

Browser tabs: Email - Alana Lima, Controle de docum..., Mensagens, Audiências, Consultar processo, 0801793-58.2020.8, Download file | iLo...

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=553472&ca=8cbb22f6faf0dfe0e0ae05901b9de...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., Administrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

PJE 0801793-58.2020.8.18.0164
FABIANO CARDOSO OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

12108127 - CONTESTAÇÃO (2751090 CONTESTACAO 02)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/09/2020 10:26:43

24 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 12108123 - CONTESTAÇÃO
 - 12108127 - CONTESTAÇÃO (2751090 CONTESTACAO 02)
 - 12108133 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12108136 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12108139 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12108140 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08017935820208180164

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DVAT em caso de invalidez parcial de...

PT 10:26 24/09/2020



24/09/2020

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	
FABIANO CARDOSO OLIVEIRA (AUTOR)		CELSO THALYSSON SOARES E SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12108133	24/09/2020 10:26	PROCESSO ADMINISTRATIVO	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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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 Ouidoria: 0800 021 91 35

Eu, Fabiano Cardoso Oliveira,
RG nº 027.993263 0048, data de expedição 11/08/19,
Órgão SSP-PI, CPF nº 029.547.783.00

venho perante a este instrumento declarar que não 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Projatube;</u>
Número	<u>1300;</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Planalto Itinga;</u>
Cidade	<u>TERESINA</u>
Estado	<u>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>

J CORRETORA
DE SEGUROS

29 JUL 2019

DPVAT

(86) 9.8867-8941

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 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

1.000.000.000
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 05 | Central Orydatoria: 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 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

do sinistro de DPVAT cobertura

da vítima

inscrito (a) no CPF sob o nº 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

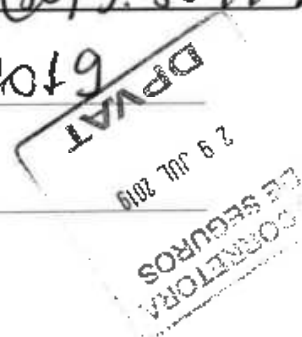
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço: <u>Estada de Alegria</u>	Número: <u>510</u>	Complemento: <u>Rua Humaita</u>
Bairro: <u>Rural</u>	Cidade: <u>Teresopolis</u>	CEP: <u>24.039-990</u>
E-mail: <u>magnofatima04@gmail.com</u>	Estado: <u>RJ</u>	Telefone: <u>(85) 9.8894-7604</u>

Local e Data:

TERESOPOLIS; 25/07/2019

x Magnus Rere De Silva
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | 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 604825853-40
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PIAUÍ
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Estrada da Cumbá 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: 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 CARLA RALENCAR DE SAU FREITAS SILVEIRA - TABELIA INTERINA
CPF: 92.282.747-00 - ONS: 7990
AV. JOAQUIM NELSON, QUADRA 138 ITAIPAVÁ, ALF. 11, TERESINA - PI, CEP: 63.090-540

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

ADRIANA CAROLINE SILVEIRA MAIA - ESCRIVENTE
E-03, RS 3,35 T, PC 0,77 MP RS C, 15 Bels RS 0,26 TON RS 4,98

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina

ANNA CARLA RALENCAR DE SAU FREITAS SILVEIRA - TABELIA INTERINA
CPF: 92.282.747-00 - ONS: 7990
AV. JOAQUIM NELSON, QUADRA 138 ITAIPAVÁ, ALF. 11, TERESINA - PI, CEP: 63.090-540

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOAQUIM CARDOSO OLIVEIRA N
DO DOCUMENTO DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM TESTE
VERDADE DOU FE TERESINA, 23/07/2019 11:37:08
SELO AAH12924 - DPVAT CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/dpvat/verifica

ADRIANA CAROLINE SILVEIRA MAIA - ESCRIVENTE
E-03, RS 3,35 T, PC 0,77 MP RS C, 15 Bels RS 0,26 TON RS 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. 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.

Dr. Leonardo Augusto
Médico Radiologista
CRM-PI: 3050

J CORRETO
DE SEGUROS

29 JUL 2019

DPVAT



FABIANO CARDOSO OLIVEIRA

03:Y M 556468

Nasc: 03/11/1987

MAO PA

UP EXM

2370 X 1770

HOSPITAL DO SATELITE

22/04/2019 03:1Y M 556468

16:10:00 Nasc: 03/11/1987

MAO PERFIL

UP EXM

2370 X 1770

HOSPITAL DO SATELITE

22/04/2019

16:11:16

HOSPITAL DO SATELITE



W: 1023 L: 511

78.02%



W: 1023 L: 511



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



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

Ortopedia

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/03/2019 18:07:09
(Data): 14/03/2019
(Detecção): CONSULTAR

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

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:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Dor moderada	Amarelo

Breve História Clas. Risco:

ENCAMINHADO DO HSCB C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO HÁ 1 CH. RELATO DE TCS, TONTURA, TRAUMA EM 4º, 5º QRS D C FERIMENTO E AMPUTACÃO PARCIAL, PERDA DE DENTE, CEFALÉIA, NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC)
ECG-15
FAZIA USO DE CAPACETE MAS SACOU-O. (SIC)

CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES
COREN PI 139433
Em: 14/03/2019 18:12:16

SSVV: (Hora: 16:20)

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 E 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, 2T, 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
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: C.T. DE CRÂNIO
DATA: 14.03.2019 18:35
Hugo. M. L. S.

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

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





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

CORRETORES
DE SEGUROS

29 JUL 2019

DPVAT

NOME DO PACIENTE: Juliano Carlos Almeida

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 56430

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 Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47360
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:	2-CNES
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	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-Endere:	RUA PROJETADA 2300 - PLANALTO ININGA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010
16-Munic:	TERESINA						

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento	20 - Nome do Procedimento Principal	21 - Qtd
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	1

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

26-Diagnóstico:	27-CID Prim:	28-CID Sec:	29-CID Terc:
26-Observações:			

1 CORRETO DE SEGUROS
29 JUL 2019
DPVAT

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:	39-Data Solicitação:	
DANIEL MOURA PAENTE	14/03/19	
40-Tp. Documento:	40-No.Doc. Med. Solic.:	41-Ass.Carimbo Med.Sol. CMI:
CPF	839.840.703-49	

AUTORIZAÇÃO

48-CBO:	46 - 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: 1102784

Paciente: PAENTE

(Ass. Paciente/Responsável)

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SANE - HUT
CONFERE COM ORIGINAL





ALTA 234928
No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 234928
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: 150225187850006	8-Nascimento: 03/11/1987
9-Sexo: Masculino	10-Resposta: RG: 0279932620048 -
11-Mãe: IZABEL DA SILVA CAROSO	12-Fone: 86-96888-7169
13-Resp: FABIANO CARDOSO OLIVEIRA	14-Cor: Sem Informação
15-Endereço: RUA PROJETADA 2300 - PLANALTO ININCA - 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 na 1ª falange distal, com lesão total da face volar do dedo, com 5 dedos na 1ª falange distal.</i>
21 - Condições que justificam a internação: <i>fratura</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Rx</i>
23-Diagnóstico Inicial: <i>fraturas múltiplas de dedo(s)</i>
24-CID Prim: S627
25-CID Sec: S627

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26-Cod.Proced.: 0408060042	27-Procedimento Solicitado: AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	Tempo SUS: 2
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF
32-Doc. Méd. Solic.: 804.614.683-87	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILANILDO LIMA COSTA	34-Data Solicitação: 14/03/2019
35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRX): Dr. Wilanildo Lima Costa CRM-PI 47400/2014 REC: 1303 5663		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: Dr. Carlos Alves Araújo Filho	47-Data Autorização: 14/03/2019
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento: 50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): Assessoria de Comunicação Social CRM-PI 1856 - CPF: 177.91.733-51 S: 98001600/036529
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>[Assinatura]</i>	52-Usuário: (LAYLA MORAIS) Consulta Local: 712238 Consulta SUS: 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 86988387169	TELEFONE 86988387169	NOME DA MÃE IZABEL DA SILVA CARDOSO	RESPONSÁVEL FABIANO CARDOSO OLIVEIRA	
CEP PROJETADA	ENDEREÇO - LOGRADOURO PROJETADA	NUMERO / LOTE 2300		
BAIRRO PLANALTO RINGA	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 DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S627 - FRATURAS MÚLTIPLAS DE DEDOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS DE SEGUROS
--	-------------------	--

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO) WILANTILDO LIMA COSTA CPF: 80461468387
CARATER (URGÊNCIA)	DATA SOLICITAÇÃO 14/03/2019
DATA ADMISSÃO 14/03/2019 18:27	DATA ALTA 17/03/2019 09:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº 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 CPF: 13126547304	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 14/03/2019 20:14:29
CRM:	CPF
CRM	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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

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 Carlos Oliveira		
Diagnóstico pré-operatório			F. Exato d. S. Dendado 1 + Pedaço Exato de tecido		
Operação - Tipo			Amputação parcial d. S. dedo meio 1		
Cirurgião		1º Assistente		2º Assistente	
Dr. Marcelo Costa		L. Costa		L. Costa	
3º Assistente		4º Assistente		5º Assistente	
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					

CORRETORES
DE SEGUROS

29 JUL 2019

DPVAT

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

1. Pedaço em DMM sob Bloqueio da pele d. 4. e 5. dedo meio 1
2. Manuseio e Amputação com Curp. estéril
3. Sutura de fechamento + Sutures com 5/0 e 6/0
4. Sutura pele de perna proximal d. 2. e 3. dedos 1
5. Sutura pele proximal d. 5. dedo meio 1
6. Sutura pele + Curp. estéril

Costa

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47.390
SAME - PAT
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:	Fabiana Lopes Oliveira	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	Perda de tecido extenso + Fr. Exposto	CIRURGIA:	Amputação parcial
ANESTESIA:	A. S. Dantada Jr.	Nº DA SALA:	6. S. de 105
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 7.10	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		crepan	unid	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA:			
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
Matrícula: 47390
SANE - 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	Ortopédico	231	228	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DI: 14/03/2019	FRAT EXP 5ºQD + LESÃO PARTES MOLES							
17/03/19	<i>Des. cuidados da Wmco</i> Visto: 14/03/2019 Adriano Kaila Cruz, Jr. C220							
	1 Dieta oral livre							
	2 Ielco salinizado							
	3 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
	4 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs				12-18 24 06			
	5 Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N				12-18 24 06			
	6 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h				12-18 24 06			
	7 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
	8 Curativos diários							
	9 Cuidados gerais e sinais vitais							
	10							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Yuri Jivago Filho</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Ricardo S. Valença</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 137004/CAVALMA-SP							
	<i>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</i> Ortopedia							





(AC TAL DE (

Lubana

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO		PREScrição MÉDICA	Ortopédica	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
				HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
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				
0						





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Roberto Cardoso Oliveira IDADE 31 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 William de

SINAIS VITAIS	HÓRARIO	
	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 (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elione</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>10</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR SAÍDA			ASS.	<u>maus</u>	<u>29 JUL 2019</u>	

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda Nasogástrica
hs mL	hs mL	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 SPL
hemodinamicamente estável, em HU, sem queixas. Não

An 03:45 - Aba SRPA, estável

Laiane Nunes de Sousa
 Enfermeira
 COREN 359 426

Noemi Tais T. Br.
 Enfermeira
 COREN 359 426

RADIOLOGIA

DATA

Técnico:

Joana Luiza Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME-MUT
 FERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Diego Nunes de Oliveira
 Médico Anestesiologista
 CRM 3426
 ANESTESIOLOGISTA

HORÁRIO

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: 16/03/2010 18:19:00

**CORRETORA
DE SEGUROS**

29 JUL 2019

DPVAT

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matricada: 17880
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 3445

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
 Requeição: 931724 Solicitação: 14/03/2019 Solicitante: DANIEL MOURA PAENTE
 Controle: 1172763 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 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

COORDENADOR
DE SEGUROS

29 JUL 2019

DPVAT

João Luís Mendes de Mesquita
Mestrado 47590
SAMS-ELT
CONFERE COM O ORIGINAL



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.635 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3452 de 04.05.1946 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 exprimem a conduta e qualificação e as atividades profissionais de seu portador.

Dele sua importância, e seu dever protegê-lo. Cuidá-lo, 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 CONTROLADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

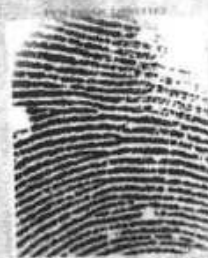
160.22518.78-5

1306656

0040

PI

Roberto Cardoso Oliveira




DPVAT

23 JUL 2019

COFREGATÓRIA
DE SEGUROS



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO																																							
 <p>FABIANO CARDOSO OLIVEIRA</p> <p>FILIAÇÃO: FRANCISCO DE ASSIS OLIVEIRA IZABEL DA SILVA CARDOSO SEXO: MASCULINO</p> <p>NASCIMENTO: 09/11/1987 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO</p> <p>NATURALIDADE: BREJO - MA DOCUMENTO: R.G. 0279932620048 GEJSPC MA 1108/2004</p> <p>LEI Nº 9.049, DE 19 DE MAIO DE 1995 CPF: 028.547.763-00 CNP: _____</p> <p>TIT. ELEITOR: _____ SEÇÃO: _____ ZONA: _____</p> <p>LOCALIDADE DE EMISSÃO: SRTEPI - 01/04/2013</p> <p style="text-align: right;"><i>Paulo Henrique Moutinho</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">FILIAÇÃO</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>DATA DE NASC. DE DOCUMENTO</td> <td>PARA</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</td> </tr> <tr> <td>NOME</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DOCUMENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</td> </tr> <tr> <td>NOME</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DOCUMENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</td> </tr> <tr> <td>NOME</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DOCUMENTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;">L E G E N D A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 25%;">A - CASAMENTO</td> <td style="width: 25%;">C - DIVÓRCIO</td> <td style="width: 25%;">E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE</td> <td style="width: 25%;">G - DATA DE NASCIMENTO</td> </tr> <tr> <td>B - SE ELETORAL</td> <td>D - ADOÇÃO</td> <td>F - ALTERAÇÃO DE NOME</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">03</p>	ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE		FILIAÇÃO		DATA DE NASC. DE DOCUMENTO	PARA	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR		NOME		DOCUMENTO		ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR		NOME		DOCUMENTO		ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR		NOME		DOCUMENTO		ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR		L E G E N D A				A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE	G - DATA DE NASCIMENTO	B - SE ELETORAL	D - ADOÇÃO	F - ALTERAÇÃO DE NOME	
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE																																							
FILIAÇÃO																																							
DATA DE NASC. DE DOCUMENTO	PARA																																						
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR																																							
NOME																																							
DOCUMENTO																																							
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR																																							
NOME																																							
DOCUMENTO																																							
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR																																							
NOME																																							
DOCUMENTO																																							
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR																																							
L E G E N D A																																							
A - CASAMENTO	C - DIVÓRCIO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE	G - DATA DE NASCIMENTO																																				
B - SE ELETORAL	D - ADOÇÃO	F - ALTERAÇÃO DE NOME																																					

DPVAT
 25 JUL 2019
 DE SEGUROS
 CORRETOR



1 CORRETORES DE SEGUROS

29 JUL 2019

SÉGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUANTO À SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT PI Nº 013603598147 BILHETE DE SEGURO DPVAT		ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXERCÍCIO 2018	DATA EMISSÃO 23/10/2018		
VA 1	CFF / CNFU 60482585340	PLACA NIG-7597	
RUA/VIA 00809507710	MARCA/MODELO HONDA/CB 125 FAN KE		
ANO FAB. 2010	CILINDR. 09	Nº CHASSI 9C2JC4110AR414708	
PRÊMIO TARIFÁRIO PRÊMIO (R\$) 000,00		CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00		TOTAL DO SEGURO (R\$) 185,50	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	PARCELADO <input type="checkbox"/>	DATA DE QUITAÇÃO 17/01/2018	
SEURADORA LIDER - DPVAT CNPJ 09.345.808/0001-04			

[illegible]

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>11/08/04</u>	CPF: <u>02954778300</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		Nº S/N	Bairro: ZONA RURAL
Cidade: TERESINA	Estado: PI	CEP: 64.039-990	

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 MANDADOS; 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

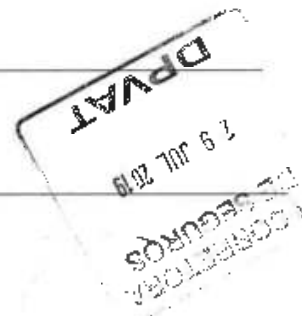
Cobertura solicitada: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE

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

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

SELO DE AUTENTICIDADE
NO VERSO

(Reconhecer Firma por autêntica ou verdadeira)



ELETRONICAS DISTRIBUIDORA
 AV. ...
 ...

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTAS DE ENERGIA

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

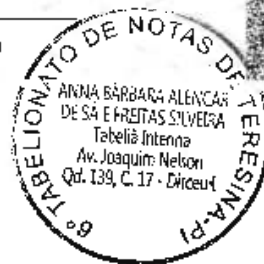
ELETRONICAS DISTRIBUIDORA

...
...

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina
ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FREITAS SILVEIRA - TABELIA INTERNA
CPF: 33.082.119/000-78 - CNJ: 18001
AVEN. DA JOAQUIM NELSON, QUADRA 139 - LOTE 17 - TERESINA - PIAUÍ - TEL: (86) 20837-2428

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FABIANO CARDOSO OLIVEIRA
DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR EM TEST
TERESINA 23/07/2019 11:40:29
SELO AAM12028 - JURY CONSULTA EM www.tpi.jus.br/pois/ptb3

ADRIANA CAROLINE SILVEIRA RAMALHA - ESCRIVENTE
E-101 PIS 3.95 TJ PIS 0.77 MP PIS 0.6880 PIS 0.28 TOSI PIS 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

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

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: ☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 099.54778300 3 - CPF da vítima: 099.54778300 4 - Nome completo da vítima: Fernando Condoso 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: Fernando Condoso Oliveira 6 - Número: 099.54778300 7 - Profissão: Ser. Gerais 8 - Endereço: Rua Projetada 9 - Número: 2300 10 - Complemento: 11 - Bairro: Alto Ininga 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000 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: ☒ RECURSO 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 (Sempre para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0004 CONTA: 95021

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 (assinale 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 da 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) (vivo)? ☐ 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 provar em 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 - Imprescindível a presença da vítima ou beneficiário no ato da assinatura.

35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/o pedido

38 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina, 29.07.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





AUTO-ATENDIMENTO - AG. BARAO DE GURGUEIA
DATA: 25/07/2019 HORA: 16:11:38
TERMINAL: 16061029 CONTROLE: 160610290559

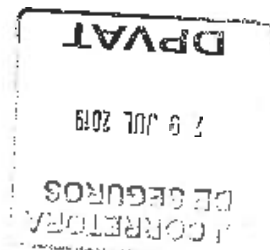
DOCUMENTO DE DEPÓSITO

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

TELEFONE DEPOSITANTE:

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 099.54778300 3 - CPF da vítima: 099.54778300 4 - Nome completo da vítima: Feliciano Condoso 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 Condoso Oliveira 6 - Número: 099.54778300
7 - Profissão: Prof. Projeto 8 - Endereço: Rua
9 - Bairro: Parque Imagem 10 - Complemento: 2300
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\$1.000,00 ☐ 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 (Sempre 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:

AGÊNCIA: 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 (assinale 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 da 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) (s)? ☐ 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 provar em 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 - Imprescindível a presença da vítima ou beneficiário no ato da assinatura.

35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/o pedido

38 - 1º Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Terresina, 29.07.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





AUTO-ATENDIMENTO - AG. BARAO DE GURGUEIA
DATA: 25/07/2019 HORA: 16:11:38
TERMINAL: 16061029 CONTROLE: 160610290559

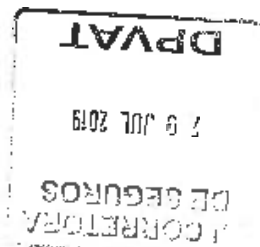
DOCUMENTO DE DEPÓSITO

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

TELEFONE DEPOSITANTE:

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINÁ - HUT

Rua Dr. Olco Tito 1820 Redenção - Fone: 66 3218 5445
TERESINÁ-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedia

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FABIANO CARDOSO OLIVEIRA	Prontuário:	56330
Mãe:	IZABEL DA SILVA CARDOSO	Pai:	FRANCISCO DE ASSIS OLIVEIRA
End. Resid.:	RUA PROJETADA 2300 - PLANALTO ININGA - TERESINÁ - 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:			

Imp: 14/03/2019 18:27:28
User: DANIEL PARENTE
Paciente: CONSULTA

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	712238	Entrada:	14/03/2019 18:07:00	Convênio:	SUS	Proced:	0301060628
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
RAÍMA MAIOR	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco:		
ENCAMINHADO DO ESCR C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C CARRO MÁ + 4H. RELATO DE TCS, FORTURA, TRAUMA EM 4º, 5º ORDS D C FERIMENTO E AMPUTACÃO PARCIAL, PERDA DE DENTE, CEFALÉIA, NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC) ECG-15		
USAVA USO DE CAPACETE MAS SACON-O. (SIC)		

CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES
COREN PI 135473
Em: 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, 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 02:90%
C) RR, 2T, BNF, SS.
D) GLASGOW 15 , PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE. ABDOME INOCENTE. PELVE ESTAVEL.
E) LESÃO EM QUIRODACTILOS DE MAO DIREITA

1 CO-000-00
DE SEGUROS
29 JUL 2019

Diagnóstico Inicial:
?

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

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:		
Observação (Adulto):	DATA: / /	HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

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

