
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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



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: 048.470.623-34 4 - Nome completo da vítima: Antonio Francisco Sousa Silva

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

5 - Nome completo: Antonio Francisco Sousa Silva 6 - CPF: 048.470.623-34
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Anísio Pereira 9 - Número: 1034 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova Brasília 12 - Cidade: Teresma 13 - Estado: RS 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 994729541

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2004 93 CONTA: 94649 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não habilitado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresma - Puer 22.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CPF 001.100.720.10

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004026/2019-03

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, 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 PIAUI, 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

Lucy Azeite 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: 048.470.623-34 4 - Nome completo da vítima: Antonio Francisco Sousa Silva

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

5 - Nome completo: Antonio Francisco Sousa Silva 6 - CPF: 048.470.623-34
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Anísio Pereira 9 - Número: 1034 10 - Complemento:
11 - Bairro: Nova Brasília 12 - Cidade: Teresma 13 - Estado: RS 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 994729541

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2004 93 CONTA: 94649 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivos/nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não habilitado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresma - Puer 22.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 000000094649-3

Nr. da Autenticação 4DB0DC8C0ACC2BAB

CONTINUED

VENETIAMENTO
07-08-2019

[illegible]

Nº de Nota Fiscal 024881453

CONSUMO COM...

CONSUMO

TOTAL A. 100.00

31.26

DADOS DA LEITURA

WINING GABOS DA

UNIDADE CONSUMIDORA

MONO A 1411,00

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO DA CONSTITUENTE

0.20 0.20
11.49 11.49
11.49 11.49
0.93 0.93
23.16 23.16

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO DE MENSAGEM

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - 81

INDICADORES DE CONTINUIDADE

1. 100%

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

1999

1000

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

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

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

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

ROT: 17.001.31.11.020100

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

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

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 162 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

RESERVADO AO FISCO		EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E							
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$					
Distribuição:	31,07			Base de Cálculo:	147,77		115,26		
Energia:	60,00			Alíquota ICMS:	22,00%				
Transmissão:	10,14			Valor do ICMS:			32,50		
Encargos:	4,96			Valor do PIS:	1,40%		1,62		
Tributos:	41,60			Valor do COFINS:	6,49%		7,48		
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			OMIC	OICRI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Conjunto	TERESINA-MACAUBA					Período de apuração:	07/2019	RUSD	53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

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

83620000001 3 64270017000 3 000000000051 3 86700919008 5



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu

Keylly Líbera de Oliveira

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

Antonio Francisco Sousa Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.470.623-34

do sinistro de DPVAT cobertura Famulitez da Vítima Antonio Francisco Sousa Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 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>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel.(DDD): <u>(86) 99472954</u>

Local e Data:

Teresina, Piauí 23.10.19

Keylly Líbera de Oliveira

Assinatura do Declarante



Dados do Chamado

01 N° do chamado 30 04 02 Data do chamado 21 10 19 03 PRO (código) 7898 04 Saída do PA 08 30 05 Chegada ao local 08 44

Local da Ocorrência

06 Saída do local 09 04 07 Chegada ao 1° hospital 09 21 08 Saída do 1° hospital 09 Chegada ao 2° hospital
10 Endereço Rua Carlos do Piauí
11 Bairro Alto Alegre 12 Município-UF Ité Código IBGE
13 Ponto de referência Colégio Edgar Tito

Dados do Paciente

14 Nome Antônio Francisco Sousa Silva 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
16 Idade 33 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

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência
01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros
02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica
03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica
04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência
05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares

Acidente de Transporte

19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Ano 9 - Ignorado 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado 22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15 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 96 Resp. PA 140/110 TAX. Sat02 25 Local da lesão
26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Leve Moderada Intensa ESCALA DE DOR DE 0 A 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Oxiênio 5 - Colar cervical 6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Medicamentos a) b) c) 8 - Curativos 9 - Kred 10 - Assistência obstétrica

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino H UT 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 3 - Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Paciente vítima de colisão moto com carro com fratura exposta de tornozelo, consciente, orientado, usando capacete, não faz uso de medicamento

Responsável pela recepção

Socorristas Médico AE/TE 900000 Enfermeiro Condutor Roberto



Alto

NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco Louca Siqueira

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

Neurologia: OK!
Ortopedia: OK!

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
Responsável:	SANDRA	Sexo:	Masculino
Profissão:	AUTONOMO	Fone:	-
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	CNS:	898003923519771
		Documento:	RG: 2479114 - SSP PI
		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):	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	Laranja
Breve História Clas. Risco:	ISAAC GUEDES ALVES ALCOFORADO COSTA 315296 Em: 22/07/2019 09:24:19	
TRAZIDO PELO SAMU, POLITRAUMATIZADO POR ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO/CARRO), QUEIXA DE DISPNEIA. MID IMOBILIZADO, FRATURA DE TORNOZELO DIREITO (SIC).		

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

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (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 VÔMITOS, OTORRAGIA OU PERDA DE CONSCIÊNCIA.
NO 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: CID:

Exames Complementares:

- (1266544) - TORAX PA
(1266545) - PE OU PODODACTILO DIREITO
(1266546) - PERNA DIREITA

Prescrição Médica:

AValiação DA NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA E REAValiação DA CIRURGIA

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: _____ HORA: _____

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 22/07/2019 09:37:44

10:12

Antônio Fco Sousa Filho

80933

→ politruca

→ 116 15

→ 5em Clóutn

(geram)

→ Don abdominal

l MZD

→ 1x em

MZD

→ 72 (mop)

5em 1m0n

neuro cingicon.

col: liberado da

WCR (Neurocin.)

- Aval c. vna / antenada

Brasão do Estado de São Paulo
Rua São Pacheco, No 2159
20 Andar - Centro
64.001-160 - Teresina - PI

Flávia Juracy Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69604
SAGE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





UN
HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RECETARIO
Isolante

INSTITUTO ASSISTENCIAL

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC		IDADE		CLÍNICA		ENF. OU AP		LEITO	
ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA		8933		12/03/1986		33		Ortopédica		231		13	
PRESCRIÇÃO MÉDICA													
FRAT. DISTAL DA TIBIA													
24/07/19													
1 Dieta oral livre													
2 Jelco nalinizado													
3 Ranitidina 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 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h													
7 Bromexida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 hs SN													
8 Curativos diários													
9 Cuidados gerais - sinais vitais													
10 CURSADO 49/18/50													
OBSERVAÇÕES													
Alto													
23.00 Verificado													
PA: 135x79 mmHg													

Dr. Jordano Cronembreg / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367



**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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	244149

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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-Exp:
11-Mãe: MARIA GORETE SOUSA SILVA	12-Fone: -	14-Fone: -	
13-Resp: SANDRA			
15-Ender: RUA LONGA 2340 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-040	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-040
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS		
31-Cod.Proced.Princip. 0408050497	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030830	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: PIMMES		

38-Profissional Responsável: ALMIR ALVES REBELO FILHO	40-Tp. Documento: CPF	Almir Alves Rebelo Filho Ortopedia, Traumatologia CRM-PI 2972 Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 30/07/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 772.586.903-44	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Paciente com fratura bimalar
direita*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	Ass. Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria		52-CNS/CPF:
	Ass. Carimbo (Rg.Conselho)	

(KARLA BATISTA)



PIMMES - PiauÍ Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-PiauÍ
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

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

PACIENTE - Nome: Antonio Francisco Sousa Silva
Nº AIH: 244149
Nº do Prontuário: 80933 **Data da Internação:** / /
Procedimento Médico Realizado: 0408050497
Indicador de Compatibilidade: 0702080830
MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Almir
CRM Nº **CPF Nº**
DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 30/07/19 **DATA DA ALTA:** / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx-036	01 Placa de 1/3 tubular 35mm de 9 furos parafusos corticais (10)

Assinatura do Médico Responsável
Almir Alves Rebelo Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972

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

Teresina 30 de Julho de 2019
Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha
C.N.P.J:
Assinatura:
Cargo:
Nome: Amália

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30 / 07 / 19

NOME DO PACIENTE: <u>Antonio Francisco Sousa Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>80933</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Frat. Simples do D</u>	CIRURGIA: <u>Frat. de tornozelo</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Almir</u> <u>Almir Alves Rebelo Filho</u> Ortopedia - Traumatologia	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Estudante</u> <u>Dra. Tanna Nunes</u> ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 5035	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Socorro Oliveira</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	-	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	01		<u>At. Dupem</u>	"	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>Eléctrodos</u>	"	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Espreovias</u>	"	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>	"	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0.10</u>	"	01		CIRCULANTE: <u>Valdineire</u>			
PROLENE							

Fls. 30/07/19
Matrícula: 58004
SABE - HJT
CONFIRME COM O ORIGINAL
Ker

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Antônio Fco. Rebelo Filho*

Diagnóstico pré-operatório *fratura Bursalela Direita.*

Operação - Tipo *Osteossíntese*

Cirurgião *AMR* 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *20/09/15* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Realizado em DDT de quiroscópio e faixa de guias, Anestesia, Antissepsia, Colocação dos campos estéril, Aluno ao nível medial e lateral direito, Osteossíntese de fratura, Curativo, Retirada de faixa, SN

Amir Alves Rebelo Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

sem conexão

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

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: -	14-Cor: Parda	
13-Resp: SANDRA			
15-Ender: RUA LONGA 2340 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-040	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-040
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Paciente vítima de Trauma, da
coluna e dor nas costas em
tombado direito*

21 - Condições que justificam a internação:

Acuidade de lesão

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

Rx - Frat Trimalar. D

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

24-CID Prim: **S823**

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (KARLA BATISTA) Consulta Local: 732315 Consulta SUS: Impressão: 30/07/2019 16:21:28

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE HUT

NOME DO PACIENTE <u>anterior fur para ventos</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>30.07.19</u>	P. ARTERIAL <u>140 x 90</u>	PULSO <u>102</u>	RESPIRAÇÃO <u>18</u>	TEMPERATURA	PESO <u>110 kg</u>	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>—</u>					ELETROCARDIOGRAMA <u>normal</u>	
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>—</u>					ASMA <u>nao</u>	BRONQUITE <u>nao</u>
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>—</u>					SISTEMA URINÁRIO <u>—</u>	
SISTEMA DIGESTIVO <u>—</u>					CORTICOIDES	ATARAXICOS
ESTADO MENTAL <u>despertado E</u>					OUTROS <u>nao</u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>puto torácico V</u>					FÍSICOS <u>—</u>	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <u>—</u>					APLICADO AS <u>—</u>	EFEITOS <u>—</u>
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO		1. <u>hipno per. 15 mg</u>				
1		2. <u>pent. 100 mg</u>				
2		3. <u>propofol 100 mg</u>				
3		4. <u>atracurium 10 mg</u>				
SO-UTO 500		5. <u>clonitazepam 5 mg</u>				
SANGUE 300		6. <u>propofol 100 mg</u>				
200		7. <u>propofol 5 mg</u>				
OUTROS 100						
LÍQUIDOS		SEQUÊNCIA				
TEMPERATURA T		1. <u>anest. local + morf</u>				
Cº		2. <u>anest. local</u>				
38		3. <u>anest. local</u>				
P. ARTERIAL V O PULSO		4. <u>anest. local</u>				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		5. <u>anest. local</u>				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		6. <u>anest. local</u>				
RESPIRAÇÃO O		7. <u>anest. local</u>				
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TÉCNICAS <u>regional</u>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <u>os. torácico</u>						
CIRURGIÕES <u>aberto</u>						
ANESTESISTAS <u>Dra. Yanna Nunes ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 5089</u>						
<u>11:00 > 1:00, 100% O2, 100% O2, 100% O2, 100% O2, 100% O2</u>						
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS <u>acordado, 100% O2, 100% O2</u>	



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

UDO 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
5828856Código da
Internação:4-CNES
5828856

244114

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 Prin:
S826

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050217 REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO

29-Clinica:

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

02 01 CPF 003.695.133-12

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS

24/07/2019

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

Tempo SUS
2

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Tipico

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-Documeto:

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

FHTFundação Hospitalar
de Teresina**SUS**Prefeitura de
Teresina

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 24/07/19**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco Sousa Silva PRONTUÁRIO Nº: 80933

DIAGNÓSTICO: luxação tornozelo D CIRURGIA:

ANESTESIA: Eduardo Nº DA SALA: 02

CIRURGIÃO: André CPF Nº:

AUXILIAR: CPF Nº:

ANESTESIA: Raque + Saldanha CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Viana CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI -	UNID.	—	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº <u>7</u>	PAR	—	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR	—	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	—		PVPI DE GERMANTE	ML	—	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	—	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	10		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Cupom</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <i>Assinatura Responsável</i> <i>Assinatura: SUSA</i> <i>COPIAR COM O ORIGINAL</i> <u>[Assinatura]</u>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Vandília</u>			
PROLENE							



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente

ANTÔNIO FRANCISCO SOUSA SILVA

Diagnóstico pré-operatório

LUXAÇÃO TORNADOZEL

Operação - Tipo

REDUÇÃO INCRUENTA + REPOSIÇÃO AO FÍXADO

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

André

3º Assistente

Instrumentador

Viana

Anestesista

Eduardo

Anestesia

Rogério +
Sideroso

Anestésico(a)

Data da Operação

24/07/19

Início

Fim

Diagnóstico pré-operatório

EMP

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① PACIENTE EM DDH SOB NARCOSE + RAVI
- ② REPOSIÇÃO AO FÍXADO APÓS REDUÇÃO
- ③ RADIOGRAFIA + CURATIVO.

Fundação Municipal de Saúde
Hospital de Urgência de Teresina
Serviço de Anatomia Patológica
COMPART. CIRURGIA

XCO



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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: 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

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Queixa de dor
aguda de tornozelo

21 - Condições que justificam a internação:

fratura

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

RG e Rg único

Diagnóstico Inicial:

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S823

Fratura da extremidade distal da tíbia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

08050497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO

Tempo SUS

3

29-Clinica:

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

02

01

CPF

622.384.263-53

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

22/07/2019

PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO

Dr. Paulo Henrique L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1367

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

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 Antônio Francisco Sousa Silva						Nº DE REGISTRO 80933	
DATA: 22/07/19	P. ARTERIAL 115x70	PULSO 105	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA NDN							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA NDN							
SISTEMA CIRCULATÓRIO NDN						ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO NDN						ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO Jejum > 8h. NDN				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL NDN LOTE				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura tornozelo ①						FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) Não houve				APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES
		1 2 3					Neocortina pesada 15mg
LÍQUIDOS		SO-UTO 500					Dormit 80mg
		SANGUE 400					Cefazolina 2g
		SANGUE 300					Dexametasona 10mg
		SANGUE 200					Tilidil 40mg
		OUTROS 100					Ondansetrona 4mg
							Ft. Metrona 2mg
							Dipirona 2g
TEMPERATURA T		Cº					SEQUÊNCIA
		260					1 Monitorização
		240					2 BSM 13-14 4/5 0276
		2					3
P. ARTERIAL V O PULSO		38					4
		200					5
		180					6
		160					7
		140					8
		120					9
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		100					10
		80					11
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60					12
		40					13
		20					14
RESPIRAÇÃO O		10					15
							DURAÇÃO 35'
SÍMBOLOS		12					
TÉCNICAS		Bloqueio subcutâneo + redeção					INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES		Fto cirurgia de fratura no tornozelo ①					Não houve
CIRURGIÕES		Rafael de Moraes Machado Brito					
ANESTESISTAS		MÉDICO ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 6649					
		A+A. Princípio Única, mediana, 13-14 - Usando Ure cloro, gota, gota					
		Injetado Altoprindo. Sem intercorrências.					
PARITICULARIDADES							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS



Braga & Braga

Importação e Exportação

0677

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE :		CNPJ:	
PACIENTE: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA		COD.SIG TAP: 0702030406	
RG.HOSPITAL: 243604		USADO: 22/07/19	
DATA: ALTA:		CRM: [Signature]	
PROCEDIMENTO: 0408050497		CPF:	
MEDICO: DR. PAULO		Ortopedia e Traumatologia	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

ORTOSINTERE IND. E COM. LTDA Rua: 4747/DE Lote: 10F005211 FIXADOR LAY FIX O BARRA 300 FIXADOR EXTERNO LAYFIX Registro ANVISA: 10228710095		Vol. 001072023	ESTERIL R 03/07/2018						
Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 0001828975									

Responsável Pelo Preenchimento:

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

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

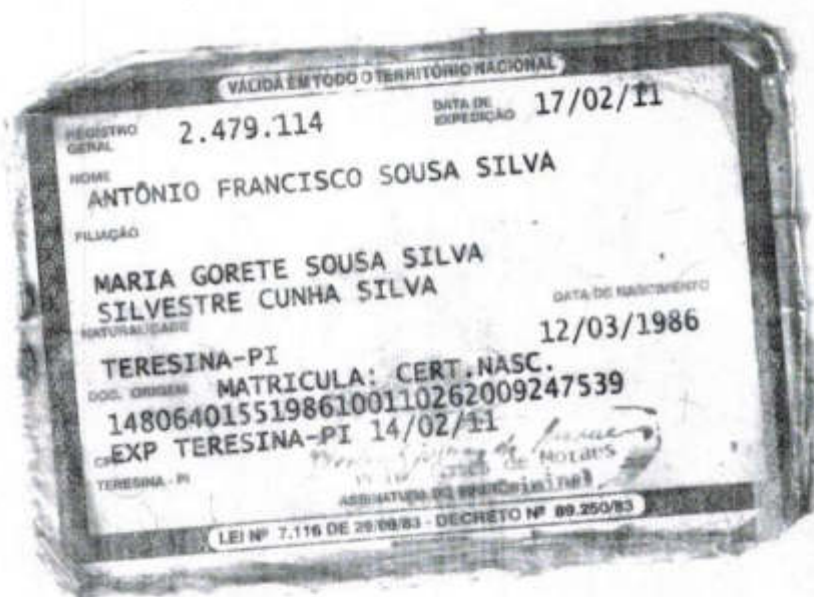
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/07/19

NOME DO PACIENTE:	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <i>Boque</i>	Nº DA SALA: 09
CIRURGIÃO: <i>D. Pautas</i>	CPF Nº:
AUXILIAR: <i>Acad</i>	CPF Nº:
ANESTESIA: <i>D. Rajack</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>Salome</i>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 75	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 80	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	14	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	03	
JELCO Nº 18	UNID.	01		Preparação 200	1/4	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Celia</i>			
PROLENE							



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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA
RG: 2.479.114 Órgão Emissor: SSP-PI
CPF: 048.470.623-37 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: AUTÔNOMO
Endereço: Rua: Anísio Pereira Nº 1034
Bairro: NOVO BRASIL Cep: _____ Cidade/UF: TERESINA-PI
Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Órgão 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, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA
CPF: 048.470.623-37 Data do Acidente: 22/07/19
Cobertura solicitada: ☒ Invalidade Permanente () Dams () Morte

TERESINA 16 OUTUBRO 2019
Local e data

Antonio Francisco Sousa Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticação)

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA, DOU-RE, EM TERESINA-PI, 16/10/2019. Selo: AK39604-600B
www.tjpi.jus.br/poderalegitimo
KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCRIVENTE AUTORIZADA
EML: 3.85 TJ: 0.77 FIMP/PI: 0.10 Selo: C.26 Total: 4.98 - 09:118
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO TERESINA SANTOS
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardenia da Silva Santos
Escritora Autorizada
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 médico-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 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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO SOUSA SILVA

CPF de: Próprio

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 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