2308 / CRM-PI2305 / CRM-PI307

NAME: MARCELO COELHO
CRM: 0133
DR. GOMIDES
Anestesiologista

HORARIO
ALTA SRPA

RADIO-X REALIZADO
DATA 25/12/2017
TÉCNICO:

19.30h Pausa de exames uterino

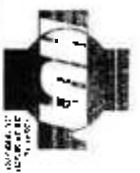
CONG 31222
Exame de rotina

16.25h Vérificou-se SVA em rotina. Verificações de náuseas, convulsões, vômitos, febre, dor, etc.

EVOULGADO DE ENFERMAGEM:

ns	ns	ml	ns	ml	ns	ml	ns	ml	ns	ml	ns	ml
1 SONDA VESICAL	1 DRENOD SUGCAO	1 DRENOD TORACICO	1 DREVE	1 COLOSTOMIA	1 SONDA NASOEND							

INDICE DE ALDRETE KROBLIK												
ADMISSAO												
Morfologia dos quadros membros												
Morfometria dos membros												
ATIVIDADE MUSCULAR												
RESPIRACAO												
CIRCULACAO												
CONSCIECIA												
SATURACAO O2												
ESCALA ADMISSAO DE DOR												
APRESENTA SINTOMAS												
EVOLUGADO DE ENFERMAGEM:												
19.30h Pausa de exames uterino												



JUNDIÁPOLIS - MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA

三

DESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirurgico

Nome do Paciente

10

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
FUNDAGAO MUNICIPAL DE SAUDE SERVIGO DE ANATOMIA PATOLOGICA

FUNDAGAO MUNICIPAL DE SAUDE
E URGENCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVICO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Nome do Paciente: Laura de Alencar dos Reis **Diagnóstico pre-operatório:** lacto-funcional

Cirurgião	CRM-PI	Assistente	Assistente	Assistente	Assistente	Instrumentado	Anestesiado
DR JOSÉ MARCELO ALVES MACHADO	CRM-PI 1894	Assistente	Assistente	Assistente	Assistente	Instrumentado	Anestesiado

67-95-13-9013	Diagnóstico Pos-operatório	Marcos	Foto

Acidente Durante a Operação

PRESCRIÇÃO MÉDICA

 HOSPITAL
MUNICIPAL
DE ESPERANÇA
DE TERESINA

NOME PACIENTE	Ana Maria de Menezes		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CÍNICA	ENU ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES			A.FRGAS			234	355
MÉDICO ASSISTENTE/Especialista			HORÁRIO	OBR. TO	OBSERVAÇÕES		
DATA:	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA:	Visto Nutricionista Edilane Negreiros	10:40	Pt. admitido no PI. Concorrência, queimaduras, febre e sudorese. Nega alergia medicamentos. Eamne: Trajano Torres Enfermeira: Edilane COREN-PI: 458.055		
<p>1 - Dieta Geral</p> <p>2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h</p> <p>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h</p> <p>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</p> <p>6 - Plasili 01 amp + ADEV 8/8h</p> <p>7 - CCGG + SSVV</p> <p>Dr. Júnior Dr. Emerson M. L. Ferreira Grau de gravidez: 1º trimestre Data: 18/06/2018</p> <p>Dr. José Vitor Grau de gravidez: 1º trimestre Data: 18/06/2018</p> <p>Enfermeira COREN: 3604335</p> <p>DPVAT</p>							

 CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUN 2018

MÉDICO CRM:



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

310182010001 Despachador

TERESINA - PI 06/02/2018

GIRANI SILVA

- Fratura recente alinhada no plato tibial fixada com dots parafinais metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

O estudo radiológico do joelho esguiro foi realizado nas incidências em pa/pefil, as seguintes aspectos observados:

JOELHO ESGUIRO

Cad. SIA: 0204060125 Data Exame: 25/12/2017

RELATÓRIO:

Comitê:	993196	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - PI	ENFERMAGRA 237	LATO 255
Requisição:	801320	Solicitação: 25M2/2017	Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR		
Nascimento:	19/12/1987	Idade: 30Anos	Sexo: Masculino	Diagnóstico: INTERNAÇÃO	Avenida: 204660
Endereço:	QUADRADO 01 CASA 05 - LEONEL BRIZOLLA - SANTA MA. CODIPÍ - TERESINA - PI CEP: 64000-010				

Paciente: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (Fronteiro: 230594)

LAUDO MEDICO

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
Bua DE, Ofício Tira 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5455
TERESINA-PI CEP: 64017-070 CNPJ: 05.622.917/0022-02





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/12/2017

NOME DO PACIENTE: Antônio de Araújo dos Reis PRONTUÁRIO Nº: 230594

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA:

ANESTESIA: Raque

Nº DA SALA: 09

CIRURGIÃO:

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIATA: Dra. Eléia

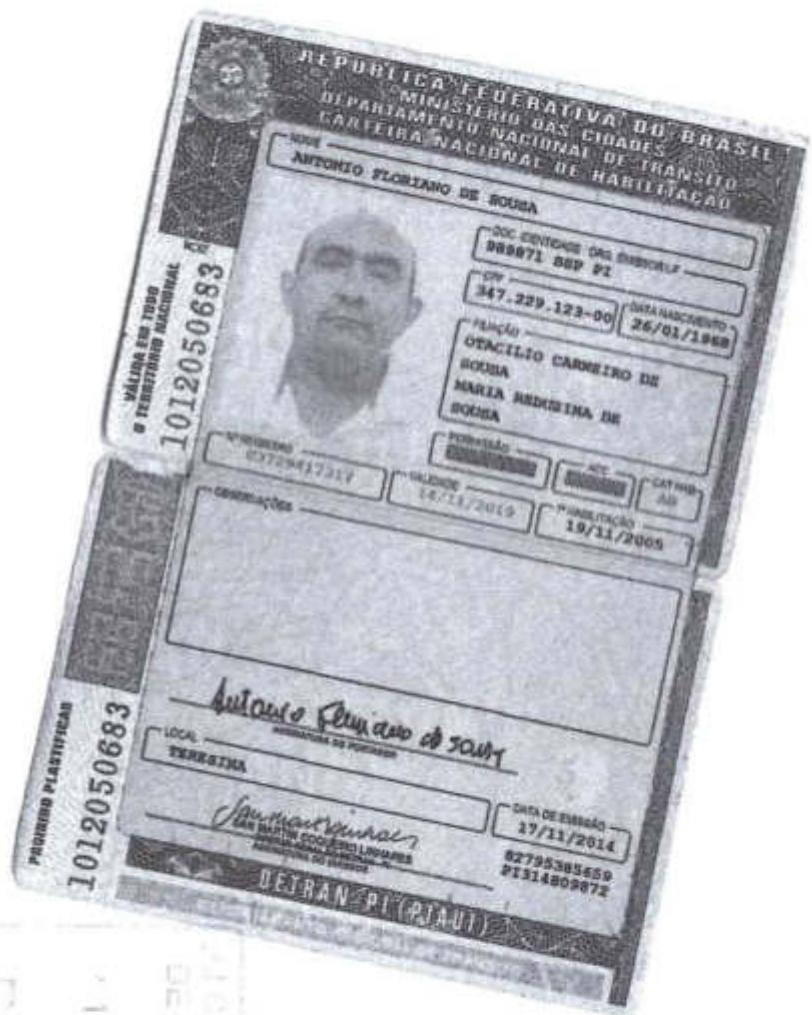
CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Edoardo Oliveira

CPF Nº:

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	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA 7	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	01	
GASES 50	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		Esponja	UNID	09	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Dr. Jamerson M. de S. Júnior Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
ALCOFIL				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
MONONYLON nº 20	UND	01		<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
FITA UMBILICAL				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
VICRYL				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
PROLENE				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			
				<i>Ortopedista / Traumatologista CRM-PI 3081 CRM-PI 704 / REUS 104</i>			



DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI 9020170104261 N° 013029012181
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA. 1 256607630 CÓD. REVENIA PLACA. 2017 EXPEDIDOR

ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS NOME

PLACA ANT. UF. NNI-4200 EMBLEMA, TIPO

CHASSI 9C2JC4110AR706586 PLACA

CÓDIGO / CNPJ 03442538300 CHASSI

CÓDIGO / CNPJ 03442538300 PLACA

CÓDIGO / CNPJ 03442538300 CHASSI

CÓDIGO / CNPJ 03442538300 PLACA

CÓDIGO / CNPJ 03442538300 CHASSI

CÓDIGO / CNPJ 03442538300 PLACA

CÓDIGO / CNPJ 03442538300 CHASSI

CÓDIGO / CNPJ 03442538300 PLACA

CÓDIGO / CNPJ 03442538300 CHASSI

ARAO MARTINS DO RIO DO OGO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

REVISÃO

EXCE

CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OH POR SUA CARGA A PESSOAS OU MATERIAIS OU NAO SEGURO DPVAT

PI Nº 013029012181 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

ESTADO DO PIAUÍ

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DIREITAMENTE NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NAME: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS

DOC. EXISTENCIAS/ORG. DIRECIONAL
2735988-2EP PI

CPF: 034.425.383-00 **DATA NASCIMENTO:** 19/12/1987

FEIÇÃO:
CONSEL MARQUES DOS
REIS
EMERG MARIA DE ARAUJO

PERMISSÃO: **AC:** **CAT. PARA:** **AB**

PRÉSTIMO: 05337294633 **VENCIMENTO:** 19/06/2018 **PRIMUTAÇÃO:** 25/11/2013

DESCRIÇÃO:

Antonio de Araujo dos Reis
SERVIDOR DO PIAUÍ

LOCAL: **TERENINA** **DATA DE EMISSÃO:** **26/11/2014**

José Martin Coimbra Lopes
SEU MARTIN COIMBRA LOPES

DETAN PI (PIAUÍ)

1012083573

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS.

EXCELENTÍSSIMA
CORTE
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falta 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 Antônio Flávio de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 347.229-123-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio de Alencar dos Reis inscrito (a) no CPF sob o Nº 034-4265-383-00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Antônio de Alencar dos Reis, inscrito (a) no CPF sob o Nº034-4265-383-00, 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 Lider-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		Número	Complemento
<u>R Travessia Retosa QU 62</u>	<u>0054</u>	<u>23</u>	<u>0054</u>
<u>Parque Brasil II</u>	<u>TOLEDO</u>	<u>PR</u>	<u>64012-095</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)	
			<u>80.99498-2780</u>

Flávio de Souza de julho de 2018

Local e Data

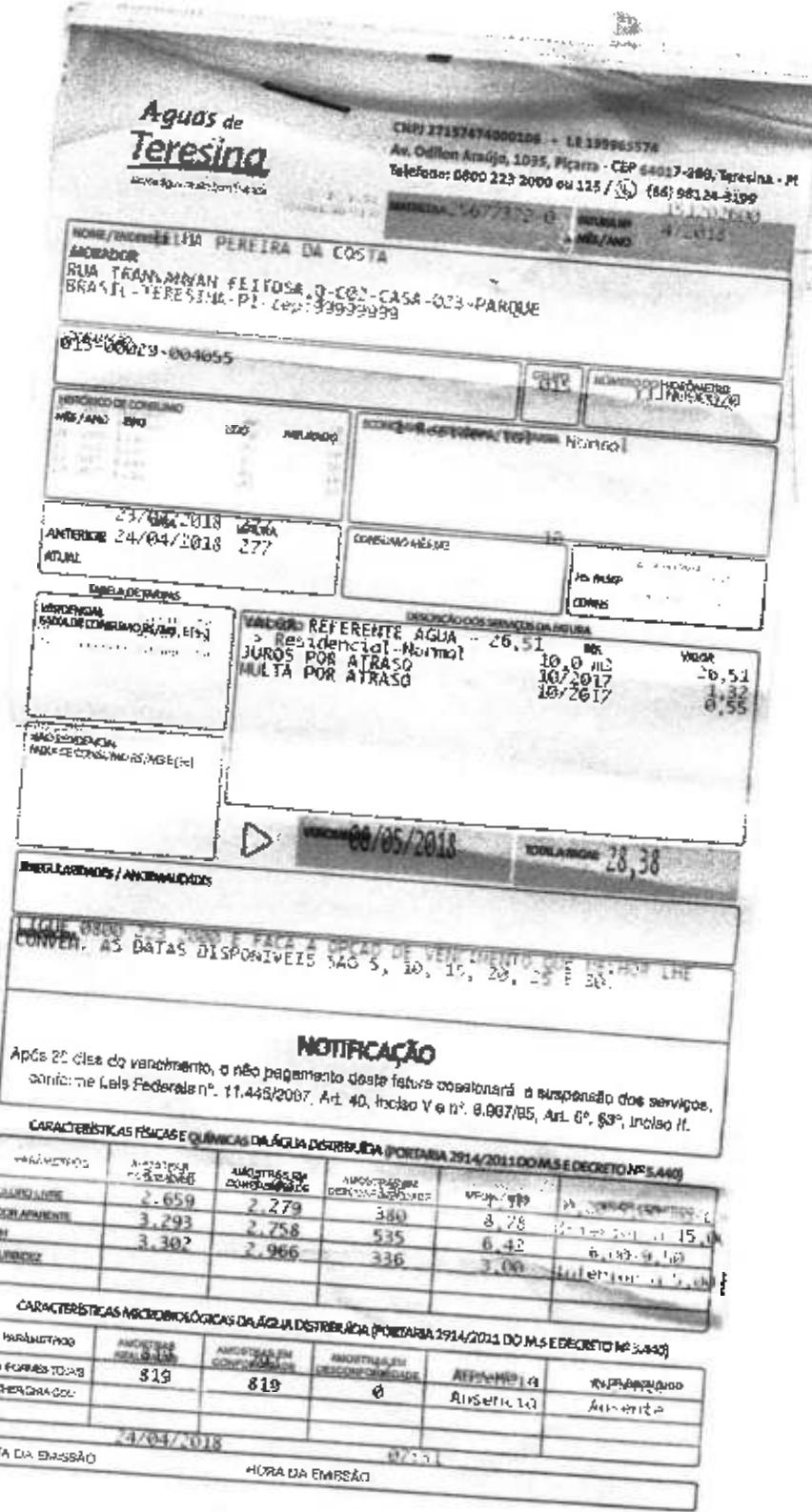
COLEGIO
DE SEGUROS

13 JUN 2018

Antônio Flávio de Souza

Assinatura do Declarante

DPVAT





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 167-2	02 Data do chamado 13/12/17	03 PRO (código) 291014442	04 Saída do PA	05 Chegada ao local 1457	
Lugar da Ocorrência	06 Saída do local 1503	07 Chegada ao 1º hospital 15-03	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço AV. Presidente Vargas 5100	11 Bairro Anoposito	12 Distrito-UF Teresina-PI	13 Ponto de referência Residencial - 11		
	14 Nome Antônio de Araújo dos Reis	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	16 Idade 19/12/81	17 Se a idade ignorada, preencha com 999	18 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não <input checked="" type="checkbox"/> 3-Ignorado <input type="checkbox"/>	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espancamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica	06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Queimadura 10-Choque elétrico	11-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares	16-Outros 17-Já removido 18-Falso chamado	01	
Acidente de Transporte	19 Vítima 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 9-Ignorado	20 Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida 5-Ônibus/Micro-ônibus 6-Outro 7-Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>		
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 1-Espontânea 2-À voz 3-À dor 4-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 106 Resp. PA 100/90 TAX. SatO2 100	25 Local da lesão	
Assistência	26 Pupilas 1-Iguais <input type="checkbox"/> 2-Desiguais <input checked="" type="checkbox"/>	27 P脉搏 Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	28 Dor 40 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10		
Hospital de Destino	30 Sangramento 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input checked="" type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input checked="" type="checkbox"/>	32 Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	33 Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input checked="" type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	
Observações/Interdisciplinar	<p><i>Colisão entre carro e motociclista, acidente apresentando suspeita de gravatação em jardineiro.</i></p>					35 CORRETOR DE SEGUROS DPVAT Não Removido
	Socorristas Médico AE/TE Responsável pela recepção		Eletrometro Condutor	Ferido		

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antônio de Alencar dos Reis

CPF da Vítima

034.425.183-00

Data do Acidente

13.12.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante legal

CPF do Representante legal

034.425.183-00

Email

Telefone (DDD)

86.99498-2980

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:

Assinaria uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DPVAT
DE SEGUROS

13 JUN 2018

Presidente, 12 de junho de 2018
Local e Data

DPVAT

Antônio de Aniceto dos Reis

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.001876/2018-79

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 11/06/2018 - 14:41

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

13/12/2017 - 14:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

AEROPORTO

Endereço

AV. CENTENÁRIO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PORTELLA RESTAURANTE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (30 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2751988 SSP PI

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

Endereço: RUA BONINA QD 01 CASA 05, Nº:

Bairro: LEONEL BRIZOLA

Cidade: TERESINA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUN 2018

Nome: MARIA EVANILDA DOS REIS SANTOS (54 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA

RG: 1299109 SSP PI

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

Endereço: RUA 10 Nº 1836

Bairro: MONTE ALEGRE

Cidade: TERESINA

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, COR AZUL, PLACA NNI-4200-PI, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS, QUANDO COLIDIU COM A TRASEIRA DE UM AUTOMÓVEL QUE PAROU BRUSCAMENTE NA FAIXA DE PEDESTRES; QUE, NESTA MOTO ENCONTRAVA-SE A PASSAGEIRA MARIA EVANILDA DOS REIS SANTOS, QUE TAMBÉM FOI VÍTIMA DE LESÃO CORPORAL; QUE, CONDUTOR E PASSAGEIRA FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU E LEVADOS AO HLT (PRONTUÁRIOS 230594 E 177757, RESPECTIVAMENTE). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Antônio de Araújo dos Reis
ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (30 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de Indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de Indenização/reembolso.

Obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário **até 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário **entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sínistro ou ASL

CPF da Titular

034-425-383-00

Nome completo de titular

Antônio de Araújo dos Reis

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Antônio de Araújo dos Reis	CPF/titular da conta	034-425-383-00	Profissão	funcionário
Endereço	12 BONITA	Número	2620	Complemento	centro
Belízio	Leticia Bonisola	Cidade	Ferninha	Estado	Pi
Email				CEP	64012-020
				Telefone (DDD)	86.9448-2980

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 7.000,00	

CONTA POUPIANÇA (Consente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

BRADESCO (297) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

MÉDIA
MENSAL
Nº:
0026 DV: **00045582** DV: **9**
(Inserir dígito se existir) (Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCOS
Nº:
00

MÉDIA
MENSAL
Nº:
00 DV: **00** DV: **00** DV: **00**
(Inserir dígito se existir) (Inserir dígito se existir) (Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor Indenizado.

Ferninha, 12 de Junho de 2018

Local e Data

**CORRETORA
DE SEGUROS**

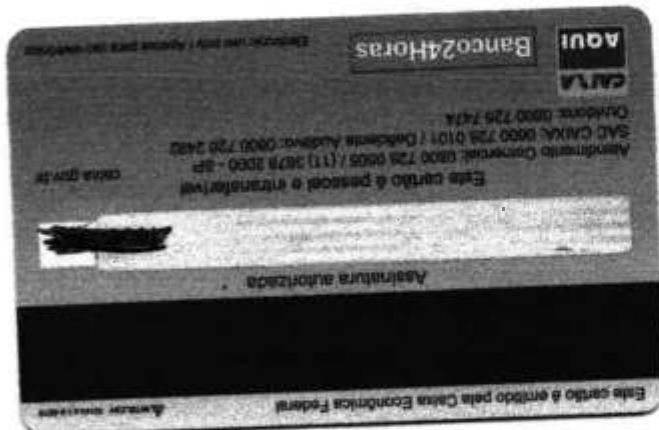
19 JUN 2018

x Antonio de Araújo dos Reis

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS**

Nº Sinistro: **3180269869**

Vitima: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS**

Data do Acidente: **13/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180269869**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **13/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS

Nº Sinistro: 3180269869

Vitima: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS

Data do Acidente: 13/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180269869.**

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





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0227204 ou 0800 022120 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL,* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítimas entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima Interditada como curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Antônio de Araújo dos Reis	CPF da Vítima 034.425.383-00	Data do Acidente 13.12.17
--	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal Antônio de Araújo dos Reis	CPF do Representante legal 034.425.383-00
E-mail 	Telefone (DDD) 86.99498-2980

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:

Assinando uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realize perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

FUNDAÇÃO
DE SEGUROS

26 JUL 2018

Antônio de Araújo dos Reis

Local e Data

DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.001876/2018-79

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 11/06/2018 - 14:41

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. CENTENÁRIO, Nº:

Complemento

Bairro

AEROPORTO

Ponto de Referência

PORTELLA RESTAURANTE

Data/Hora

13/12/2017 - 14:30

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (30 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2756988 SSP PI

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

Endereço: RUA BONINA QD 01 CASA 05, N°

Bairro: LEONEL BRIZOLA

Cidade: TERESINA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

Nome: MARIA EVANILDA DOS REIS SANTOS (54 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA

RG: 1299109 SSP PI

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

Endereço: RUA 10, Nº 1806

Bairro: MONTE ALEGRE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG 125 FAN KS COR AZUL, PLACA NNI-4200-PI, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS, QUANDO COLIDIU COM A TRASEIRA DE UM AUTOMÓVEL QUE PAROU BRUSCAMENTE NA FAIXA DE PEDESTRES; QUE, NESTA MOTO ENCONTRAVA-SE A PASSAGEIRA MARIA EVANILDA DOS REIS SANTOS, QUE TAMBÉM FOI VÍTIMA DE LESÃO CORPORAL; QUE, CONDUTOR E PASSAGEIRA FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU E LEVADOS AO HUT (PRONTUÁRIOS 230594 E 177757, RESPECTIVAMENTE). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Antonio de Araujo dos Reis
ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (30 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

DRIVE
DE SEGURANÇA

26 JUL 2018

Delegado de Polícia

DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 a 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número de Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

034.425.383-00

Nome completo da vítima

Antônio de Araújo dos Reis

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antônio de Araújo dos Reis	CPF titular da conta 034.425.387-00	Profissão Revisor
Endereço Rua BOA HORA	Número 9620	Complemento Casa
Bairro JARDIM BHISOLA	Cidade Teresópolis	Estado RJ
Email	CEP 64012-020	Telefone (DDD) 86.99498-2980

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
Nº:

0029
(Informar dígito se existir)

DV

CONTA
Nº:

00045987 9
(Informar dígito se existir)

DV

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ RRA

AGÊNCIA
Nº:

_____ DV

CONTA
Nº:

_____ DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DE SECURIS

26 JUL 2018

Teresópolis, 19 de Julho de 2018

26 JUL 2018

Local e Data

DPVAT

Antônio de Araújo dos Reis

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DPVAT

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0375948/18

Vítima: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS

CPF: 034.425.383-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/12/2017

Titular do CPF: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00

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

ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS : 034.425.383-00

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: 16/10/2018
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA
CPF: 347.229.123-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: <i>Antônio de Araújo dos Reis</i>			
Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Praticante</i>	
RG: <i>27.559.88</i>	Org. emissor <i>SSP-PI</i>	D. Expedição <i>05/10/2007</i>	CPF: <i>036.425.383-02</i>
Endereço: <i>Rua Bonita 01 casa 05</i>		Nº <i>05</i>	Bairro: <i>LEONEL BRIZOLLA</i>
Cidade: <i>Teresina</i>		Estado: <i>PI</i>	CEP: <i>64000-4020</i>

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: **ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: CASADO	Profissão: AUTONOMO	
RG: 989-871	Org. emissor SSP-PI	D. Expedição 05/10/2009	CPF: 347.229.123-00
Endereço: RUA TRANVAN VAN FEITOSA Q-C2		Nº 23	Bairro: PARQUE BRASIL
Cidade: TERESINA		Estado: PIAUI	CEP: 64.012-095

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, HOSPITAL DE URGENCIAS DE TERESINA HUT, HGV , HPM . podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima *Antônio de Araújo dos Reis*

Acidente ocorrido em: 13/12/2017.

Local / data: Teresina 11/06/2018

UNIGRAN

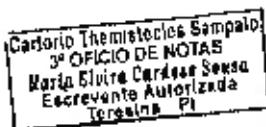
**LIDER CORRETORA
DE SEGUROS**

13 JUN 2018

DPVAT

Antônio de Araújo dos Reis

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



CARÓLIO THEMISTOCLES SAMPAIO 3º OFÍCIO DE NOTAS MARIA ELVIRA CARDOSO SOUZA ESCREVENTE AUTORIZADA TERESINA - PI	TERESINA CARÓLIO 3º OFÍCIO DE NOTAS TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE BARBOSA PEREIRA RUA LUIZANDRO NOGUEIRA, 1030 CENTRO - CEP: 64000-000 Fone: (086) 3221-1898 - E-mail: anatalia@carolio.com.br	Selo de Fiscalização e Autenticidade Poder Judicante - Estado do Piauí Ata de Notas, Registro e Judicialização RECONHECIMENTO DE FIRMA N° ABE-98531
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS. DOU FE. EM TEST. <i>Soz</i> DA VERDADE. TERESINA-PI, 11/06/2018. Emol.: R\$ 3,71 TJ: R\$ 0,74 Selos: R\$ 0,25 Total: R\$ 4,70 Selo: ABE-98531 (FotoPF644) <i>Maria Elvira Cardoso Sousa - Escrevente Autorizada</i>		
<input type="checkbox"/> Tabelião <input checked="" type="checkbox"/> Escrevente Autorizado		

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI 9020170104261 N° 013029012181
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA. 1 256607630 CÓD. REVENIA PLACA. 2017 EXPEDIDOR

ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS

NOME

PLACA ANT. UF. NNI-4200 EMBLEMA, TIPO

CHASSI 9C2JG4110AR706586 PLACA

CÓDIGO / CNPJ 03442538300

CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OH POR SUA CARGA A PESSOAS OU MATERIAIS OU NAO SEGURO DPVAT

PI N° 013029012181 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

No CHASSI

DATA EMISSÃO

2017

PLACA

NNI-4200

MARCA / MODELO

HONDA/CB 125 FAN KS

ANO FAB.

2010

ANO MOD.

2010

VENC / DOTAS

1º IPVA

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90,31

CUSTO DO SEU SEGURO (R\$)

185,50

PAGAMENTO

28/09/2017

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHP 06364600001-04

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTRAN

TERESINA

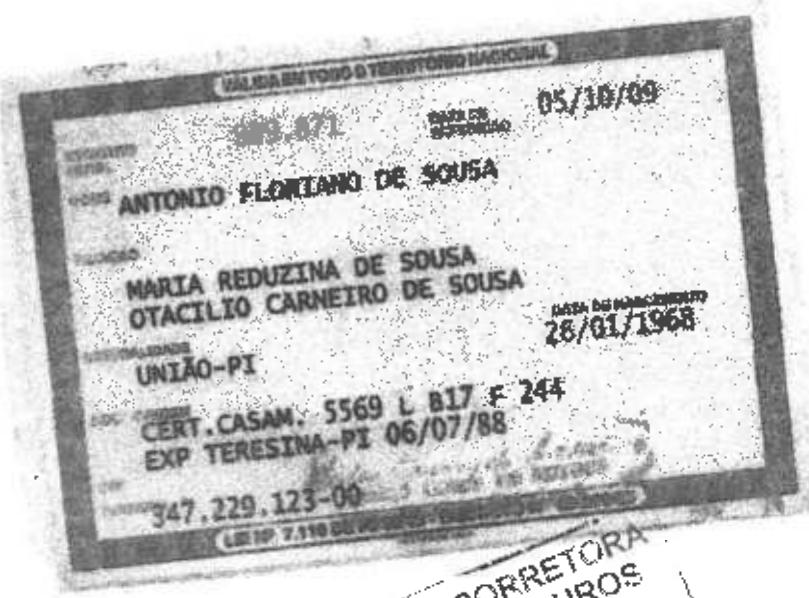
LOGO

2/10/2017

ARAO MARTINS DO REGO LOBO

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

REVISOR



PJ CORRETORA
DE SEGUROS
16/07/2018
DPVAT



2 extratos
OK

NOME DO PACIENTE: Antônio de Araújo dos Reis

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 230594

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

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



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS		Prontuário: 230594
Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO	Pai: COSMEI MARQUES DOS REIS	
End. Resid.: QUADRA 01 CASA 05 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. COEPI - TERESINA PI - CRP: 64000-010		
Nascimento: 19/12/1987	Idade: 29a:11m:24d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9563-4423
Responsável: LAYANA	CNS: 898003027063244	
Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO	Documento: RG: 21155986 - SSE PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 641303	Data: 13/12/2017 15:29:12	Condução: AMBULÂNCIA SEMI
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA IMOTOC		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Nao	Acid. Trajeto: Nao	Acid. Trab. Tipico: Nao
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Dor intensa	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Laranja
Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA EM USO DE CAPACETE. EVOLUI COM DOR FM ACABO E.		Professional Clas. Risco: MAPIMENTE SIQUEIRA SILVA COREN - 383564 EM: 13/12/2017 15:35:09	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Fracasso perito e ferido
 Lote / expira
 Fracasso perito
 Falso CT

13 JUN 2018

DPVAT

PA _____ X mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: Fracasso de perito / luxado em lesão óssea em articulação em leucorréia sempre falso senador Paciente Alérgico à urticas

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se internação, indique o Procedimento e CID		
-------------------------------------	---	--	--

DATA: / / .	HORA: : .	Procedimento	CID
--------------------	------------------	---------------------	------------

Layana dos Reis Santos

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Caio Vaz de O. Neto
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PI 3.054
 Conselho Regional de Medicina do Piauí



BOLETIM PARA REGISTRO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL - HUT

NOME PACIENTE:	ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS	NUMERO BE:	230594
DIAGNOSTICO:			
CÓDIGO PROCEDIMENTO:		INICIO:	H
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL () XILOCAINA C/ VASO () XILOCAINA S/ VASO ()		TERMINO:	H
OUUTROS(), QUAL:			
DESCRICAÇÃO DFE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL MÉDICO/ENFERMAGEM			
ARTROCRANIESE			
ASSINATURA/CARIMBO DO MÉDICO/ENF:		ASSINATURA/CARIMBO AUXILIAR:	

MATERIAL DE CONSUMO					
DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNID	QUANT
AGULHAS 13X4,5	UNID.	01	SERINGA 5 CC	UNID.	01
AGULHAS 25X7 18	UNID.	01	SERINGA 20 CC	UNID.	01
AGULHAS 25X8	UNID.		SONDA VESICAL N°	UNID.	
AGULHAS 40X12	UNID.		SONDA URETRAL N°	UNID.	
GASES	UNID.	01	SNG N°	UNID.	
COMPRESSAS	UNID.		SONDA NASOENTERAL N°	UNID.	
ATADURAS	UNID.		XILOCAINA S/ VASO	UNID.	
ESPARADRAPO	CM				
EQUIPO GOTAS	UNID.				
JELCO N°	UNID.				
SCALP N°	UNID.		FIOS		
SORO FISIOLÓGICO ML	FR		CATGUT SIMPLES C/ AGULHA	UNID.	
FORMOL	ML		CATGUT SIMPLES S/ AGULHA	UNID.	
LUVAS N° 7,5	UNID.	02	CATGUT CROMADO C/ AGULHA	UNID.	
LUVAS DE PROCEDIMENTO	UNID.		CATGUT CROMADO S/ AGULHA	UNID.	
LAMINA BISTURI N°	UNID.		MONONYLON	UNID.	
ALCOOL 70%	ML		VICRYL	UNID.	
PVPI BEGERMANTE Tópico	ML	30	PROLENE	UNID.	

OBS. REGISTRAR PROCEDIMENTOS EM QUE SEJAM UTILIZADOS MATERIAL DE CONSUMO C/ OU S/ ANESTESIA
DE RELAÇÃO DE ALGUNS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS QUE DEVEM SER REGISTRADOS OU NO
BOLETIM DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL OU BOLETIM DO CC.

CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUN-2018

RUA: DOUTOR OTTO TITO N° 1820 BAIRRO REDENÇÃO
TEL (86)3229-4872 CEP: 64017-770 TERESINA - PIAUÍ

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Octo Tito 1920 - Bedanção - Fone: 86 3218 5465
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS** (Prontuário: 230594)

Endereço: QUADRA 01 CASA 05 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP. 64000-010

Nascimento: 19/12/1987 Idade: 30a1m18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 204650

Requisição: 801320 Solicitação: 25/12/2017 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR

Controle: 993196 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 UFI10 255

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204060125

Data Exame: 25/12/2017

JOELHO ESQUERDO

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

- Fratura recente alinhada no plato tibial fixado com dois parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 06/02/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

PI CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

Assunto: Consulta
Mês: 01/2018
Ano: 2018
Confira com o cliente
Assinatura



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Cícero Tito 1020 - Redenção - Fone: (66) 3229-4872
 TERESINA-PI, CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-07

Data: 21/12/2017 09:03:26

Usuário: LARYSSA TORRES

Interação: ACCIDENTE

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS		Prontuário: 230594	
Mãe: IRONI MARIA DE ARAUJO	Pai: COSMEL MARQUES DOS REIS		
End. Resid.: QUADRA 01 CASA 05 - LEONEL BRIZOLLA SANTA MA. CODIPÍ - TERESINA PT - CEP: 64000-010			
Nascimento: 19/12/1967	Idade: 50a:0m:2d	Sexo: Masculino	Fone: (66) 9363-4423
Responsável: O MESMO	CNS: 700908242551692		
Profissão: AGUDANTE DE PEDREIRO	Documento: RG: 271.968 - SSP PI		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)		
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

código: 642416	Data: 21/12/2017 08:54:31	Condução: VETÔLIO PI - 010-00-A - ERGICR08	
Motivo da Procura: DOR MEMBROS INFERIORES		Convênio: S 0 8	
td.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Deformidade	ORTOPEDISTA	Verde
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
PACIENTE COM HISTÓRIA PREVIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO, APRESENTA DOR E DEFORMIDADE NO XÍS. NEGA ALÉRGIA MEDICAMENTOSA.	LARYSSA DE SOUSA TORRES CREFM 1484.721 PI Data: 21/12/2017 09:03:25		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

PA CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUN 2018

Fábio Maranhão DPVAT

PA: ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp: ____ °C
---------------	-------------	--------------	---------------

Diagnóstico inicial:

DR. FÁBIO MARANHÃO

CDE

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

S P D L

4108050155

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: Se intervir, qual é o procedimento e CID

DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____	Procedimento	CID
--------------------------	------------	--------------	-----

Dr. Jamesson M. de L. Júnior

Oftalmologia

CNPJ 13.816 / CRM-PI 1001 / TED 1149

Assinatura Profissional Médico

A. Laryssa de Araújo dos Reis
Assinatura Paciente ou Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Antônio de Araújo dos Reis</u>	IDADE <u>anos</u>	DATA <u>25/12/2017</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>16 hs 25 min</u>	TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> ORAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO	CIRURGIÃO <u></u>
CIRURGIA REALIZADA <u>frat. ótico</u>		
SINAIS VITais	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg) <u>144 / 83</u>		<u>126 / 58</u>
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm) <u>83</u>		<u>94</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%) <u>99%</u>		<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u></u>	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u></u>	
NOME MATEÚRA <u>Almeida</u>	<u>Almeida</u>	

ÍNDICE DE ALDRETTES KROLIK

		ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL <u>05</u>	ASS.	
ESCALA DE DOR ALTA			13 JUN 2018	

SONDA VESICAL	DREN. DE SUÇÃO	DREN. TORACICO	DVE	COLOSTOMIA	SONDA INASOG. INASOE
hs <u>ml</u>	hs <u>ml</u>	hs <u>ml</u>	hs <u>ml</u>		
hs <u>ml</u>	hs <u>ml</u>	hs <u>ml</u>	hs <u>ml</u>		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

16/25h Aberto na SPA, em PTO-prot. ótico, sob efeito de nogue. Contente, orientado, fala, respira - respira AA, vitábil. APR puro, sem exsita.

Ass.
COREN: 312.232

+7:30h Fica off anestesia, entubado

RAIO-X REALIZADO

DATA 25/12/2017

Técnico: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Cícero Góes
Anestesiologista
CRM-PI 4033
ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] QUÉIM. CLÍNICA: [] PED [] MORT [] NEU [] CIR [] MÉD

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 38192
AIH: 2217102505607

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5823826

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
398003927065244	ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS		10/12/1980	M	230892
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	8695634423	IRENE MARIA DE ARAUJO	JOSE FRANCISCO		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
			2620		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
LEONEI BRIZOLLA			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA PLANALTO TIBIAL ESQUERDO, DOR E DEFORMIDADE.

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S82 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

04GS05051 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

21/12/2017

JAMERSON MOREIRA DE SOUZA JUNIOR

CPF: 03544704315

CRM:

DATA ADMISSÃO

21/12/2017 08:24

DATA ALTA

26/12/2017 10:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ/SEGURADORA N° 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))

PLINIO JOSÉ SANTOS MACEDO

CPF: 02887046515

CRM:

DATA ANÁLISE: 21/12/2017 10:06:31

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AValiação / AUDITORIA

CPF:

CRM:

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operacion - Tipos

Georgi

~~Dr Jamerson M. de L. Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 3876 / C.R. 1000~~

1º Assistente

— 1 —

— 1 —

29 Appendix

Instrumented or(s)

Instrumentação

✓ *✓*

Anesthesia DPM 3/00 All
B. M. S. 100-100

— 7 —

Data da Operação:

Digitized by srujanika@gmail.com

1

— 1 —

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica-Ligadura, Suturas, Preparo em Fechoamento)

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① paciente em ddh sob vaivaiarteria
- ② artroseccao, seprao colocado d
corpos ci
- ③ fixar lateral + 30 cm. cada
- ④ pulsos jugulars
- ⑤ dedos + finferl com s paraf
d espessura (1 com brocal)
- ⑥ coagul x hifene

Dr. Jamerson M. L. Yarchoan
Orthopaedics / Trauma - 198
CHH-413088 CHH-414700 TECU - 198



FMS Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE: *Astrovi Al*
DO ALINÓSTICO ATUAL E COMORIDADES:

NOME DO PACIENTE <i>Aufreto de Almeida Neto</i>		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE		
DATA: 13/09/2012		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
<p><u>1 DIETA LIVRE</u></p> <p><u>2 SG5% 500ML +SF0,9% 500ML EV EM 12h</u></p> <p><u>3 DIPIRONA 2ML+AD EV 6/6h</u></p> <p><u>4 TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H</u></p> <p><u>5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS</u></p> <p><u>6 COGG</u></p>						
<p><i>Dr. Cain Vaz de O. Neto</i></p> <p>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM-PI 0354</p>						
<p>RAIO-X REALIZADO</p> <p>DATA: 13/12/2012</p> <p>Técnico: <i>He</i></p>						
<p>DE CORR DE SEG</p> <p>DPV</p>						
<p>MÉDICO/CRM:</p> <p><i>Cain Vaz de O. Neto</i></p>						

MÉDICO/CRM:

**CORRETORA
DE SEGUROS**

13 JUN 2018

DPVAT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Taxand



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	EXT. OU APT.	LITFO
<i>Antônio da C. de Melo</i>				237	355
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	AFFGIAS				

DATA: / / PRESCRIÇÃO MÉDICA HORA: 10:00

ORIGEM
OBSERVAÇÕES

MÍSTO Nutrição Clínica

Edilane Neiva

- 1 - Dieta geral
- 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h
- 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h
- 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h
- 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h
- 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h
- 7 - CCGG + SSVV

Caren-PI: 458.055

11/10 Paciente Admitido

na Clínica Uteroprástica
sendo portador, com baixa
de humor. Sente dor abdominal
orientado, ótico, eug-
nico, non-associado, sem
referências clínicas, nesse fatto
lúcio e aleatório. O tratamento
está sendo feito
com: *Entameletra*
COREG. 364335
100 ml/1000 ml 0,9% pt.
1/68 ml/ml Cg. P-750ml pt.
807ml

DPVAT
03 JUN 2018
DE SEGUROS
DE RISCOS
DE PROGRAMA
DE TERCEIRA

MÉDICO CRM:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Orlo Tito 1820 Redenção - Fone: 66 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.582.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS** (Prontuário: 230594)

Endereço: QUADRA 01 CASA 05 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 19/12/1987 Idade: 30a1m18d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 204650

Requisição: 801320 Solicitação: 25/12/2017 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR

Controle: 993196 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 LEITO 255

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 25/12/2017

JOELHO ESQUERDO

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

- Fratura recente alinhada no plato tibial fixado com dois parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 06/02/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



MATERIAL DE CONSUMO					
DISCRIMINAGAO	UNID.	QUANT.	PREGO	DISCRIMINAGAO	UNID. QUANT. PREGO
AGULHA 25X8	UNID.	03	LAMINA DE BISTURI <i>nº 34</i>	LAMINA DE BISTURI <i>nº 34</i>	UNID. 01
AGULHA 30X8	UNID.	03	LUVANA <i>7,0</i>	LUVANA <i>7,0</i>	PAR. 03
AGULHA 40X12	UNID.	03	LUVANA <i>3,5</i>	LUVANA <i>3,5</i>	PAR. 03
AGULHA RADUE	UNID.	01	LUVA DE PROCEDIMENTO	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR. 04
ALCOOL 70%	ML	50	PVP DE GERMANTE	PVP DE GERMANTE	ML 150
ALGODADO	BOLA	—	PVP TOPICO	PVP TOPICO	ML 50
AGUA OXIGENADA	ML	100	PVP TINTURA	PVP TINTURA	ML —
COMPRESSA	PAC.	03	SERINGA 20CC	SERINGA 20CC	UNID. D3
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—	SERINGA 10CC	SERINGA 10CC	UNID. 03
ESPARADRAPO	CM	60	SERINGA 5CC	SERINGA 5CC	UNID. 02
ESCALPE N°	UNID.	—	SERINGA 3CC	SERINGA 3CC	UNID. —
FORMOL	ML	—	SORO FISIOLÓGICO 500ML	SORO FISIOLÓGICO 500ML	FRASCO 01
GASES	3L0	PAC. 04	SONDA URÉTRAL	SONDA URÉTRAL	UNID. —
JELCO N°	UNID.	—	UNID.	UNID.	UNID. —
Fios	UNID.	QUANT.	PREGO	OCORRENÇIA	UNID. 09
CAT GUT SIMPLES C/AG					
CAT GUT SIMPLES S/AG					
CAT GUT CRONADO C/AG					
CAT GUT CRONADO S/AG					
MONONYLON	<i>nº 90</i>	<i>nº 90</i>	<i>nº 90</i>	<i>nº 90</i>	<i>nº 90</i>
FITA UMBILICAL					
VICRYL					
PROLINE					

NAME DO PACIENTE: *Adriano da Glória do Pronto Socorro* PRONTUARIO Nº: *330394*

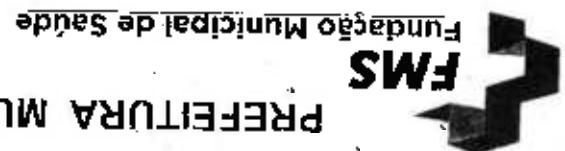
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRURGICO E OBSTETRICO DATA *05/12/2017*

Rubrica

Proc. Nº

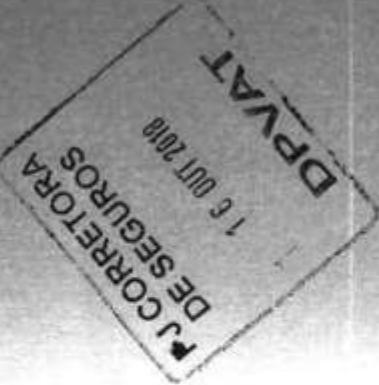
Fis. Nº

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA





RELATÓRIO MÉDICO



Informamos que Antônio de Araújo dos Neis, foi vítima de acidente de trânsito, fato transcorrido dia 13.12.17 às 14:30hs - tendo sofrido forte trauma que lhe causou uma fratura com pincão distal da tíbia, tratado cirurgicamente e removido os corpos estranhos e placas profusas e fios de fálico com auxílio de fibroscópio, nefrata consequências: formigões, diarreia por abdomecato, com sensação de desconforto ao arrebento a frigidez, com acto definitivo, com coagulável fundo de 85%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

10.10.2018

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 564-PI - CRM: 2660-MB
0993-0929/9532-1967/8827-3227

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente à praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
 Av. Dr. Otto Tito 1900 - Rodovia - Fone: 085 3212 5205
 TERESINA-PI CEP: 76401-070 CNPJ: 05.522.817/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS** (Prontuário 228544)
 Endereço: QUADRA 01 CASA 05 - LEONEL BRIZOLLA - SANTA MARIA DO PI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 19/12/1927 Idade: 89 Anos
 Requisição: 021320 Sollicitação: 26/12/2017 Sexo: Masculino Origem: INTERNAGÃO Atendimento: 204699
 Controle: 393195 Consultório: 9 U G Consultante: JAMESON MOURA DE LEMOS JUNIOR
 Cúlica: ORTOPEDICA - P11 Enfermaria: 237 Leito: 296

RELATÓRIO:

JOAQUIM FREIRE

Data Exame: 26/12/2017

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

- Fratura recente alinhada no plato tibial fixado com dois parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

TERESINA - PI 08/02/2010

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
 CRM: 13230317368 CRM PI 1841
 Profissional Responsável

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

16 OUT 2018

DPVAT



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1620 - Sagrada Família - Fone: (85) 3212-3000
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.913/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (Fronteira 230584)

Endereço: QUADRA 01 CASA 06 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MARIA CODIPÍ - TERESINA - PI CEP: 64000-016

Nascimento: 19/12/1987 Idade: 20 anos 170 Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: E41303

Requisição: 796066 Solicitante: 13/12/2017 Consultante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

Controle: 989411 Comprador: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 13/12/2017

DETALHO EXAMINADO

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

- Aumento de partes moles intra e suprapatelares.
- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.

Local exame:

TERESINA - PI 05/07/2010

LEONARDO AFUNSO NOGUEIRA MATOS

CRM:080.717/0804 CRM:0808 PI
Profissional Responsável

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

16 OUT 2012

DPVAT



ESTADO DE
SÃO PAULO

13 JUN 2018

DPVAT



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rutálio Flávio de Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 347.229.123-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rutálio de Oliveira dos Reis inscrito (a) no CPF sob o No 034.425.383-00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rutálio de Oliveira dos Reis inscrito (a) no CPF sob o No 034.425.383-00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

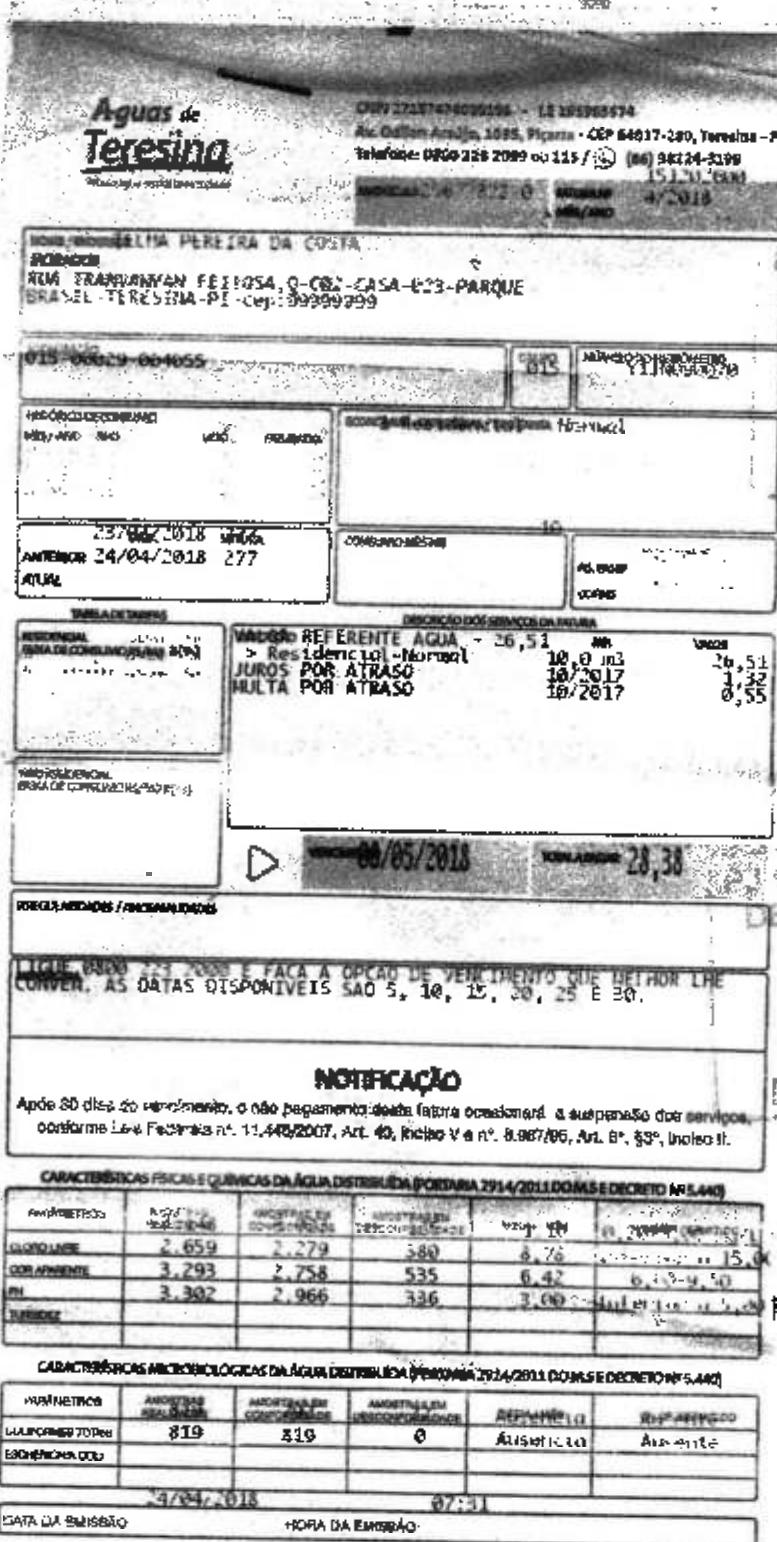
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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		Número	Complemento
Bairro	Rua: Tranvanvan Feitosa; Qd: C2	23	Portaria
Parque Brasil	Cidade	Playa	CEP
Email	Teresina	64032-095	
	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
	86-99498-2980		
	Local e Data	PJ CORRETORA DE SEGUROS	
	Teresina - PI, 04 de Outubro de 2018	16 OUT 2018	

Assinatura do Declarante

Rutálio Flávio de Sousa DPVAT





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro Sul - Teresina - PI
CNPJ: 05.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.201.160-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série E-1
Número especial da impressora recomendada para 029420098

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1105925-7

Nº da Nota Fiscal: **005371235**

A Tarifa Social de Energia Elétrica é uma
política federal de energia elétrica criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2018	14/05/2018	104	185,82

IRENE MARIA DE ARAUJO
R. BONINA 2628 2620 B-URBANO
CPF: 00096652799391
CEP: 64.012-020 - TERESINA

ROT: 4.001.46.06.636000

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Anterior:	5548	Atual: 07/05/2018
Anterior:	5444	desconto: 09/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 07/06/2018
Consumo Medido:	104	Entrega: 04/05/2018
Consumo Faturado:	104	Apresentação: 07/05/2018
	FCAM	

NORMAL		28			
Classe/Subclasse	Ligação	Mês/ano Medidor	Período	Código Ref.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	HONO			1.1.1.1	108
HISTÓRICO kWh			DESCRIÇÃO DA CONTA		
Mês/ano anterior			CONSUMO 104 A R\$ 0,761929 = 79,24		
ABR/18 114			CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 6,94		
MAR/18 108			PARCELAMENTO DE DEBITOS 4/18 99,84		
FEV/18 104			ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,25		
JAN/18 0					
DEZ/17 0					
NOV/17 0					
OUT/17 0					
SET/17 0					
AGO/17 0					
JUL/17 0					
TARIFA SEM TRIBUTOS: 1 A 104 - 0,55598					

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISOS DE VENCIMENTO
Declaramos que todos os débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12.007/09).
LIGUE 0800 666 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.
Parabéns! Até o dia 04/05/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

3 CARRETORIAL
DE SEGUROS

13 JUN 2018

DPVAT

RESERVADO AO RISCO DF08.EEF3.S0ED.F2F0.21DC.A8A4.F3CD.BBE3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 16,54	79,24
Energia: 31,42	22,80%
Transmissão: 4,94	17,43
Encargos: 5,00	0,69
Tributos: 21,34	3,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
5,19	10,39	20,77	3,30	6,60	13,20	2,94
0,00				0,00		0,00

POTY 03/2018 31,50

REC-04-004-LEIA-636000



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 167-2	02 Data do chamado 13/12/17	03 PRO (código) 291014442	04 Saída do PA	05 Chegada ao local 1457		
Lugar da Ocorrência	06 Saída do local 1503	07 Chegada ao 1º hospital 15-03	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço AV. Presidente Vargas 5100	11 Bairro Anoposito	12 Distrito-UF Teresina-PI	13 Ponto de referência Residencial - 11			
	14 Nome Antônio de Araújo dos Reis	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	16 Idade 19/12/81	17 Se a idade ignorada, preencha com 999	18 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não <input checked="" type="checkbox"/> 3-Ignorado <input type="checkbox"/>		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espancamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica	06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Queimadura 10-Choque elétrico	11-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares	16-Outros 17-Já removido 18-Falso chamado	01		
Acidente de Transporte	19 Vítima 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 9-Ignorado	20 Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida 5-Ônibus/Micro-ônibus 6-Outro 7-Objeto fixo 8-Motocicleta 9-Ônibus/Micro-ônibus 10-Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>			
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 1-Espontânea 2-À voz 3-À dor 4-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	24 Sinais Vitais P脉so 106 Resp. PA 100/90 TAX. SatO2 100	25 Local da lesão		
Assistência	26 Pupilas 1-Iguals <input type="checkbox"/> 2-Desiguais <input checked="" type="checkbox"/>	27 P脉so Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	28 Sangramento 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/>	29 Dor 40 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa			
Hospital de Destino	30 Fratura 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Exposta <input type="checkbox"/> 3-Fechada <input type="checkbox"/> 4-Suspeito <input type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado <input type="checkbox"/>	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	35 CORRETOR DE SEGUROS DPVAT
Observações/Interdisciplinar	<p><i>Colisão entre carro e motocicleta, acidente apresentando suspeita de gravata no joelho.</i></p>						
Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE	5 SIM		Eletrometro Condutor	Ferido		



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.001876/2018-79

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 11/06/2018 - 14:41

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

13/12/2017 - 14:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

AEROPORTO

Endereço

AV. CENTENÁRIO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PORTELLA RESTAURANTE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (30 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2751988 SSP PI

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

Endereço: RUA BONINA QD 01 CASA 05, Nº:

Bairro: LEONEL BRIZOLA

Cidade: TERESINA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUN 2018

Nome: MARIA EVANILDA DOS REIS SANTOS (54 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA

RG: 1299109 SSP PI

Mãe: IRENE MARIA DE ARAUJO

Endereço: RUA 10 Nº 1836

Bairro: MONTE ALEGRE

Cidade: TERESINA

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, COR AZUL, PLACA NNI-4200-PI, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS, QUANDO COLIDIU COM A TRASEIRA DE UM AUTOMÓVEL QUE PAROU BRUSCAMENTE NA FAIXA DE PEDESTRES; QUE, NESTA MOTO ENCONTRAVA-SE A PASSAGEIRA MARIA EVANILDA DOS REIS SANTOS, QUE TAMBÉM FOI VÍTIMA DE LESÃO CORPORAL; QUE, CONDUTOR E PASSAGEIRA FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU E LEVADOS AO HLT (PRONTUÁRIOS 230594 E 177757, RESPECTIVAMENTE). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Antônio de Araújo dos Reis
ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS (30 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antônio de Araújo dos Reis

CPF da Vítima

034.425.383-00

Data do Acidente

13-12-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinhar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias

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 da 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

16 OUT 2018

DPVAT

Teresina - PI 04 de Outubro de 2018

Local e Data

Antônio de Araújo dos Reis

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de Indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

034.425.383-00

Nome completo da vítima

Antônio de Araújo dos Reis

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Antônio de Araújo dos Reis

CPF titular da conta

034.425.383-00

Profissão

Revisor - m

Endereço

Rua: Bonifica

Número

3620

Complemento

Par

Bairro

Leonel Brizola

Idade

Tocaina

Estado

Rio Grande do Sul

CEP

64012-020

Email

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
 NÃO REUSSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CADA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

NRO.

0029

DV

CONTA

NRO.

000459879

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

NRO.

NRO.

NRO.

Local e Data

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

16 OUT 2018

X Antonio de Araújo dos Reis

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DPVAT

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: <i>Antônio de Araújo dos Reis</i>			
Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Praticante</i>	
RG: <i>27.559.88</i>	Org. emissor <i>SSP-PI</i>	D. Expedição <i>05/10/2007</i>	CPF: <i>036.425.383-02</i>
Endereço: <i>Rua Bonita 01 casa 05</i>		Nº <i>05</i>	Bairro: <i>LEONICE BRIGADE</i>
Cidade: <i>Teresina</i>		Estado: <i>PI</i>	CEP: <i>64000-4020</i>

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: **ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

Nacionalidade: BRASILEIRO	Estado Civil: CASADO	Profissão: AUTONOMO	
RG: 989-871	Org. emissor SSP-PI	D. Expedição 05/10/2009	CPF: 347.229.123-00
Endereço: RUA TRANVAN VAN FEITOSA Q-C2		Nº 23	Bairro: PARQUE BRASIL
Cidade: TERESINA		Estado: PIAUI	CEP: 64.012-095

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, HOSPITAL DE URGENCIAS DE TERESINA HUT, HGV , HPM . podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima *Antônio de Araújo dos Reis*

Acidente ocorrido em: 13/12/2017.

Local / data: Teresina 11/06/2018

UNIGRAN

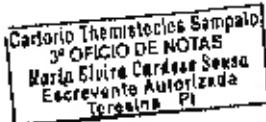
**LIDER CORRETORA
DE SEGUROS**

13 JUN 2018

DPVAT

Antônio de Araújo dos Reis

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



CARÓLIO THEMISTOCLES SAMPAIO 3º OFÍCIO DE NOTAS MARIA ELVIRA CARDOSO SOUZA ESCREVENTE AUTORIZADA TERESINA - PI	TERESINA CARÓLIO 3º OFÍCIO DE NOTAS TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE BARBOSA PEREIRA RUA LUIZANDRO NOGUEIRA, 1030 CENTRO - CEP: 64000-000 Fone: (086) 3221-1898 - E-mail: anatalia@carolio.com.br	Selo de Fiscalização e Autenticidade Poder Judicante - Estado do Piauí Ata de Notas, Registro e Judicialização
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS. DOU FE. EM TEST. <i>Soz</i> DA VERDADE. TERESINA-PI, 11/06/2018. Emol.: R\$ 3,71 TJ: R\$ 0,74 Selos: R\$ 0,25 Total: R\$ 4,70 Selo: ABE-98531 (Foto P/644)		RECONHECIMENTO DE FIRMA N° ABE-98531
Maria Elvira Cardoso Sousa - Escrevente Autorizada		
<input type="checkbox"/> Tabelião <input checked="" type="checkbox"/> Escrevente Autorizado		

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180269869 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DE ARAUJO DOS REIS **Data do acidente:** 13/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES. QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM do médico: 52.90233-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".