

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: 13/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000095021-0

Nr. da Autenticação 7F4CEF486E08F76D

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Fabiano Cardoso Oliveira,

RG nº 027-993263 0048, data de expedição 11/08/19,

Órgão 33P-PI, CPF nº 029 547.783-00

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

**J CORRETORA
DE SEGUROS**

29 JUL 2019

DPVAT

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Projetado;</u>
Número	<u>1300;</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Planalto Itumbiara;</u>
Cidade	<u>TERESINA;</u>
Estado	<u>PI/PI;</u>
CEP	<u>64.000-000</u>
Tel. de contato	<u>(86) 9.9999-0117</u>
E-mail	<u>(86) 9.8894-7604</u>

(86) 9.8867-8941

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

TERESINA (PI), 27/07/2019

Fabiano Cardoso Oliveira

Assinatura do Declarante

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 87, Resolução 456/2000 da ANEEL NF: 718916

JOAQUINA MARIA DE JESUS DOS SANTOS

RUA PROJETADA, N° 2300, PLANALTO ININGA

CEP: 64.000-000

TERESINA-PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
0353100-7	06/2019	21/05/2019 a 21/06/2019
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
86	25/06/2019	R\$ 81,09

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

CORRETO
DE SEGUROS

19 JUL 2019

recorte aqui

DPVAT**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO
PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
0353100-7	06/2019	R\$ 81,09

836200000005.544900170009.000000003988.675609150056



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 87, Resolução 456/2000 da ANEEL NF: 718916

MAGNO ROSA DA SILVA

ESTRADA DA CATARINA, POV: HUMAITÁ, S/N. B-RURAL

CEP: 64.039-990

TERESINA-PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
9877296-5	06/2019	21/05/2019 a 21/06/2019
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
38	25/06/2019	R\$ 34,99

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
9877296-5	06/2019	R\$ 34,99

CORRETORA
DE SEGUROS

29 JUL 2019

DPVAT

836200000005.544900170009.000000003988.675609150056



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu,

inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.243.973-06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fabiano Cardoso Oliveira inscrito (a) no CPF sob o 029.547.783-00

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fabiano Cardoso Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o 029.547.783-00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Reclamo me Renda: Reclamo me e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

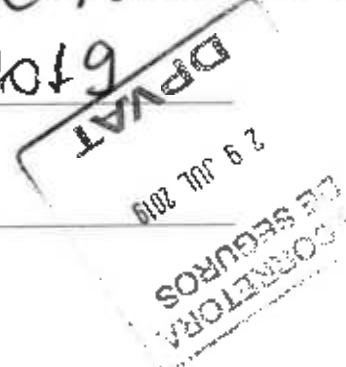
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço: <u>Estada da Alegria</u>	Número: <u>511</u>	Complemento: <u>Rua Humaita</u>
Bairro: <u>Ramal</u>	Cidade: <u>Teresopolis</u>	CEP: <u>24.039-990</u>
E-mail: <u>magnofatima04@gmail.com</u>	Telefone: <u>(86) 9.8894-7604</u>	

Local e Data:

TERESOPOLIS; 25/07/2019

Magnus Roro De Silva
Assinatura do Declarante



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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Duvidas: 0800 021 91 35

Eu JOAQUIM CARDOSO OLIVEIRA

RG nº 063433102017-6, data de expedição 26/09/2017

Órgão SSP/MA, portador do CPF nº 604825853-40

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Estrada da Cumbra Velha nº 3/N

complemento Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Fabiano Cardoso Oliveira cujo o condutor era
Fabiano Cardoso Oliveira

Veículo: MOTO Modelo: HONDA CG 125 FAN KS Ano: 2010

Placa: NIQ-7597 Chassi: 9C2JC4110 BR 444708

Data do Acidente: 14/03/2019

**1 CORRETOR
DE SEGUROS**

Local e Data: TERESINA (PI); 23-07-2019

29 JUL 2019

DPVAT

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina

ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FORTES SILVEIRA - TABELIA INTERINA
CPF: 97352141/00-19 - ONS: 19901

AV. RUA CARLOS WILSON, QUADRA 129 L'ARARÉ, 1111, TERESINA - PIAUÍ, CEP: 66060-540

RECONHEÇO POR AUTENTICAÇÃO A FIRMA DE JOAQUIM CARDOSO OLIVEIRA N
DOCUMENTO DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM TESTE
VERDADE DOU FE TERESINA, 23/07/2019 11:36:30
SELO AAH12924-8866 CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portal/verbo

ADRIANA CAROLINE SILVEIRA M A - ESCRIVENTE
EAC: R\$ 3,35 T, R\$ 0,77 MP R\$ 0,15 Selos R\$ 0,26 T, R\$ 4,99

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina

ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FORTES SILVEIRA - TABELIA INTERINA
CPF: 97352141/00-19 - ONS: 19901

AVENIDA JOAQUIM WILSON, QUADRA 129 L'ARARÉ, 1111, TERESINA - PIAUÍ, CEP: 66060-540

RECONHEÇO POR AUTENTICAÇÃO A FIRMA DE JOAQUIM CARDOSO OLIVEIRA N
DOCUMENTO DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM TESTE
VERDADE DOU FE TERESINA, 23/07/2019 11:37:38
SELO AAH12924-8866 CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portal/verbo

ADRIANA CAROLINE SILVEIRA M A - ESCRIVENTE
EAC: R\$ 3,35 T, R\$ 0,77 MP R\$ 0,15 Selos R\$ 0,26 T, R\$ 4,99



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 - Centro Sul - Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: H. Mat. Satélite

Nome: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA

Data do exame: 22/04/2019

Id Paciente: 556468

Data do laudo: 30-04-2019

Raio X da Mão Direita

ACHADOS:

Amputação da falange média e distal do quinto dedo.

Demais estruturas ósseas com textura e densidade normais.

Superfícies e espaços articulares sem alterações.

Partes moles sem alterações.

Dr. Leonardo Augusto
Médico Radiologista
CRM-PI: 3050

J CORRETO
DE SEGUROS

29 JUL 2019

DPVAT

HOSPITAL DO SATELITE FABIANO CARDOSO OLIVEIRA

HOSPITAL-ACQUIRED

22/04/2019 03:1Y M 556468
16-10-00 Nasc: 03/11/1987

03-Y M 556468
Nasc: 03/11/1987

MAO-PA

UP EXM

2370 X 1770

W: 1023 L: 511

78.02% MW: 1023 L: 511

78.02%



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otton Tito 1823 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Ortopedia

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/03/2019 18:07:12

(Usu): UNITEI. PARENTE

(Estação): CONSULTAS

Nome: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA		Prontuário: 56330
Mãe: IZABEL DA SILVA CARDOSO	Pai: FRANCISCO DE ASSIS OLIVEIRA	
End. Resid.: RUA PROJETADA 2300 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 03/11/1987	Idade: 31a/11d	Sexo: Masculino Fone: 86-98888-7169
Responsável: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA	CNS: 160225197850006	
Profissão: AUX. DE MARCINEIRO	Documento: RG: 0279932620348 - SSP-MA	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 712238	Entrada: 14/03/2019 18:07:00	Convênio: S O S	Proced: 3301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: ENCAMINHADO DO HSCB C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ 1 CH. RELATO DE TCS, TORMENTURA, TRAUMA EM 4º, 5º QRS D C FERIMENTO E AMPUTAÇÃO PARCIAL, PERDA DE DENTE, CEFALEIA, NEGA OUTRAS QUEIXAS. (STC) ECG-15 FRAJA USO DE CAPACETE MAS SACOU-C. (STC)		CLERIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 139433 Em: 14/03/2019 18:12:18

SSVV: (Hora: 18:20)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 m IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ APROXIMADAMENTE 4H COM LESÕES COM EXPOSIÇÃO OSSA EM QUIRODACTILOS DE MÃO DIREITA. RELATA USO DE CAPACETE. RELATA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS, HEMATOMAS, DESEGUROS
OTORRAGIA. REFERE CEFALÉIA DE FORTE INTENSIDADE.
A) VIAS AERÉAS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RÍGIDA
B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 76.BPM, SAT 92.98%
C) RR, 20, BNF, SS.
D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES. ABDOME INOCENTE. PELVE ESTÁVEL.
E) LESÃO EM QUIRODACTILOS DE MÃO DIREITA

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

(1172782) - MÃO DIREITA
(1172784) - T.C. DE CRÂNIO

Prescrição Médica:

HUT DR. ZENON ROCHA
TELMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: crânio TC
DATA: 14.03.2019 18:35
Hugo. de Lencastre

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):

DATA: / /

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

DANIEL MOURA PARENTE
3490 Em: 14/03/2019 18:27:28

RAIO-X REALIZADO
DATA: 14/03/2019
CID: 712238
Técnico: [assinatura]

29 JUL 2019
Janaína Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

**1 CORRETORES
DE SEGUROS**

29 JUL 2019

DPVAT

NOME DO PACIENTE: Juliano Carlos Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 5640

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".

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47380
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Etiqueta de Autorização

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
DE BPA INDIVIDUALIZADO**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **FABIANO CARDOSO OLIVEIRA**6 - Prontuário: **56330**7-CNS: **160225187850006**8-Nascimento: **03/11/1987**9-Sexo: **Masculino**CPF: **- - -**Mãe: **IZABEL DA SILVA CARDOSO**12-Fone: **86-98888-7169**13-Resp: **FABIANO CARDOSO OLIVEIRA**

14-Fone:

15-End: **RUA PROJETADA 2300 - PLANALTO ININGA**16-Munic: **TERESINA**17-Cod. IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010****PROCEDIMENTO SOLICITADO**

19-Cod. Procedimento

0206010079

20 - Nome do Procedimento Principal

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

21 - Qtd

1**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

26-Diagnóstico:

27-CID Prim:

28-CID Sec:

29-CID Terc:

26-Observações:

**J CORRETO
DE SEGUROS****29 JUL 2019****DPVAT****SOLICITAÇÃO**

38-Nome Profissional Solicitante:

DANIEL MOURA PAENTE

39-Data Solicitação:

14/03/19

40-Tp. Documento:

CPF

40-No. Doc. Med. Solic.:

839.840.703-49

41-Ass. Carimbo Med. Sol. Chm:

AUTORIZAÇÃO

48-CBO:

45 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

/ /

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Origem: **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**Requisição: **931725**Consulta: **712228**Exame: **1172784**

(Ass. Paciente/Responsável)

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: **47390**
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



ALTA

234928

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

286528

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	234928

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA	6 - Prontuário: 56330
7-CNS: 150225187850006	8-Nascimento: 03/11/1987
9-Sexo: Masculino	RG: 0279932620048 -
1-Mãe: IZABEL DA SILVA CARDOSO	12-Fone: 86-98888-7159
13-Resp: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA	14-Cor: Sam Informação
15-End: RUA PROJETADA 2300 - PLANALTO ININZA - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>fratura de 1º dedo met. D, along. de parte lateral de fratura de 5.º dedo met. D, fratura de 1º dedo met. D</i>
21 - Condições que justificam a internação: <i>fr. corpo</i>

CORRETO
DE SEGUROS

29 JUL 2019

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Rx</i>
--

23-Diagnóstico Inicial: fraturas múltiplas de dedo(s)	24-CID Prim: S627	25-CID Sec: S627	26-CID Terc: S627
---	--------------------------	-------------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 0408060042	29-Procedimento Solicitado: AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	Tempo SUS 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.: 804.614.683-87	33-CPF: 804.614.683-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILANILDO LIMA COSTA	34-Data Solicitação: 14/03/2019	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM): Dr. Wilanildo Lima Costa CRM-PI 4740/CRM-PA 0663 TEOT: 1303

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-CROR:
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): Dr. Carlos Alves Amêlio Filho ASSESSOR DE SAÚDE CRM-PI 1256 - CPF: 117.543.193-53 SUS: 980016000036529
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:				52-Data Impressão: 14/03/2019 20:21:24

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 186518 AIH: 2219100183663
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL SAO CARLOS BORROMEO	CNES 2323478
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 160225187850006	NOME DO PACIENTE FABIANO CARDOSO OLIVEIRA	NASCIMENTO 03/11/1987	SEXO M	PRONTUÁRIO 56330
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8698887169	NOME DA MÃE IZABEL DA SILVA CARDOSO	RESPONSÁVEL FABIANO CARDOSO OLIVEIRA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO PROJETADA			NUMERO / LOTE 2300
BAIRRO PLANALTO ININGA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
 PACIENTE COM DECEPAÇÃO PARCIAL DO 5º QUIRODACTILO DIREITO E PANCADA NA CABEÇA HA 30 MINUTOS (ACIDENTE MOTOCICLISTICO). NEGA ALERGIAS.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S627 - FRATURAS MULTIPLAS DE DEDOS	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS DE SEGUROS
--	-------------------	--

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
 0408060042 - AMPLTACAO DESARTICULACAO DE DEDO

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO DO CONSELHO) WILANILDO LIMA COSTA CPF: 80461468387
---------------------------------	---

CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 14/03/2019	CRM: CRM:
DATA ADMISSÃO 14/03/2019 18:27	DATA ALTA 17/03/2019 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) AARAO CRUZ MENDES CPF: 13178547304	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 14/03/2019 20:54:29
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM ORIGINAL



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente			Fabiano Carlos Oliveira		
Diagnóstico pré-operatório			Exato d. S. Dendado 1 + Perto Exato d. Exato		
Operação - Tipo			Supratentorial Exato d. S. Dendado 1		
Cirurgião		1º Assistente		2º Assistente	
Dr. Wanda Costa		Costa		Costa	
3º Assistente		3º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)		Anestésico(a)		Anestésico(a)	
Data da Operação		Início		Fim	
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório		Diagnóstico Pós-operatório		Diagnóstico Pós-operatório	
Diagnóstico Pós-operatório		Diagnóstico Pós-operatório		Diagnóstico Pós-operatório	
Relatório Imediato do Patologista		Relatório Imediato do Patologista		Relatório Imediato do Patologista	
Relatório Imediato do Patologista		Relatório Imediato do Patologista		Relatório Imediato do Patologista	
Acidente Durante a Operação		Acidente Durante a Operação		Acidente Durante a Operação	
Acidente Durante a Operação		Acidente Durante a Operação		Acidente Durante a Operação	

CORRETORES
DE SEGUROS

29 JUL 2019

DPVAT

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

1. Pto em DMM sob Bloqueio Exato d. 4. e 5. Dendado 1
2. Mandado Exato + Exato + Exato Exato
3. Exato Exato + Exato Exato Exato Exato Exato Exato
4. Exato Exato Exato Exato Exato Exato Exato Exato Exato Exato
5. Exato Exato Exato Exato Exato Exato Exato Exato Exato Exato
6. Exato Exato Exato Exato Exato Exato Exato Exato Exato Exato

Costa

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Mod. 76 HUT



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº

Proc. Nº

Rubrica

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 14 03 2019

NOME DO PACIENTE:	Fabiano Carlos Oliveira	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO:	Perda de tecido extenso + Fr. Exposto	CIRURGIA:
ANESTESIA:	d. S. Dandetta D.	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO:	Dr. Wilmar	CPF Nº:
AUXILIAR:		CPF Nº:
ANESTESISTA:		CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	Ired.	CPF Nº:

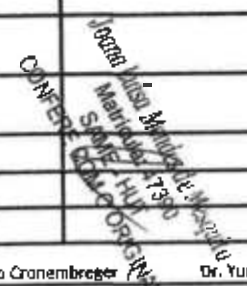
MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		crepon	unid	02	
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	3-0	2					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	EVA + Edina		
PROLENE							

29 JUL 2019

DPVAT

Joana Luiza Mendes da Mesquita
Matricula: 47390
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
FABIANO CARDOSO OLIVEIRA		56330	03/11/1987	31	Ortopédica	231	228	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS			OBSERVAÇÕES			
DI: 14/03/2019	FRAT EXP 5ºQD + LESÃO PARTES MOLES							
17/03/19	<i>Atos cuidados da Neuro</i>							
1	Dieta oral livre							
2	Jelco salinizado							
3	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
8	Curativos diários							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
10								
 Dr. Yuri Jivago Félix Ortopedista/Traumatologista CRM 112308 / CRM 112308								
 João José Mendes de Jesus Médico - ORTOPEDIA CRM 112308 / CRM 112308								
Dr. Giordano Cronembreg Ortopedia e Traumatologia /		Dr. Yuri Jivago Félix /		Dr. Ricardo S. Valença /		Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho		
CRM 3415 TECT 10029		CRM 112308		CRM 3766 TECT 11305		CRM 3367		

[illegible]



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Roberto Leal dos Santos</u>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA <u>OUTROS (21601/2143)</u>	LEITO <u>2331228</u>
A CLÍNICA <u>NEURO</u>	
MOTIVO DA CONSULTA <u>Para obter certidão para TCE</u> <u>Transtorno, aneurisma da Aorta</u> <u>Soluto Aneurisma e aneurisma</u>	
DATA: <u>16/03/19</u>	<u>Yuri Juvago Falcão</u> Oncologista / Traumatologista CRM-01-2308 ASS. MÉDICO CONSULTANTE
PARECER <u>F 1017</u>	J. CORRETORES DE SEGUROS
<u>Transtorno por TCE</u>	29 JUL 2019
<u>TC cefalo crânio</u>	DPVAT
<u>* aneurisma, sem ruptura</u>	
<u>com um cisterna neurocrânio</u>	
<u>atenuando Aneurisma</u>	
	<u>Joana Luiza Mendes de Mesquita</u> Matriculada 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL
	<u>Antonio Carlos Sousa</u> Neurocirurgião CRM-01-3720 ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA: 16/03/19

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Roberto Cardoso Oliveira IDADE 33 anos DATA 14/03/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 hs 10 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO (X) LC
 CIRURGIA REALIZADA Amputação de dedo mão "D" CIRURGIÃO Willems de

SINAIS VITAIS	HORAÍO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>127 X 75</u>	<u>142/42 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>71</u>	<u>82 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>95%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elione</u>	

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	     	TOTAL	<u>10</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR SAÍDA	     	ASS.	<u>maio</u>	<u>29 JUL 2019</u>	

() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA NASOGÁSTRICA
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
21:10 - Paciente chega na RPA no POI de amputação do de
da mão "D", consciente, respiração espontânea, boa SPL₂
hemodinamicamente estável, em HU, sem queixas. Não

Do 03:45 - 46 SRPA, estável

Liliane Nunes de Sousa
 Enfermeira
 COREN 359 426

Norma Tais T. Brito
 Enfermeira
 COREN 21574 60

RAIO-X RESUMIDO

DATA 14/03

Técnico: Joana Luiza Mendes da Mesquita

Matrícula: 47360

SAME - JUT

CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA Alta

Dr. Diego F. de Oliveira

MEDICO ANESTESIOLOGISTA
 COREN 3426

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABIANO CARDOSO OLIVEIRA** (Prontuário: 56330)
Endereço: RUA PROJÉTADA 2300 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/11/1987 Idade: 22a4m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 48633
Requisição: 33677 Solicitação: 19/02/2010 Solicitante: JOSE FRANCISCO DE CARVALHO DIAS
Controle: 43263 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 19/02/2010

MAO ESQUERDA

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

- FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 2º QUIRODACTILO;
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

(RICARDO)

TERESINA - PI 18/03/2010

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 18/03/2010 18:19:00

**CORRETORA
DE SEGUROS**

29 JUL 2010

DPVAT

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica - HUT
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FABIANO CARDOSO OLIVEIRA** (Prontuário: 56330)
 Endereço: RUA PROJETADA 2300 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 03/11/1987 Idade: 31a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 712238
 Requisição: 931724 Solicitação: 14/03/2019 Solicitante: DANIEL MOURA PAENTE
 Controle: 1172783 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 14/03/2019

MAO DIREITA

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

- Fratura completa recente na falange média do 5º quirodactilo com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 13/06/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

CORRETOR
DE SEGUROS

29 JUL 2019

DPVAT

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47580
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

TRABALHADOR

Faça a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3452 de 01.05.1946 que aprova a CTPS. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registradas todas as datas do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais de seu portador.

Dele sua importância, e seu dever protegê-lo. Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

É CONFECIONADA COM RECURSOS DO
INAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

160.22518.78-5

1306656

0040

PI

Galvino Cardoso Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR



DPVAT

23 JUL 2019

CORRETORA
DE SEGUROS

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



FABIANO CARDOSO OLIVEIRA

FILIAÇÃO: FRANCISCO DE ASSIS OLIVEIRA

IZABEL DA SILVA CARDOSO

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 03/11/1987

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BREJO - MA

DOCUMENTO: R.G. 02799320048 GEJSPC MA 11/08/2004

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 028.547.783-00

CNH: SEÇÃO:

TÍT. ELEITOR:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PI - 01/04/2013

ZONA:

Paulo Henrique de Jesus

ASSINATURA DO ELEGITADO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE DOCUMENTO

PARA

CARTÃO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

A - CASAMENTO - C - DIVÓRCIO - L - OUTRA FORMA DE INTERVENÇÃO - G - DATA DE VENCIMENTO
B - SER ELEITOR - D - ADOÇÃO - E - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

DPVAT

2 9 JUL 2019

DE SEGUROS

LEM 7116 DE 20/09/2008 - DECRETO Nº 6.820/20
 028.243.973-06
 EXP. TERESINA PI 09/09/88
 CERT. NASC. 130812 L A174 P 198
 BOC. CANCELADO
 TERESINA-PI
 DATA DE NASCIMENTO: 30/05/1988
 ZILDA SARAIVA DE SOUSA ROSA DA SILVA
 VALDY LUIZ DA SILVA
 MAGNO ROSA DA SILVA
 2.571.498
 15/09/16
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

J CORRETORA
DE SEGUROS

29 JUL 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - PÓLO DE DADOS BIOMÉTRICOS


 MAGNO ROSA DA SILVA
 0985442
 CARTERA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190450979 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/03/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 4º E 5º QUIRODÁCTILOS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO E SUTURA DO 4º.
ALTA.

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO 5º QUIRODÁCTILOS DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 5º QUIRODÁCTILOS 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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <u>Fabiano Candoro Oliveira</u>			
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Env: Gerais</u>	
RG: <u>9932630048</u>	Org. Emissor: <u>GEISPC</u>	D. Expedição: <u>08/04</u>	CPF: <u>029.547.78300</u>
Endereço: <u>RUA PROJETADA</u>		Bairro: <u>PL. ININGA</u>	
Cidade: <u>TERESINA</u>	Estado: <u>PI</u>	Cep: <u>64.000-000</u>	

OUTORGADO: (Dados do Procurador)			
NOME: <u>MAGNO ROSA DA SILVA</u>			
Nacionalidade:	ESTADO CIVIL: <u>CASADO</u>	Profissão: <u>OPERADOR</u>	
RG: <u>2.571.498</u>	Org. Emissor: <u>SSP PI</u>	D. Expedição: <u>15/09/2015</u>	CPF: <u>028.243.973-06</u>
Endereço: <u>ESTRADA DA CATARINA POV: HUMAITÁ</u>		Nº S/N	Bairro: <u>ZONA RURAL</u>
Cidade: <u>TERESINA</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64.039-990</u>	

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO-DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIO JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTALECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDADO; AFIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE À:

VÍTIMA: Fabiano Candoro Oliveira
 CPF: 029.547.783-00 DATA DO ACIDENTE: 14/03/2019

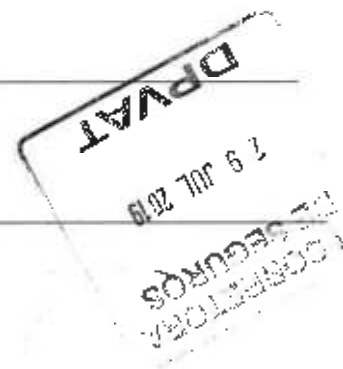
Cobertura solicitada: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DADS () MORTE

Local /Data: TERESINA (PI) - 23-04-2019

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

SELO DE AUTENTICIDADE
NO VERSO

(Reconhecer Firma por autentica ou verdadeira)



ELETRONIC DISCOUNTS
 AV. ...
 ...



VIA PARA PAGAMENTO DE CONTAS DE EMPREGA

...
 ...
 ...

...	...	...
...	...	...
...	...	...
...	...	...

...
 ...
 ...

ELETRONIC DISCOUNTS
 ...
 ...



...	...	...
...	...	...

...
 ...
 ...

Cartório 6º Ofício de Notas da Teresina

ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FREITAS SILVEIRA - TABELIÃO INTERINA

CPF: 13.282.747/00-78 - CNJ: 18001

AVEN. DA JOAQUIM NELSON, QUADRA 139, LARANJEIRA - VILA, TERESINA - PIAUI - TEL: (86) 20497-5428

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FABIANO CARDOSO OLIVEIRA
DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR EM TESTE DA VERDADE DOU
TERESINA 23/07/2019 ** 40 29

SELO AAH12225 - IRYQ CONSULTE EM www.ibrjus.br/pois sobre

ADRIANA CAROLINE SILVEIRA RAMALHA - ESCRIVÃO
E-131 R\$ 3.95 TJ R\$ 6.77 MP R\$ 0.10 SBA R\$ 0.28 TObi R\$ 0.88



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256447/19

Vítima: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA

CPF: 029.547.783-00

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 14/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MAGNO ROSA DA SILVA : 028.243.973-06

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

FABIANO CARDOSO OLIVEIRA : 029.547.783-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/07/2019
Nome: MAGNO ROSA DA SILVA
CPF: 028.243.973-06

MAGNO ROSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190450979

Vítima: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA

Data do Acidente: 14/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAGNO ROSA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIANO CARDOSO OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: **FABIANO CARDOSO OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.012,50**

Banco: **104**

Agência: **2004**

Conta: **0000095021-0**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 2 - Nº do sinistro ou ASL: 09954778300 3 - CPF da vítima: 09954778300 4 - Nome completo da vítima: Feliciano Cardoso Oliveira

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

 5 - Nome completo: Feliciano Cardoso Oliveira 6 - Profissão: Prof. de Física 7 - Endereço: Rua Profetado 8 - Número: 2300 9 - Complemento: 10 - Bairro: Pharmalto Imonga 11 - Cidade: Teresina 12 - Estado: PI 13 - CEP: 64-000-000 14 - E-mail: 15 - Tel.(DDD):

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\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIAS: 0004 ☐ CONTA: 95021 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas do Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (ou nascituros)? ☐ 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 ao artigo 299 do Código Penal.

 34 - Imprensação da grande vítima e a assinatura do representante legal: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

 38 - 38 | Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 39 | Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

 40 - Local e Data: Terresina - PI - 29/07/19

 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Feliciano Cardoso Oliveira

 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

 43 - Assinatura do Procurador (se houver): Moyses Rone da Silva

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. BARAO DE GURGUEIA
DATA: 25/07/2019 HORA: 18:11:38
TERMINAL: 16061029 CONTROLE: 160610290509

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CONTA CREDITADA: 2004 013.00095021-0
NOME: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANCA CAIXA

TELEFONE DEPOSITANTE: [REDACTED]

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

DPVAT

7 9 JUL 2019

DE SEGUROS
CORRETORES

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 09954778300 3 - CPF da vítima: 09954778300 4 - Nome completo da vítima: Ferbiano Condoro Oliveira

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

5 - Nome completo: Ferbiano Condoro Oliveira 6 - Profissão: Perito 7 - Endereço: Rua projetada 8 - Número: 2300 9 - Complemento: 10 - Complemento: 11 - Bairro: Planalto Imagem 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 04-000-000 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIAS: 0004 CONTA: 95021 AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas do Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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(s) (nascim)? ☐ 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 ao artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprensa da grande imprensa nacional: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 38 | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 39 | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI, 29/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. BARAO DE GURGUEIA
DATA: 25/07/2019 HORA: 18:11:38
TERMINAL: 16061029 CONTROLE: 160610290509

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CONTA CREDITADA: 2004 013.00095021-0
NOME: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANCA CAIXA

TELEFONE DEPOSITANTE: [REDACTED]

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

DPVAT

7 9 JUL 2019

DE SEGUROS
CORRETORA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNES: 05.522.917/0022-03

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/03/2019 18:27:28

User: DANIEL FALENTE

Paciente: CONSULTA

Nome: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA		Prontuário: 56330	
Mãe: IZABEL DA SILVA CARDOSO		Pai: FRANCISCO DE ASSIS OLIVEIRA	
End. Resid.: RUA PROJETADA 2300 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 03/11/1987	Idade: 31a4m1d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98888-7169
Responsável: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA		CNS: 160225187350006	
Profissão: AUX. DE MARCEIRO		Documento: RG: 0279932620048 - SSP-MA	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 712238	Entrada: 14/03/2019 18:07:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060629
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
---	---------------------------------------	------------------------

Breve História Clas. Risco:

ENCAMINHADO DO ESCR C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO MÁ + 4H, RELATO DE TCS, TONTURA, TRAUMA EM 4º, 5º ORDS D C FERIMENTO E AMPUTACÃO PARCIAL, PERDA DE DENTE, CEFALÉIA, NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC)
EUG-15
FAZIA USO DE CAPACETE MAS SACON-O. (SIC)

CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES
COREN PI 138937
Ed: 14/03/2019 18:12:16

SSVV: (Hora: 18 : 20)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm
Pressão: mmHg			

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ APROXIMADAMENTE 4H COM LESÕES COM EXPOSICAO OSSELA EM QUIRODACTILOS DE MAO DIREITA .RELATA USO DE CAPACETE. RELATA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VÔMITOS E OTORRAGIA. REFERE CEFALÉIA DE FORTE INTENSIDADE .
A) VIAS AEREAS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RÍGIDA
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 76 BPM , SAT 02:98%
C) RR, 21, BNF, SS.
D) GLASGOW 15 . PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE. ABDOME INOCENTE. PELVE ESTAVEL.
E) LESÃO EM QUIRODACTILOS DE MAO DIREITA

100% DE SEGUROS
29 JUL 2019

Diagnóstico Inicial:

?

RAIO-X REALIZADO
DATA: 14/03/2019
Técnico:
DPVAT

Exames Complementares:

(1172783) - MAO DIREITA
(1172784) - P.C. DE CRANIO

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Prescrição Médica:

EXAME: *exame*
DATA: 14.03.2019 18:35
Hugo

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):

DATA: / /

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

DANIEL MOURA FALENTE
3490 Em: 14/03/2019 18:27:28