

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

---

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190598264**

**Vítima: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA**

**Data do Acidente: 22/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190598264

Vítima: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000094649-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

**Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190598264**

**Vítima: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA**

**Data do Acidente: 22/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

048.470.623-31 Antonio Francisco Souza Silveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>Antonio Francisco Souza Silveira</b>	6 - CPF: <b>048.470.623-34</b>		
7 - Profissão: <b>Autônomo</b>	8 - Endereço: <b>Rua: Antônio Pereira</b>	9 - Número: <b>1034</b>	10 - Complemento: <b>Teresina</b>
11 - Bairro: <b>Novo Brasil</b>	12 - Cidade: <b>Teresina</b>	13 - Estado: <b>PI</b>	14 - CEP: <b>64.000.000</b>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <b>(86) 994729591</b>		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(informar o dígito se existir)	

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho/a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

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

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não affidavitado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Terezinha Pereira 22.10.19**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) **Kelly Souza**



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004026/2019-03

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO. Bkp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 16/10/2019 - 11:04

### DADOS DA OCORRÊNCIA

#### Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

#### Data/Hora

22/07/2019 - 08:30

#### Tipo Local

VIA PÚBLICA

#### Município

TERESINA

#### Bairro

ALTO ALEGRE

#### Endereço

RUA CASTELO DO PIAUÍ, Nº:

#### Complemento

#### Ponto de Referência

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2479114

Mãe: MARIA GORETE SOUSA SILVA

Endereço: RUA LONGA, Nº 2340

Bairro: PARQUE ALVORADA

Cidade: TERESINA

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

#### Natureza(s) da Ocorrência

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ 125 ES, PLACA-PII-2624-PI, DE PROPRIEDADE DE RENATO DA SILVA ARAUJO, CPF.769.455.103-87, RELATA A VITIMA QUE VINHA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL, E BATEU NA MOTO DA VITIMA CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO.80933. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.  
ESCRIVÃO DE POI

ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 048.470.623-31 4 - Nome completo da vítima: Antônio Francisco Souza Silveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <i>Antônio Francisco Souza Silveira</i>	6 - CPF: <i>048.470.623-34</i>		
7 - Profissão: <i>Autônomo</i>	8 - Endereço: <i>Rua Antônio Pereira</i>	9 - Número: <i>1034</i>	10 - Complemento: <i>Teresina</i>
11 - Bairro: <i>Nova Brusilia</i>	12 - Cidade: <i>Teresina</i>	13 - Estado: <i>PI</i>	14 - CEP: <i>64.000.000</i>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>(86) 994729591</i>		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não affidavitado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) \_\_\_\_\_

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 00000094649-3

---

Nr. da Autenticação 4DB0DC8C0ACC2BAB

cepisa

0004549-1

024881453

JULHO/2019

VENCIMENTO  
07-08-2019

CONSUMO DE  
30

TOTAL A PAGAR R\$  
31,20

Rua Itatiaia, 100 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20040-000  
R. ALVAREZ PEREIRA, 18 - 04 - NOVA BRASILIA  
CEP 23220-000 - RJ - BRASILIA

TERESA

DATAS DA LEITURA

HISTÓRICO DE CONSUMO

Consumo Indicador

HISTÓRICO DE CONSUMO

Consumo Indicador

Média 12 meses

PERÍODO ANTERIOR

PERÍODO

Abaixo, descrição da conta 1.4.1.1

PERÍODO ANTERIOR	PERÍODO	DETALHAMENTO DA CONTA 1.4.1.1	MÉDIA
JUL/19	07	DEBITO	0,00
JUL/19	07	DEBITO DE ITATIAIA	0,00
JUL/19	07	DEBITO DE ITATIAIA RENDA	6,20
JUL/19	07	DEBITO DE ITATIAIA RENDA	11,49
JUL/19	07	DEBITO DE ITATIAIA RENDA	11,49
JAN/19	07	DEBITO DE ITATIAIA RENDA	0,00
DEZ/18	07	DEBITO DE ITATIAIA RENDA	0,00
NOV/18	07	DEBITO DE ITATIAIA RENDA	0,00
OCT/18	07	DEBITO DE ITATIAIA RENDA	0,00

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO MENSAGEM

11/08 - INFORME DE EDIÇÃO 1 - 2019-08-11 10:11

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

1057,42,00

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/PI/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

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

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

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Atual:	13692	Atual:
Anterior:	13530	Anterior:
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	162	Emissão:
Consumo Faturado:	162	Apresentação:
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:
		Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335	1.1.1.1	152	

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
8 R 162 - 0,655318

## NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Você pode optar pelas opções de reaviso de vencimento 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, informando qual é a melhor opção para você.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,50
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	1,62
			6,49% 7,48

## INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			PIC			OMIC		DICI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03			
Realizado	0,00			0,00			0,00			
Conjunto	TERESINA-MACALIBA			Período de aprovação: 07/2019			R\$:		53,46	

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

0051867-0

TOTAL A PAGAR - R\$

164,27

equatorial  
ENERGIA

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

01/10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Kyllly Oliveira de Oliveira,  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Antonio Francisco Souza Silveira inscrito (a) no CPF sob o N° 048.470.623-51,  
do sinistro de DPVAT cobertura Trouxeluz da Vítima Antonio Francisco Souza  
Silveira inscrito (a) no CPF sob o N° 048.470.623-34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua: 24 de Janeiro</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:	<u>PI</u>	CEP:	<u>64.000.902</u>	
E-mail:							Tel.(DDD):	<u>(86) 99472954</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 23.10.19

Kyllly Oliveira de Oliveira  
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>30 04</i>	02 Data do chamado <i>212 1017 19</i>	03 PRO (código) <i>78918</i>	04 Saída do PA <i>08 30</i>	05 Chegada ao local <i>08 44</i>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>09104</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>09 121</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço <i>Rua castro do Piauí</i>	11 Bairro <i>alto alige</i>	12 Município-UF <i>the</i>	Código IBGE <i>11</i>		
	13 Ponto de referência <i>colégio Edgar Tito</i>					
	14 Nome <i>antonio francisco soma silva</i>	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado <i>1</i>				
	16 Idade <i>33</i>	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	<i>01</i>	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado		
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow = <i>15</i>	ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso <i>96</i> Resp. <i>14/11</i> PA _____ TAX. _____ Sat02 _____	25 Local da lesão 
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	29 Dor <input type="checkbox"/>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2 - Não 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>				
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	Glicemia <i>112 mell</i> Acesso Venoso _____ Medicamentos a) b) _____ c) _____		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino <i>HUT</i>	<input type="checkbox"/> Não Removido				
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	<p>Paciente vítima de colisão moto com carro com fratura exposta de tornozelo, concussão orientado, mundo capaz, não faz uso de medicamento</p> <p style="text-align: right;"><i>Flávio Júlio - SAMU 6242 Eduardo - SAMU 6243 Carmo - SAMU 6244</i></p>			
	Responsável pela recepção <i>Adriano</i>	Socorristas Médico AE/TE <i>Adriano</i>	Enfermeiro Condutor <i>Proibido</i>			

*Alta*



NOME DO PACIENTE:

*Antonio Francisco Souza Sofo*

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

*80933*

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".



# HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

- Cirurgia Geral:  
- Ortopedia:  
- Neurologia: OI!  
- Urologia: OI!

Imp: 22/07/2019 09:37:45  
(User: GILBERTO)  
(Estação: CONSULPA03)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA		Prontuário: 80933
Mãe: MARIA GORETE SOUSA SILVA	Pai: SILVETRE CUBHA SILVA	
End. Resid.: RUA LONGA 2340 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-040		
Nascimento: 12/03/1986	Idade: 33a4m10d	Sexo: Masculino Fone: -
Responsável: SANDRA CNS: 898003923519771		
Profissão: AUTONOMO Documento: RG: 2479114 - SSP PI		
G. Instrução: Fundamental Incompleto E.Civil: Solteiro(a)		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 732315	Entrada: 22/07/2019 09:20:30	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Conforme Paciente/Acomp):			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
--	----------------------------	--------------

Breve História Clas. Risco: TRAZIDO PELO SAMU, POLITRAUMATIZADO POR ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO/CARRO), QUEIXA DE DISPNEIA. MID IMOBILIZADO, FRATURA DE TORNozELO DIREITO (SIC).	ISAAC GUEDES ALVES ALCOFORADO COSTA 315296 Em: 22/07/2019 09:24:19
---	--

SSVV: (Hora: ____ : ____ )	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg
----------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (MOTO-CARRO), HÁ APROXIMADAMENTE 20 MINUTOS, REFERINDO USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE. TRAZIDO PELO SAMU SEM USO DE COLAR CERVICAL OU PRANCHA RÍGIDA. NEGA ÓMITOS, OTORRAGIA OU PERDA DE CONSCIÊNCIA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR A PALPAÇÃO ABDOMINAL, BEM COMO DOR A MANIPULAÇÃO DE PELVE. DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.
--	--

A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL, B) SatO2: 97% (AO AR AMBIENTE); EUPNEICO; AP: MURMÚRIOS VESICULARES PRESENTES BILATERALMENTE, SIMÉTRICOS, SEM RA; C) PA: 140/110mmHg; FC: 112BPM; AC: RR EM 2T, BNF, SS. ABDOME SEMIGLOBOSO, FLÁCIDO; DOLOROSO À PALPAÇÃO,
--

Diagnóstico Inicial: ? Fract. Esporte Maléolo Medial - D	CID:
---	------

Exames Complementares:	(1266544) - TORAX PA (1266545) - PE OU PODODACTILO DIREITO (1266546) - PERNAS DIREITA	DATA: 22/07/19 HORA: 09:50 TÉCNICO: LIMA CRM-PB: 925
------------------------	---	--

Prescrição Médica:	AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA E REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA
--------------------	--

Motivo da Alta/Encerramento:	AD Centro Kirton
------------------------------	------------------

Observação (Adulto)	DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____ : _____
---------------------	--

Assinatura Paciente ou Responsável	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO CRM: Em: 22/07/2019 09:37:44
------------------------------------	--

10:12

Antônio FCO Sonda gástrica

80933

→ Politena

→ Ela 15

→ Sem Clínica fecas → Dor abdominal

MZD

→ Fx CM MZD

→ TC (não)

hem / moin nervo cintigian.

(d) - liberado da WCR (Reunccin.)

- Real C. vital / antecedentes

Dr. J. L. Ferreira de Souza Filho, M.D.  
C.R.C. 1083/PI  
Rua Santa Padre Pacheco, No 2159  
Setor 201 - 2º Andar - Centro  
CEP 64.001-160 - Teresina-PI

Kleber Júnior Pinheiro da Cunha  
Matrícula: 63004  
STATE - HUT

CONFERE COM O ORIGINAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - PI

HOSPITAL DE URGENCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

מיכלינה מילר בוגר

MÉDO PACIENTE	PROFISSIONAL	DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
TONIO FRANCISCO SOUZA SILVA	8933	12/03/1986			
CÓDIGO					
: 22/07/2019	FRAT. DISTAL DA TIBIA				
24/07/19					
1	Dieta oral livre				
2	jejico halinizado				
3	Ranidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs				
4	Tranadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/3hs SN				
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs				
6	Kefili: 1g 1amp + AD EV 6/6h				
7	Bromurorida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN				
8	curativos diárias				
9	cuidados gerais e sinais vitais				
	NOTAS AVES 40/100 50				
	Luzia Júlia Assistente Enfermeira COPA CONSELHEIRO ALFREDO HUT TCC				
	Dr. Giordano Cronemberger / Dr. Welvago Félix / Dr. Ricardo S. Valençá / Dr. Paulinho L. Pessoa Filho				
	Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia				
	CRM-GO 3367				



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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>244149</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>80933</b>
7-CNS: <b>898003923519771</b>	8-Nascimento: <b>12/03/1986</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	RG: <b>2479114- SSP PI-Exp:</b>
11-Mae: <b>MARIA GORETE SOUSA SILVA</b>	12-Fone: <b>- - -</b>
13-Resp: <b>SANDRA</b>	14-Fone: <b>- - -</b>
15-Ender: <b>RUA LONGA 2340 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-040</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-040</b>
16-Munic: <b>TERESINA</b>	

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050497</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)</b>	
31-Cod.Procedimento Especial <b>0702030830</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)</b>	Quant. Solici-cidata: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>PIMMES</b>		
38-Profissional Responsável: <b>ALMIR ALVES REBELO FILHO</b>	40-Tp. Documento: CPF	<b>Almir Alves Rebelo Filho Ortopedia, Traumatologia CRM-PI 2972</b>
39-Data Solicitação: <b>30/07/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>772.586.903-44</b>	41-Ass.Carimbo Rg.Sol.(CRM)

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Paciente com fratura Bimalolar  
direita*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	<i>Fax: 0xx61 3222-5532</i>	
50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>/ /</b>	52-CNS/CPF: <b>KARLA BATISTA</b>
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) <i>KARLA BATISTA</i>

(KARLA BATISTA)

## **COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM**

PACIENTE - Nome: Antonio Francisco Sousa Silva

Nº AIH: 244149 Data da Internação: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nº do Prentório: 80933

Nº do Prontuário: 00255

Procedimento Médico Realizado: 040800937

Indicador de Compatibilidade: 0702030830

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Valter

CRM Nº \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 30/07/19 DATA DA ALTA:    /    /

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Terezinha 30 de Julho de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J.: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cargo:  0  1

Name: John Doe

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

DATA 30/07/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Antonio Francisco Souza</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>30933</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Frost Spondilese D</u>	CIRURGIA:	<u>Frat. de farto zelo</u>
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Almir Alves Rebello Filho</u> Ortopedia - Traumatologia	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Estudante</u>	CRM-PI 2972	CPF Nº:
ANESTESIA:	<u>Dra. Yanna Nunes</u> ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 5035	CRM-PI 2972	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	<u>Socorro Oliveira</u>		CPF Nº:

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>04</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>04</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>04</u>		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	-	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	<u>02</u>	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	<u>01</u>		<u>At. Unipom</u>	UNID.	<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>Elitrodes</u>	"	<u>05</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Escovas</u>	"	<u>03</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>20</u>	"	<u>02</u>				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	<u>010</u>	"	<u>01</u>	CIRCULANTE: <u>Valdirine</u>			
PROLENE							

Fls. 30/07/19  
Ano 2019  
Série: 5004  
Centro Cirúrgico  
HUT

*[Signature]*

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Antônio Fco Júnior Filho

Diagnóstico pré-operatório

Fratura Blauvelo Direita.

Operação - Tipo

Ortopédica

Cirurgião

AMIR

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

20/09/15

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Osteosíntese

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Pac. em DDT sol quinzena  
e fixo de ferros, Anest., Antissepsis  
Colocação dos canudos ósseos, Acesso ao  
málelo medial e lateral direito, Osteotomia  
sol esquer. fáscia, Cervato, Retirada  
de fáscia, SN

  
Amir Alves Rebello Filho  
Orthopedia Traumatologia  
CRM-PI 2972



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Item conexão

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	244149

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>80933</b>		
7-CNS: <b>898003923519771</b>	8-Nascimento: <b>12/03/1986</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	RG: <b>2479114 - SSP PI</b>
11-Mãe: <b>MARIA GORETE SOUSA SILVA</b>			12-Fone: <b>- -</b>
13-Resp: <b>SANDRA</b>			14-Cor: <b>Parda</b>
15-Ender: <b>RUA LONGA 2340 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-040</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-040</b>
16-Munic: <b>TERESINA</b>			

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de Trauma, com edema e deformidade em tornozelo direito

21 - Condições que justificam a internação:

Instabilidade de articulação

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

Rx - Frat Tornozelo D

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

24-CID Prin: **S823** 25-CID Sec.: **26-CID C.Ans.:**

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: <b>0408050497</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOSSELO</b>	Tempo SUS: <b>3</b>
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b> 31-Docum.: <b>01</b> 32-Doc. Méd. Solic.: <b>772.586.903-44</b>	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>ALMIR ALVES REBELO FILHO</b>	34-Data Solicitação: <b>30/07/2019</b>	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

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

36-( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:  
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: ( )CNS ( )CPF	49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 732315

Consulta SUS:

Impressão: 30/07/2019 16:21:28

# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

HUT

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO			
<i>andré ferreira Santos</i>								
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
20/07/91	140 x 90	102	160	36,5	70 kg	170 cm		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA —					ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA CRICULATÓRIO —					<i>normal</i>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO —					ASMA	BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO —					SISTEMA URINÁRIO —			
ESTADO MENTAL <i>alucinó</i> 15					CORTICOIDES	ATARAXICOS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <i>nutri tempo</i> V					OUTROS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) —					APLICADO AS	FEFEITOS		
TOTAL DE DOSES								
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	<i>14:35</i> 					1. isoflurano 1% 5 mg 2. fentanil 100 mcg 3. rocurônio 0,06 mcg 4. diazepam 5 mg 5. dicumarol 5 mg 6. ranitidina 90 mg 7. atropina 100 mcg 8. transtuzumab 20 mg 9. midazolam 5 mg	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						SEQUÊNCIA <ul style="list-style-type: none"> <li>1. suco de laranja + morango</li> <li>2. anamnése</li> <li>3. venoclisis periferal</li> <li>4. rocurônio</li> <li>5. cefalosporina IV 0,5 g</li> <li>6. paracetamol 1000 mg</li> <li>7. fentanil 100 mcg</li> <li>8. etomidato</li> <li>9.</li> <li>10.</li> <li>11.</li> <li>12.</li> <li>13.</li> <li>14.</li> <li>15.</li> </ul>	
TEMPERATURA T	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10						DURAÇÃO	
P. ARTERIAL V O PULSO	38							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X								
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO								
RESPIRAÇÃO O								
SÍMBOLOS								
TÉCNICAS	<i>regressiva</i> <i>reversível</i>					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES	<i>os. temporais</i> —							
CIRURGIÕES	<i>CRM-PI 5082</i>							
ANESTESISTAS	<i>Dra. Yanna Nunes</i> <i>ANESTESIOLOGISTA</i> <i>CRM-PI 5082</i>							
<i>NRM &gt; 85%, maior alveolar, o - moco, abdome / tórax está / anest.</i> <i>arto. b1 mbo</i>							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
							<i>acordado, b1 gruas,</i> <i>normais ab</i>	
PARITICULARIDADES								

**DUODURO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**2-CNES  
**5828856**Código da  
Internação:  
**244114**4-CNES  
**5828856****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA**6 - Prontuário: **80933**7-CNS: **898003923519771**8-Nascimento: **12/03/1986**9-Sexo: **Masculino**RG: **2479114 - SSP PI**11-Mãe: **MARIA GORETE SOUSA SILVA**12-Fone: **- -**13-Resp: **SANDRA**14-Cor: **Parda**15-Ender: **RUA LONGA 2340 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-040**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-040**Munic: **TERESINA****JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

- tura do maléolo lateral

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

**S826****PROCEDIMENTO SOLICITADO**28-Cod.Proced.: **0408050217** 27-Procedimento Solicitado:  
**REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO**Tempo SUS  
229-Clinica: **02 01** 30-Caráter: Ident.: **31-Docum.:** 32-Doc. Méd. Solic.:  
**CPF 003.695.133-12**33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:  
**ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS** 34-Data Solicitação:  
**24/07/2019**

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

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**36-( ) Acidente de Trânsito  
37-( ) Acidente Trabalho Típico  
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:  
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento: **49-Num. Documento:**

( )CNS ( )CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (FERNANDACASTRO)

Consulta Local: 732315

Consulta SUS:

Impressão: 30/07/2019 09:45:51

**FHT**Fundação Hospitalar  
de Teresina**SUS**

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

DATA 24/07/19

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

NOME DO PACIENTE:	<u>Antônio Francisco Souza</u>	PRONTO-SOCIAL Nº: <u>80933</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Luxação Tornozelo D</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA:	<u>Eduardo</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO:	<u>André</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:		CPF Nº:
ANESTESIA:	<u>Rasque + Sula</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	<u>Vânia</u>	CPF Nº:

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI -	UNID.	—	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº <u>7</u>	PAR	—	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº	PAR	—	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	—		PVPI DE GERMANTE	ML	—	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	—	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>30</u>		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO	<u>05</u>	
GASES	PAC.	<u>03</u>		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Eugenio</u>		<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Folia Jardim Hospitalar Clínica A Endereço: 5524 SAU - HUT CONSULTA CLÍNICA			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>KD</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				Folia Jardim Hospitalar Clínica A Endereço: 5524 SAU - HUT CONSULTA CLÍNICA			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				<u>KD</u>			
ALCOFIL				Folia Jardim Hospitalar Clínica A Endereço: 5524 SAU - HUT CONSULTA CLÍNICA			
MONONYLON				<u>KD</u>			
FITA UMBILICAL				Folia Jardim Hospitalar Clínica A Endereço: 5524 SAU - HUT CONSULTA CLÍNICA			
VICRYL				<u>KD</u>			
PROLENE				Folia Jardim Hospitalar Clínica A Endereço: 5524 SAU - HUT CONSULTA CLÍNICA			
				<u>Vandilis</u>			
				<u>Vandilis</u>			



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

---

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO  
CENTRO CIRÚRGICO**

**Nome do Paciente**

CENTRO CIRURGICO  
ANTONIO FRANCISCO SOUZA SILVA

## Diagnóstico pré-operatório

LUXACÁ TOMÓN 2020

### Operação - Típo

LUXACÁ TORNON 2000 REDUCE INCUMPLIMIENTO Y REPOSICIONAMIENTO OFICIAL  
1º Asistente

Cirurgião

### **1º Assistente**

**2º Assistente**

André  
Vian

1 Anestesiologista

*Edmundo*

Anesthesia

Rogers +  
Scholes

**Anestésico(a)**

Data da Operação

24/07/19

**Inicio**

Film

— Ativo sót operatório

T-  
TMR

Relatório Imediato do Patologista

#### **Acidente Durante a Operação**

## **DESCRICAO DA OPERACAO**

(Técnica | Injeção, Suturas, Drenagem, Fechamento)

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① PACIENTE EM DDH S2B NAO COSE + CAVI.
- ② EXPOSICAO MENOR DO PISAR. APÓS REDUCA
- ③ DD TORNHELE.
- ④ RADIOS CORTA + CURVATURA.

<b>SUS</b>	<b>HUT</b>	<b>SUS</b>	No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
<b>DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			226024

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**2-CNES  
**5828856**Código da  
Internação:

-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**4-CNES  
**5828856****243604**

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

-Nome: <b>ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>80933</b>			
-CNS: <b>898003923519771</b>	8-Nascimento: <b>12/03/1986</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	RG: <b>2479114 - SSP PI</b>	
11-Mae: <b>MARIA GORETE SOUSA SILVA</b>	12-Fone: <b>- -</b>			
13-Resp: <b>SANDRA</b>	14-Cor: <b>Parda</b>			
15-Ender: <b>RUA LONGA 2340 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-040</b>	16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-040</b>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente c/ fractura  
espaço em fratura (D)

21 - Condições que justificam a internação:

em acusa

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

us + CT p/nc

24-CID Prin: **S823** 25-CID Sec.: **\_\_\_\_\_** 26-CID C.Ass.: **\_\_\_\_\_**

-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: <b>08050497</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO</b>	Tempo SUS: <b>3</b>
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02 01</b> 31-Docum.: <b>CPF</b> 32-Doc. Méd. Solic.: <b>622.384.263-53</b>	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>PAULO HENRIQUE LOPEZ PESSOA FILHO</b>	34-Data Solicitação: <b>22/07/2019</b>	
		<i>Dr. Paulo Henrique L. Pessoa Filho Ortopedia/Trumatologia CRM 1367 Ass. Carimbo Med.Sol.(CRM)</i>

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

36-( <input type="checkbox"/> ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:  
() Empregado    () Empregador    () Autônomo    () Desempregado    () Aposentado    () Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: ( <input type="checkbox"/> ) CNS    ( <input type="checkbox"/> ) CPF	49-Num. Documento:
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **(KARLA BATISTA)**  
Consulta Local: **732315**  
Consulta SUS:  
Impressão: **22/07/2019 13:57:58**

# FOLHA DE ANESTESIA

## UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Antônio Francisco Souto Silva</u>					Nº DE REGISTRO <u>80933</u>																																																																																																																																																																									
DATA: <u>22/07/19</u>		P. ARTERIAL <u>115x70</u>	PULSO <u>105</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																																																																																																							
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																																																																																																																																							
EXAMES DE URINA <u>NON</u>																																																																																																																																																																														
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>NON</u>																																																																																																																																																																														
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>NON</u>																																																																																																																																																																														
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>NON</u>																																																																																																																																																																														
SISTEMA DIGESTIVO <u>Jejum &gt; 8h. NON</u>				SISTEMA URINÁRIO																																																																																																																																																																										
ESTADO MENTAL <u>NON LOTE</u>				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS																																																																																																																																																																								
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <u>Fratura tornozelo ①</u>				FÍSICOS																																																																																																																																																																										
PRÉ-MEDICAÇÃO AGENTES DÓSES <u>Não houve</u>				APLICADO AS	EFEITOS																																																																																																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th rowspan="2">OXIGÊNIO</th> <th colspan="2"></th> <th colspan="2"></th> <th colspan="2"></th> <th rowspan="2">TOTAL DE DOSES</th> </tr> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">LÍQUIDOS</td> <td>SO-UTO 500</td> <td colspan="2">500</td> <td colspan="2">500</td> <td colspan="2">500</td> <td rowspan="2">Neosacáharo 1,5mg D-mônio 8,0mg Cetamed 2g Dexanestesina 10mg Tilabril 4,0mg Ondansetron 4mg Fentanil 2mg Diprivan 2g</td> </tr> <tr> <td>400</td> <td colspan="2">400</td> <td colspan="2">400</td> <td colspan="2">400</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">TEMPERATURA T</td> <td>38</td> <td colspan="2">260</td> <td colspan="2">240</td> <td colspan="2">220</td> <td rowspan="2">SEQUÊNCIA</td> </tr> <tr> <td>38</td> <td colspan="2">240</td> <td colspan="2">220</td> <td colspan="2">200</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P. ARTERIAL V O PULSO</td> <td>2</td> <td colspan="2">200</td> <td colspan="2">180</td> <td colspan="2">160</td> <td rowspan="2">1. Montar 2ml de 1 2. Bolo 1,3-1,4 ml 0,25% 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td colspan="2">180</td> <td colspan="2">160</td> <td colspan="2">140</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">INÍCIO E FIM ANESTESIA X</td> <td>1</td> <td colspan="2">160</td> <td colspan="2">140</td> <td colspan="2">120</td> <td rowspan="2">DURAÇÃO 35'</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td colspan="2">140</td> <td colspan="2">120</td> <td colspan="2">100</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</td> <td>1</td> <td colspan="2">120</td> <td colspan="2">100</td> <td colspan="2">80</td> <td rowspan="2"><u>Non houve</u></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td colspan="2">100</td> <td colspan="2">80</td> <td colspan="2">60</td> </tr> <tr> <td>RESPIRAÇÃO O</td> <td>1</td> <td colspan="2">80</td> <td colspan="2">60</td> <td colspan="2">40</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SÍMBOLOS</td> <td>1</td> <td colspan="2">60</td> <td colspan="2">40</td> <td colspan="2">20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TÉCNICAS</td> <td colspan="7">Bloqueio subaracnóideo + sedação</td> <td>INCIDENTE - ACIDENTE</td> </tr> <tr> <td>OPERAÇÕES</td> <td colspan="7">Tfo cirúrgico de fratura no tornozelo ①</td> <td><u>Não houve</u></td> </tr> <tr> <td>CIRURGIÕES</td> <td colspan="7">Rafael de Moraes Machado Brito</td> <td><u>Praticante: Rafael de Moraes Machado Brito</u></td> </tr> <tr> <td>ANESTESISTAS</td> <td colspan="7">MÉDICO ANESTEsiOLOGISTA CRM-PI 6449</td> <td><u>Assinatura: CRM-PI 6449</u></td> </tr> <tr> <td colspan="8">A+A. Princípio: Nitro, mediane, 1,3-1,4 - Visando não chegar ao reajuste. Injetável ALTO prior. Sem intercorrências.</td> <td>CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS</td> </tr> <tr> <td colspan="8">PARITICULARIDADES</td> <td></td> </tr> </tbody></table>								AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO							TOTAL DE DOSES	1	2	3	4	5	6	LÍQUIDOS	SO-UTO 500	500		500		500		Neosacáharo 1,5mg D-mônio 8,0mg Cetamed 2g Dexanestesina 10mg Tilabril 4,0mg Ondansetron 4mg Fentanil 2mg Diprivan 2g	400	400		400		400		TEMPERATURA T	38	260		240		220		SEQUÊNCIA	38	240		220		200		P. ARTERIAL V O PULSO	2	200		180		160		1. Montar 2ml de 1 2. Bolo 1,3-1,4 ml 0,25% 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	1	180		160		140		INÍCIO E FIM ANESTESIA X	1	160		140		120		DURAÇÃO 35'	1	140		120		100		INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	1	120		100		80		<u>Non houve</u>	1	100		80		60		RESPIRAÇÃO O	1	80		60		40			SÍMBOLOS	1	60		40		20			TÉCNICAS	Bloqueio subaracnóideo + sedação							INCIDENTE - ACIDENTE	OPERAÇÕES	Tfo cirúrgico de fratura no tornozelo ①							<u>Não houve</u>	CIRURGIÕES	Rafael de Moraes Machado Brito							<u>Praticante: Rafael de Moraes Machado Brito</u>	ANESTESISTAS	MÉDICO ANESTEsiOLOGISTA CRM-PI 6449							<u>Assinatura: CRM-PI 6449</u>	A+A. Princípio: Nitro, mediane, 1,3-1,4 - Visando não chegar ao reajuste. Injetável ALTO prior. Sem intercorrências.								CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	PARITICULARIDADES								
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO									TOTAL DE DOSES																																																																																																																																																																				
		1	2	3	4	5	6																																																																																																																																																																							
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	500		500		500		Neosacáharo 1,5mg D-mônio 8,0mg Cetamed 2g Dexanestesina 10mg Tilabril 4,0mg Ondansetron 4mg Fentanil 2mg Diprivan 2g																																																																																																																																																																						
	400	400		400		400																																																																																																																																																																								
TEMPERATURA T	38	260		240		220		SEQUÊNCIA																																																																																																																																																																						
	38	240		220		200																																																																																																																																																																								
P. ARTERIAL V O PULSO	2	200		180		160		1. Montar 2ml de 1 2. Bolo 1,3-1,4 ml 0,25% 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15																																																																																																																																																																						
	1	180		160		140																																																																																																																																																																								
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	1	160		140		120		DURAÇÃO 35'																																																																																																																																																																						
	1	140		120		100																																																																																																																																																																								
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	1	120		100		80		<u>Non houve</u>																																																																																																																																																																						
	1	100		80		60																																																																																																																																																																								
RESPIRAÇÃO O	1	80		60		40																																																																																																																																																																								
SÍMBOLOS	1	60		40		20																																																																																																																																																																								
TÉCNICAS	Bloqueio subaracnóideo + sedação							INCIDENTE - ACIDENTE																																																																																																																																																																						
OPERAÇÕES	Tfo cirúrgico de fratura no tornozelo ①							<u>Não houve</u>																																																																																																																																																																						
CIRURGIÕES	Rafael de Moraes Machado Brito							<u>Praticante: Rafael de Moraes Machado Brito</u>																																																																																																																																																																						
ANESTESISTAS	MÉDICO ANESTEsiOLOGISTA CRM-PI 6449							<u>Assinatura: CRM-PI 6449</u>																																																																																																																																																																						
A+A. Princípio: Nitro, mediane, 1,3-1,4 - Visando não chegar ao reajuste. Injetável ALTO prior. Sem intercorrências.								CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																																																																																																																																																						
PARITICULARIDADES																																																																																																																																																																														



# Braga & Braga Importação e Exportação

0677

**COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS**

CNPJ:63607790000198

**BRAGA&BRAGA**

CNPJ:

**FABRICANTE:**

PACIENTE: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA  
COD.SIG TAP: 071

RG.HOSPITAL: 243604

COD.SIG TAP:

**ALTA:**

USADO: 22/07/19

**PROCEDIMENTO:** 0408050497

CPFE:

MEDICO: DR. PAULO

CRM

**Produtos Utilizados/Implantados:**

Nome	Modelo	Tipo	Série Lote	Qtd
------	--------	------	------------	-----

ORTOSINTÈSE IND. E COM. LTDA  
Rg. 4747/02 - Log. 18F 005211  
FIXADOR LAY FIX CI BARRA 308  
FIXADOR EXTERNO LAYFIX  
Reg. 020 ANVISA: 10229710095

### 三、研究方法

ESTERIL

Diretor Técnico: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 0691828973

**Responsável Pelo Preenchimento:**

Data:-----/-----/-----

**Responsável pela Farmácia**

**responsável pelo Preenchimento**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 21/07/19

NOME DO PACIENTE:	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>D. Tautau</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Acad.</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>D. Rajael</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Silvoneé</u>	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI Nº 4	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>75</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>80</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>14</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>200</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>90</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	<u>01</u>	
ORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>18</u>	UNID.	<u>01</u>		<u>Preparo 20m</u>	UNID.	<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Fundação Municipal de Saúde - Centro Cirúrgico e Obstétrico</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Centro Cirúrgico e Obstétrico</i>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>Centro Cirúrgico e Obstétrico</i>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>Centro Cirúrgico e Obstétrico</i>			
ALCOFIL				<i>Centro Cirúrgico e Obstétrico</i>			
MONONYLON		<u>2-0 01</u>		<i>Centro Cirúrgico e Obstétrico</i>			
FITA UMBILICAL				<i>Centro Cirúrgico e Obstétrico</i>			
VICRYL				<i>Centro Cirúrgico e Obstétrico</i>			
PROLENE				<i>Centro Cirúrgico e Obstétrico</i>			

ENFERMARIA:

CIRCULANTE: Cefic



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190598264 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA Data do acidente: 22/07/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P.9,14)  
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190598264 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA Data do acidente: 22/07/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (P.9,14)  
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO FERNANDE SOUSA SILVA

RG: 2.479.134 Orgão Emissor: SSP-PI

CPF: 048.470.623-37 Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: AVONOMO

Endereço: Rua: Antônio Pereira Nº 1034

Bairro: new Brasília Cep: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: TERESINA - PI

Telefone: (86) 98807-7870 ( ) \_\_\_\_\_

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira

RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte

Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí

Telefone: (86) 99472-9591 ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

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

Vítima: Antonio Fernanndo Souza Silva

CPF: 048.470.623-37 Data do Acidente: 22/07/19

Cobertura solicitada:  Invalidade Permanente  DAMS  Morte

TERESINA 36 OUTUBRO 2019

Local e data

Antonio Francisco Souza Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticação)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
RECONECDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO FRANCISCO  
SOUZA SILVA, DOU FE, EM TERESINA-PI, 36/10/2019.  
KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-SOCRENTA AUTORIZADA  
BNOJ:3 85 TJD:077 FNP/PI/10 Selos: C:26 Total:4 98 - OP:118  
PROCURAÇÃO PARTICULAR  
www.tjpi.jus.br/profalexta  
selo:AM39604-50DB

(Assinatura)

CATÓRIO DE NOTAS DE TERESINA	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
3º OFÍCIO DE NOTAS	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS	KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS
Escrivãia de Silvia Santos	Escrivãia de Silvia Santos
Teresina - PI	Teresina - PI

CATÓRIO DE NOTAS DE TERESINA

3º OFÍCIO DE NOTAS

KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS

Escrivãia de Silvia Santos

Teresina - PI

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368868/19

Número do Sinistro: 3190598264

Vítima: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA

CPF: 048.470.623-37

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/11/2019  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019  
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO  
CPF: 749.689.716-72

---

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

---

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368868/19

**Vítima:** ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA

**CPF:** 048.470.623-37

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/07/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

### ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA : 048.470.623-37

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019  
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS  
CPF: 098.038.499-05

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS