

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface. The main window displays a document titled "downloadBinario.seam" from "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The document header reads "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI" and includes the process number "Processo: 08017935820208180164". A sidebar on the left shows a tree view of documents related to the case, including "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and several numbered items (12108123 to 12108140) detailing documents like "COMPROBATORIO" and "PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS". The browser toolbar at the top includes links to various services like Email, Controle de documentos, Audiências, Consulta processos, and PJEC 0801793-58.2020.8.18.0164. The status bar at the bottom right shows the date "24/09/2020" and time "10:26".



Número: **0801793-58.2020.8.18.0164**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Teresina Leste 2 Anexo I AESPI**

Última distribuição : **31/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.037,50**

Assuntos: **Perdas e Danos**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FABIANO CARDOSO OLIVEIRA (AUTOR)</b>	<b>CELSO THALYSSON SOARES E SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12108 133	24/09/2020 10:26	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

# 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:26:42  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410264241200000011457535>  
Número do documento: 20092410264241200000011457535

Num. 12108133 - Pág. 1

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, da segunda à 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 Oxydoria: 0800 021 91 35

Eu, Fabiano Cardoso Oliveira,  
RG n037-993263 0048, data de expedição 11/08/19,  
Órgão SSP-PI, CPF nº 029 547.783-00

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Projetares</u>	<u>J CORRETORA DE SEGUROS</u>
Número	<u>300</u>	<u>28/07/2019</u>
Apto/Complemento		<u>DPVAT</u>
Bairro	<u>Planalto Indiana</u>	
Cidade	<u>TERESINA</u>	
Estado	<u>PI</u>	
CEP	<u>64.000-000</u>	<u>(86) 99999-0117</u>
Tel. de contato		<u>(86) 9. 8894-7604</u>
E-mail		<u>(86) 9. 8867-8941</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: TERESINA(PI), 27/07/2019

x Fabiano cardoso Oliveira

Assinatura do Declarante





Eletrobras

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

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

19 JUL 2019

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

83620000005.544900170009.00000003988.675609150056





**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**  
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**  
**PIAUÍ**

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

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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu

inscrito (a) no CPF/CNPJ

028.243.973-06

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fabiano Condoso Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o

029.547.783-00

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Fabiano Condoso Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o N°

029.547.783-00

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Reclamo-me

Renda:

Reclamo-me

apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Era:	CEP:
Cidade:	UF:	DDD:
E-mail:		

Endereço: Estreito de Alegria  
Bairro: Rumel Cidade: Teresina Número: 310 Complemento: Rua Humaitá  
E-mail: magnofatima04@gmail.com CEP: 64.039-990 DDD: (86) 9.8894-7604

Local e Data:

TERESINA(PB); 25/07/2019

DPVAT  
29 JUL 2019  
LIDER  
SEGUROS  
SOCIEDADE

Assinatura do Declarante





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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, JOAQUIM CARDOSO OLIVEIRA,  
RG nº 063433102017-6, data de expedição 26/09/2017  
Órgão SSP/MA, portador do CPF nº 604825833-40  
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Estrada da Acumã Velha, nº 3/N  
complemento Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado 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 Número: HONDA CG 125 FAN KS Ano: 2010  
Placa: NIQ-7597 Chassi: 9C2JC4110BR414708  
Data do Acidente: 14/03/2019

I CORRETOR  
DE SEGUROS

Local e Data:

TERESINA (PI); 23-07-2019

29 JUL 2019

X Joaquim cardoso oliveira  
Assinatura do Declarante

DPVAT

Joaquim cardoso Oliveira  
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 SÁ E FRITAS SILVEIRA - TABELIÃ INTERNA  
SPF: 9312114700-78 - CNS: 7009

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOAQUIM CARDOSO OLIVEIRA N  
DOC. MENTO DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM TEST  
DOCUMENTO DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM TEST  
VERDADE, DOU FÉ. TERESINA, 23/07/2019. 11:30:30  
SRLG AAH12824-BB6 CONSULTE EM [www.tjpi.jus.br](http://www.tjpi.jus.br)

ADRIANA CAROLINE SILVEIRA MARIA - ESCREVENTE  
EM-09536-1, PCD, TITMP R\$ 0,15 BDI R\$ 0,26 BDI R\$ 4,98

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina  
ANNA BARBARA ALENCAR DE SÁ E FRITAS SILVEIRA - TABELIÃ INTERNA  
SPF: 9312114700-78 - CNS: 7009

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOAQUIM CARDOSO OLIVEIRA N  
DOC. MENTO DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM TEST  
VERDADE, DOU FÉ. TERESINA, 23/07/2019. 11:30:30  
SRLG AAH12824-BB6 CONSULTE EM [www.tjpi.jus.br](http://www.tjpi.jus.br)

ADRIANA CAROLINE SILVEIRA MARIA - ESCREVENTE  
EM-09536-1, PCD, TITMP R\$ 0,15 BDI R\$ 0,26 BDI R\$ 4,98



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:26:42  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241026424120000011457535>

Número do documento: 2009241026424120000011457535

Num. 12108133 - Pág. 6



**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.

J CORRETO  
DE SEGUROS

29 JUL 2019

DPVAT

---

Dr. Leonardo Augusto  
Médico Radiologista  
CRM-PI: 3050





FABIANO CARDOSO OLIVEIRA  
031Y M 556468  
Nasc: 03/11/1987  
MAO PA  
UP EXM  
2370 X 1770



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:26:42  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410264241200000011457535>  
Número do documento: 20092410264241200000011457535

Num. 12108133 - Pág. 8

Ortopedia



**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

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/03/2019 18:07:24  
 Usu: MUNICIPIO PARENTE  
 Detalhe: CONSULTA/01

<u>Nome:</u> FABIANO CARDOSO OLIVEIRA		<u>Prontuário:</u> 56330
<u>Mãe:</u> ISABEL DA SILVA CARDOSO	<u>Pai:</u> FRANCISCO DE ASSIS OLIVEIRA	
<u>End.Resid.:</u> RUA PROJETADA 2300 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 03/11/1987	<u>Idade:</u> 32 Anos	<u>Sexo:</u> Masculino
		<u>Fone:</u> 86-98888-7169
<u>Responsável:</u> FABIANO CARDOSO OLIVEIRA		
<u>CNS:</u> 160225197850006		
<u>Profissão:</u> AUX. DE MARCINEIRO		
<u>Documento:</u> RG: 027993262C048 - SSP-MA		
<u>G. Instrução:</u> Não informado		
<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)		
<u>End.Local.:</u>		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 712238	<u>Entrada:</u> 14/03/2019 18:07:00	<u>Convênio:</u> S D S	<u>Proced:</u> 3301060029
Motivo da Procura <input checked="" type="checkbox"/> (Conforme Paciente/Acomp), ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

Breve História Clas. Risco:  
 ENCAMINHADO DO HSCE C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ 1 CH.RELATO DE TOS, FONTOURA, TRAJMA EM 40% QRS D O PERIMENTO E AMPUTAÇÃO PARCIAL, PERDA DE DENTE, CEFALEIA, NEGA OUTRAS QNEIXAS. (SIC)  
 ECG=15  
 FAZIA USO DE CAPACETE MAS SACOU-O. (STC)

CLEBIANA MARQUES BUENOS ATAC  
 COREN PI 139933  
 Em: 14/03/2019 18:12:18

<u>SSVV:</u>	(Hora: 16 : 20 )								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	TMC:	0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉:	bpm	Pressão:	mmHg

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>									
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ APROXIMADAMENTE 4H COM LESÕES COM EXPOSIÇÃO OSSÍNA, QRS, QUIRODACTILOS DE MÃO DIREITA. RELATA USO DE CAPACETE. RELATA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA: VOMITO, OTORRAGIA. REFERE CEFALEIA DE FORTE INTENSIDADE . A) VIAS AEREAIS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESTICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO:76.BPM , SAT 92:98% C) RR, 2T, BNP, SS. D) GLASGOW 15 . PUPILLAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE, ABDOME INOCENTE, PELVE ESTAVEL. E) LESÃO EM QUIRODACTILOS DE MÃO DIREITA									

<u>Diagnóstico Inicial:</u>	RADIOLÓGICO	DATA:	CID:
?			

<u>Exames Complementares:</u>	TÉCNICO:
(11727821 - MÃO DIREITA (11727841 - T.C. DE CRANIO	

<u>Prescrição Médica:</u>	EXAME: <i>enquanto bte</i>
	DATA: <i>14.03.2019 18:35</i>
	<i>Hugos Alves</i>

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>	<i>Joana Luisa Mendes de Mesquita</i>
Observação (Adulto):	DATA: / / HORA: / /

Ausinatura Paciente ou Responsável	DANIEL MOUSA PALENTE
	3490 Em: 14/03/2019 18:27:28



HOSPITAL  
DE URGENCIA  
DE TERESINA

CORRETO  
DE SEGUROS

29 JUL 2019

DPVAT

NOME DO PACIENTE: Julinho Couto Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: SCA10

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".

João Luiz Mendes de Melo  
Matrícula: 47380  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





Etiqueta de Autorização

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE BPA INDIVIDUALIZADO

BPA - I  
*outef*

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

? - CNES

**5828856**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

4 - CNES

**5828856**

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>FABIANO CARDOSO OLIVEIRA</b>	6 - Prontuário: <b>56330</b>		
7-CNS: <b>160225187850006</b>	8-Nascimento: <b>03/11/1987</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>- - -</b>
10-Mae: <b>IZABEL DA SILVA CARDOSO</b>	12-Fone: <b>86-98888-7169</b>		
13-Resp: <b>FABIANO CARDOSO OLIVEIRA</b>	14-Fone:		
15-Ender: <b>RUA PROJETADA 2300 - PIANALTO INTINGA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>
16-Munic: <b>TERESINA</b>			

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento <b>0206010079</b>	20 - Nome do Procedimento Principal <b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO</b>	21 - Qtde <b>1</b>
---	--	-----------------------

## JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

26-Diagnóstico:	27-CID Princ.: <i>(CORRETA)</i>	28-CID Sec.: <i>DE SEGUROS</i>
29-Observações:	29-Jul-2018	
DPVAT		

## SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante: <b>DANIEL MOURA PAENTE</b>	39-Data Solicitação: <b>11/03/19</b>	41-Ass.Carimbo Med.Sol. Chk: <i>(Assinatura circundada)</i>
40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>839.840.703-49</b>	

## AUTORIZAÇÃO

45-CBO:	46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>
51-Cod. Órgão Emissor	46 - Nome do Profissional Autorizador:	49-Ass.Carimbo (Rg. Conselho) <i>(Assinatura circundada)</i>

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 931725

Consulta: 712228

Estame: 1102784

(Ass. Paciente/Responsável)

*José Luis Mendes de Melo  
Matrícula: 43390  
SAMU/HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL*





<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>	<b>Nº LAUDO: 186518</b>	
<b>AIIH: 2219100183663</b>		
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	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
160225187850006	FABIANO CARDOSO OLIVEIRA		03/11/1987	M	56330
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	8698887169	IZABEL DA SILVA CARDOSO	FABIANO CARDOSO OLIVEIRA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
	PROJETADA		2300		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
PLANALTO ININGA			TERESINA	PI	

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

##### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

##### CONDICÕES QUÉ JUSTIFICAM A INTERNACÃO

##### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

##### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S627 - FRATURAS MULTIPLAS DE DEDOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>DESENGURO</i>
--	-------------------	--

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
0448060042 - AMPETACAO DESARTICULACAO DE DEDO

29 JUL 2019

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO CONSELHO)		
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 14/03/2019	WILIANLDO LIMA COSTA CRM: 30461468387	
DATA ADMISSÃO 14/03/2019 18:27	DATA ALTA 17/03/2019 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO	CRM:

#### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

#### AUTORIZAÇÃO

##### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))  AARAO CRUZ MENDES CRM: 1317854/304	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
CRM:	CRM:
DATA ANÁLISE: 14/03/2019 20:54:29	DATA ANÁLISE:

##### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

*Joana Luisa Mendes da Mota  
Matrícula: 1390  
SAME - UFT  
CONFERE COM O ORIGINAIS*

blank

1/1





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 Andrade Oliveira

Diagnóstico pré-operatório

F. Exerto d. S. Umbigo + Pecto Fuso d. Teste

Operação - Tipo

Amyntase paral d. S. Abd. nos 1

Cirurgião

Dr. Wando Costa

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0 mns

Relatório Imediato do Patologista

∅

CORREÇÃO  
DE SEGUROS

Acidente Durante a Operação

Não houve

29 JUL 2019

DPVAT

**Descrição da Operação**

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1 Pct em TTM d. Bloco sacrum d. 4. e 5. duto per.
- 2 Manopcos → Amynt + Corp ester
- 3 Test desidens + Trigono exanth c. 36,91
- 4 Sutura pto d. porco prensel d. 2º quadril d. pto. espacial
- 5 Relyal amyntase paral d. 5º quadril d.
- 6 Sutura pto + crurais

Costa  
M. 6500

Joana Luisa Mendes de Melo  
Matrícula 147380  
SAME 340  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 14/03/2019

NOME DO PACIENTE:	<i>Fábio dos Santos Oliveira</i>	PRONTUÁRIO N°:	
DIAGNÓSTICO:	<i>Tumor de base extra + Fr. expol.</i>	CIRURGIA:	<i>Amputação parcial</i>
ANESTESIA:	<i>A.S. Durotect D</i>	Nº DA SALA:	<i>6 - S. do 105</i>
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Wilmerdo José Costa</i>	CPF N°:	
AUXILIAR:	<i>Edson Júnior</i>	CPF N°:	
ANESTESISTA:		CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Jred.</i>	CPF N°:	

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		PVP DE GERMANTE	ML	200	
AJ.GODÃO	BOLA	02		PVP TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP 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 N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 20	UNID.	01		crepon vend	UNID.	02	0,00
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:			
PROLENE							

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47980  
SAÚDE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





INSTITUIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESINA - HUT

ASP<sup>1</sup> DE URGENCIA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

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 5°QD + LESÃO PARTES MOLES								
17/03/19	Atenção cuidados da Neuro								
1	Dieta oral livre	Visto Nutricionista Adriana Karla C. C. 0320							
2	Jelco salinizado								
3	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN								
4	Dipirona _01 amp + AD EV 6/6hs								
5	Plastil _01 amp + AD EV 8/8hs 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 Fálix Ortopédica e Traumatologia CRM-PI/204/CARNEIRO-BEST							
		Dr. Giordano Cronemberger / Dr. Yuri Jivago Fálix / Dr. Ricardo S. Valencia / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopédica e Traumatologia / Ortopédica e Traumatologia / Ortopédica e Traumatologia / Ortopédica e Traumatologia							
		0029 / CRMP12308	/ CRM3766-TEOTI11305 / CRM3367						



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:26:42  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410264241200000011457535>  
Número do documento: 20092410264241200000011457535

Num. 12108133 - Pág. 16



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

( dG TALDE )

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hilma

NOME DO PACIENTE <i>Fábio Cordero Oliveira</i>	PRONTUÁRIO	CÚMICA Ortopédica	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
					<i>231/228</i>
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
	HORÁRIOS				
1 DIETA ORAL LIVRE					
2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA					
3 CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS					
4 RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 h					
5 DIPIRONA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6 h					
6 TILATIL 20mg – 1 AMP + AD EV 12/12h					
7 TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN					
8 CUIDADOS GERAIS					
	<i>Dr. Wilanido Costa</i> ADM 720/2006 TELE: 30062				
0					
	<i>OPRAI</i>	<i>CONTROLE DE RISCOS</i>	<i>CONTROLE DE RISCOS</i>	<i>CONTROLE DE RISCOS</i>	
	<i>L 01.11.08</i>	<i>L 01.11.08</i>	<i>L 01.11.08</i>	<i>L 01.11.08</i>	
	<i>DR. FÁBIO C. OLIVEIRA</i>	<i>DR. FÁBIO C. OLIVEIRA</i>	<i>DR. FÁBIO C. OLIVEIRA</i>	<i>DR. FÁBIO C. OLIVEIRA</i>	
	<i>DR. FÁBIO C. OLIVEIRA</i>	<i>DR. FÁBIO C. OLIVEIRA</i>	<i>DR. FÁBIO C. OLIVEIRA</i>	<i>DR. FÁBIO C. OLIVEIRA</i>	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:26:42

<http://tipi.pie.us.br:80/qg/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410264241200000011457535>

Número do documento: 20092410264241200000011457535

Núm. 12108133 - Pág. 17



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Fábio Henrique Cardoso	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	0100 ( 2460 / 2443 )	LEITO
À CLÍNICA	núcleo	2331028

### MOTIVO DA CONSULTA

Painel volta cervical pa TCE  
Tremor, androide e cefaleia  
Solenos síndrome e ondas

Yuri Júnior Ferreira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2308

DATA: 16/03/19

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

\* verif

sem colpo pa TCE

J CORRETOR  
DE SEGUROS

29 JUL 2019

TCE cefálico com colo

\* dúvida, sem história

DPVAT

cor. Sem cefálico novo ou j. C  
etimologia Analgesico

Junio Lula Mendes de Mesquita  
Matrícula 47390  
SAME HOT  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Antônio Carlos Soares  
Matrícula 2720  
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA:

16/03/19

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Fabiano Cordeiro Oliveira IDADE 31 anos DATA 14/10/2019  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 hs 10 min TIPO DE ANESTESIA  GERAL  RAQUE  BLOQUEIO  PERIDURAL  SEDAÇÃO (X)   
 CIRURGIA REALIZADA Ampuratação de dedo mão "D" CIRURGÃO Millenaldo

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSION		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>127x75</u>		<u>142/72 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>71</u>		<u>83 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>93%</u>		<u>95%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Flávia</u>		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSION		SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimento os quatro membros	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Movimento dos membros	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	Apresenta disfadia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	Desperta, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSION		TOTAL	<u>10</u>	<u>10</u>
ESCALA DE DOR		ASS.	<u>macia</u>	<u>DE SEGU</u>

( ) SONDA VESICAL	( ) DREN DE SUÇÃO	( ) DREN TORACICO	( ) DVÉ	( ) GOLOSTOMIA	( ) SONDA NASOG. / NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
he mL	he mL	he mL	he mL		

## Evolução de Enfermagem:

21:10 - Paciente chega na RPA no PDI de amputação do dedo mão "D", consciente, respiração espontânea, teto rcp hemodinamicamente estável, em HV, sem queixas. Neu

No 03/10 - Fb SRPA, estavel

Liliane Nunes de Souza  
Intubadora  
COREN 1359 426

No 03/10 - Dr. Ednilson Tavares  
Enfermeira  
COREN 1359 426

RAIO-X RECORTE LATERAL

PREScrição MÉDICA	ALTA SRPA <u>Abelha</u> Dr. Diego Palmeira de Oliveira MEDICO ANESTESISTA CLÍSTICO CRM-PR 3926 CRAN-PR 2019 ANESTESIOLOGISTA
ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO <input checked="" type="checkbox"/> IMAGENS E GRÁFICOS [ ]	

MOTOS: [ ] [ ] 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 PROJETADA 2300 - PLANALTÔ 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 16/03/2010

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 16/03/2010 18:19:00

José Luís Mendes de Mesquita  
Matrícula: 11900  
SAMU - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:26:42  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410264241200000011457535>  
Número do documento: 20092410264241200000011457535

Num. 12108133 - Pág. 20



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

### 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 media do 5º quirodactilo com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 13/06/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

ACORDALTO  
DE SEGUROS  
29 JUL 2019  
PPVAT

Jônio Lílio Mendes da Mesquita  
Matrícula: 47290  
SAMIZELPF  
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:26:42  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410264241200000011457535>  
 Número do documento: 20092410264241200000011457535

Num. 12108133 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:26:42  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410264241200000011457535>  
Número do documento: 20092410264241200000011457535

Num. 12108133 - Pág. 22

**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

FABIANO CARDOSO OLIVEIRA

FILIAÇÃO ..... FRANCISCO DE ASSIS OLIVEIRA  
IZABEL DA SILVA CARDOSO

NASCIMENTO ..... 03/11/1987

ESTADO CIVIL ..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: BREJO - MA

DOCUMENTO ..... R.G. 02719202620048 GE/ISPC MA 11/08/2004

LEI Nº 9.040, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF ..... 029 547 783-30

ZONA: ..... SEÇÃO:

TIT. ELEITOR: ..... L

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTERI - 01/04/2013

*Paulo Henrique Paula***ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE**

RESAÇAO

DATA DE NASC. DE DOCUMENTO

ASSINATURA DO EMISSÁRIO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

A-CASAMENTO C-DIVÓRCIO E-OUTRA FORMA DE PRATICAR MATRIMÔNIO

G-DATA DE NASCIMENTO

B-SECRECIÓN D-ACOOGH F-MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03



MAGNO ROSA DA SILVA	25/09/16	2.571.498	BRASILEIRO	BRASILEIRO	25/09/16
ZILDA SARAIVA DE SOUSA ROSA DA SILVA					
VALDY LUIZ DA SILVA					
TERESITA-PI					
30/05/1988					
DOC. ORIGINAL					
DETALHE DA DOCUMENTAÇÃO					
CERT. NASC. 130822 L A174 E 199	EXP. TRESSENDA PI 09/09/88	026.243.973-06	026.243.973-06	026.243.973-06	026.243.973-06
DETALHE DO DOCUMENTO					

J CORRETORA  
DE SEGUROS

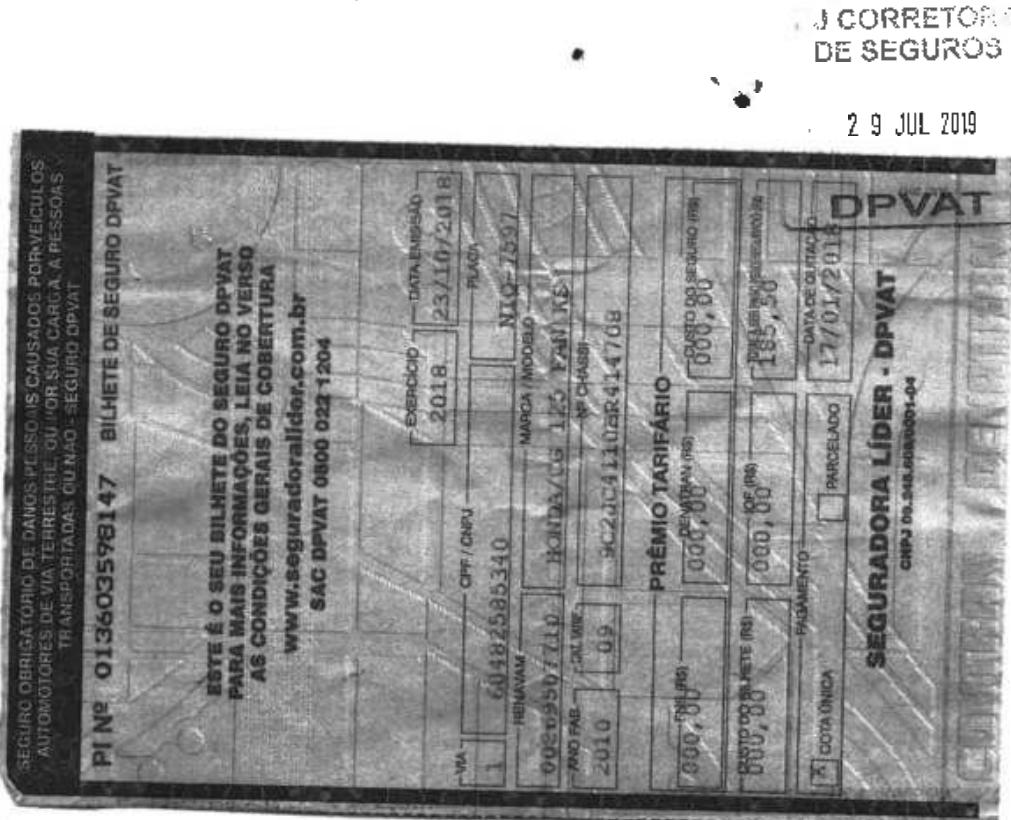
29 JUL 2019

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:26:42  
<http://tpj1.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241026424120000011457535>  
Número do documento: 2009241026424120000011457535

Num. 12108133 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:26:42  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009241026424120000011457535>  
Número do documento: 2009241026424120000011457535

Num. 12108133 - Pág. 25

## 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 Cardoso Oliveira</u> Nacionalidade: <u>Brasileiro</u> Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u> Profissão: <u>DPVAT Gerador</u> RG: <u>097.993.963-0018</u> Org. Emissor: <u>SESPC</u> D. Expedição: <u>08/09</u> CPF: <u>029.547.783-00</u> Endereço: <u>RUA PROJETADA</u> Bairro: <u>PL. ININGA</u> Cidade: <u>TERESINA</u> Estado: <u>PI</u> Cep: <u>64000-000</u>					

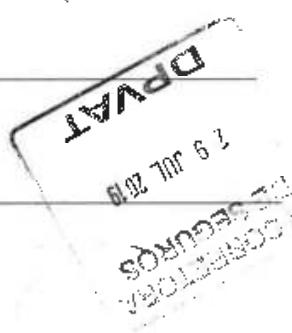
OUTORGADO: (Dados do Procurador)					
NOME: MAGNO ROSA DA SILVA Nacionalidade: ESTADO CIVIL: CASADO Profissão: OPERADOR RG: 2.571.498 Org. Emissor: SSP PI D. Expedição: 15/09/2015 CPF: 028.243.973-06 Endereço: ESTRADA DA CATARINA POV: HUMAITÁ N° S/N Bairro: ZONA RURAL Cidade: TERESINA Estado: PI CEP: 64.039-990					

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUÍ 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 DESTE MANDADO; AFIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE Á:

VÍTIMA: fabiano Cardoso Oliveira  
 CPF: 029.547.783-00 DATA DO ACIDENTE: 14/10/2019

Cobertura solicitada:  INVALIDEZ PERMANENTE  DAMS  MORTE

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



Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



(Reconhecer Firma por autêntica ou verdadeira)

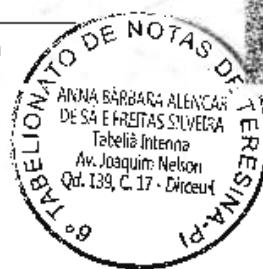




**Cartório 6º Ofício de Notas da Teresina**  
ANNA BÁRBARA ALENCAR DE SÁ E FREITAS SILVEIRA - TABELIÃA P. TERESINA  
CRPA 21202719200-28 - CNIS: 10000  
Av. Joaquim Nelson Qd.139, C.17 - Teresina - PI - Tel: (86) 3029-5121

RECONHEÇO POR ALIMENTO DADE A FIRMA DE FABIANO CARDOSO OLIVEIRA  
DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR EM TESTE *Adriana* DA VERDADE DOU  
TERESINA 23/01/2019 11:40:29  
SELO ~~AAM12223~~ - ~~JET~~ CONSULTE EM [www.tjpi.jus.br/polls](http://www.tjpi.jus.br/polls) ante

*[Signature]*  
ADRIANA CAROLINE SILVEIRA MAIA - ESCREVENTE  
E-1C R\$ 3,95 TJ. R\$ 0,77 MP. R\$ 0,00 BCO R\$ 0,28 Total R\$ 4,98



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:26:42  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410264241200000011457535>  
Número do documento: 20092410264241200000011457535

Num. 12108133 - Pág. 29

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256447/19

**Vítima:** FABIANO CARDOSO OLIVEIRA

**CPF:** 029.547.783-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/03/2019

**Titular do CPF:** FABIANO CARDOSO OLIVEIRA

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MAGNO ROSA DA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:26:42  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410264241200000011457535>  
Número do documento: 20092410264241200000011457535

Num. 12108133 - Pág. 30



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

Rio de Janeiro, 18 de 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**

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Bairro:

9 - Cidade:

10 - Complemento:

11 - Estado:

12 - CEP:

13 - Telefone:

14 - Celular:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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:

REUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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, Avaleia uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0009**  CONTA: **95021**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(insinuar 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, desse je, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou reunião ao direito de contestá-la, caso discordar 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 (viveram)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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.

NÃO AFETUZADO

34 - Impressiono o que é de vítima, beneficiário ou declarante

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

40 - Local e Data,

Janeiro 29/07/19

38 - 39 - Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 40 - Nome:

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS\_001\_V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Ednan Soares Coutinho  
Mogno Pereira da Silva

TESTEMUNHAS





AUTO-ATENDIMENTO - AG. BARAO DE GURGUEIA  
DATA: 26/07/2019 HORA: 18:11:38  
TERMINAL: 16061029 CONTROLE: 160610290569

CONTA CREDITADA: 2004 013.00000021-0  
NOME: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANCA CAIXA

TELEFONE DEPOSITANTE: [REDACTED]

7 6 JUL 2019

DESEGURADOS  
ACERTOS

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  
Ovidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Bairro:

9 - Cidade:

10 - Complemento:

11 - Estado:

12 - CEP:

13 - Telefone:

14 - Celular:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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:

REUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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, Avaleia uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0009

CONTA: 05021

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(insinuar 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, desse je, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou reunião ao direito de contestá-la, caso discordar 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 (viveram)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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.

NÃO AFETUZADO

34 - Impressiono o que é de vítima, beneficiário ou declarante

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

40 - Local e Data,

Fluminense 29/07/19

38 - 39 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 40 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS\_001\_V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Ednan Soares Coutinho  
Mogno Pereira da Silva

TESTEMUNHAS





AUTO-ATENDIMENTO - AG. BARAO DE GURGUEIA  
DATA: 26/07/2019 HORA: 18:11:38  
TERMINAL: 16061029 CONTROLE: 160610290569

CONTA CREDITADA: 2004 013.00000021-0  
NOME: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANCA CAIXA

TELEFONE DEPOSITANTE: [REDACTED]

7 6 JUL 2019

DESEGURADOS  
ACERTOS

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  
Ovidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



## Ortopedia

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Olho Tite 1820 Redenção - Fone: 66 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/03/2019 18:27:12

User: DANIEL MOURA

(Paciente: CONSULTANTE)

<u>Nome:</u> FABIANO CARDOSO OLIVEIRA	<u>Prontuário:</u> 56330
<u>Mãe:</u> IZABEL DA SILVA CARDOSO	<u>Pai:</u> FRANCISCO DE ASSIS OLIVEIRA
<u>End. Resid.:</u> RUA PROJETADA 2300 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
<u>Nascimento:</u> 03/11/1987	<u>Idade:</u> 31a4m1d
<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 66-98888-7169	
<u>Responsável:</u> FABIANO CARDOSO OLIVEIRA	
<u>CNS:</u> 160225187350006	
<u>Profissão:</u> AUX. DE MARCENARIO	
<u>Documento:</u> RG: 0279032620048 - SSP-MA	
<u>G. Instrução:</u> Não informado	
<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)	
<u>End. Local.:</u>	

## DADOS DO ATENDIMENTO:

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

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

## Breve História Clas. Risco:

ENCAMINHADO DO ESCB C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ + 4H. RELATO DE TOS, PONTURA, TRAUMA EM 40%, 5% ORAS D O FERIMENTO E AMPUTAÇÃO PARCIAL, PERDA DE DENTE, CEFALÉIA, NEXO OUTRAS QUEIXAS. (SIC)  
ECG-16  
FAZIA USO DE CAPACETE MAS SAIU-O. (STO)

CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES  
COREN PI 136033  
EM: 14/03/2019 18:12:16

<u>SSVV:</u> (Hora: 18 : 20 )	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	ZMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bpm	Pressão: mmHg
-------------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>					
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 04 HORAS COM LESÕES COM EXPOSIÇÃO OSSELA, QUERODACTILOS DE MÃO DIREITA. RELATA USO DE CAPACETE. RELATOU PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VOMITO, DOR, OTORRAGIA. REFERE CEFALÉIA DE FORTE INTENSIDADE . A) VIAS AEREAIS PERTIVAS SEM COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO:76, BPM , SAT 92:90% C) RR, 2T, BNF, SS. D) GLASGOW 15 . PUPILLAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE. ABDOME INOCENTE, PELVE ESTAVEL. E) LESÃO EM QUIRODACTILOS DE MÃO DIREITA					

<u>Diagnóstico Inicial:</u> ?	<u>RAIO-X REALIZADO:</u> DATA: 14/03/2019 18:35
----------------------------------	--

<u>Exames Complementares:</u> (1172783) - MAM DIREITA (1172784) - F.C. DE CRANIO	<u>Técnico:</u>
--	-----------------

<u>Prescrição Médica:</u>	<u>DPVAT</u>
---------------------------	--------------

<u>EXAME:</u> CRANIO BTC	<u>DATA:</u> 14.03.2019 18:35
<u>Haus. M/Les</u>	

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>	<u>DATA:</u> / / <u>HORA:</u> / : /
-------------------------------------	-------------------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

DANIEL MOURA PAIXÃO

3490 Em: 14/03/2019 18:27:28

