

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, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190561312 **Vítima: SANDRO LIMA SILVA**

Data do Acidente: 09/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRO LIMA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190561312

Vítima: SANDRO LIMA SILVA

Data do Acidente: 09/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SANDRO LIMA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190561312 **Vítima: SANDRO LIMA SILVA**

Data do Acidente: 09/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRO LIMA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15152808



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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190561312 **Vítima: SANDRO LIMA SILVA**

Data do Acidente: 09/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRO LIMA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 12/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **062.198.353-52** **4 - Nome completo da vítima:** *Sandro Lima Silva*

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

5 - Nome completo:	<i>Sandro Lima Silva</i>			6 - CPF:	<i>062.198.353-52</i>	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:		
<i>barzão</i>	<i>R. Petrópolis S/n Q-31</i>	<i>4750</i>		<i>Casa</i>		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:		14 - CEP:	<i>64600-000</i>	
<i>Vila Bandeirante</i>	<i>Teresina</i>	<i>PI</i>				
15 - E-mail:	<i>(86) 99534-6565</i>					

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **0855**

CONTA: **303875** **4**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não identificado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Teresina - Piauí 23/07/19*

- Cidade 21 mês 5 LVH

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002446/2019-55

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 28/06/2019 - 13:03



DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

536867

Data/Hora

09/06/2019 - 22:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

USINA SANTANA

TERESINA

Endereço

PI DA USINA SANTANA QUE LIGA TERESINA, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

ZONA RURAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SANDRO LIMA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3172836SSPPI

Mãe: MARIA DOS REMÉDIOS PEREIRA LIMA

Endereço: RUA PETROPÓLEIS, Nº 4750

Bairro: VILA BANDEIRANTE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9454-5133

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VITIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO/CG 160 FAN ESDI, COR PRETA, ANO 2015/2016, PLACA PIL-3777, DE PROPRIEDADE DO SR. GILMAR VIEIRA DE CARVALHO DA SILVA, CONFORME DECLARAÇÃO ASSINADA E AUTENTICADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, , QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II CARRO, COLIDIU NO VEÍCULO-I, QUE MOTIVOU A COLISÃO. O NOTICIANTE/VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SR. LUCIANA CALDAS ARAUJO, RG DE 3005803/SSPPI, C.P.F DE Nº041.521.863-21, RESIDENTE NA RUA RIBEIRÃO PRETO, 5409, VALE QUEM TEM N/CAPITAL, E LEVADO PRA UPA RENASCENÇA 17577205/0015-32, EM SEGUITA HUT, PRONTUÁRIO DE Nº39318, É O REGISTRO,

Edvar Ferreira Nunes - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

Sandro Lima Silva
SANDRO LIMA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 062.198.353-52 4 - Nome completo da vítima: Sandro Lima Silva

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

5 - Nome completo:	Sandro Lima Silva		6 - CPF:	062.198.353-52
7 - Profissão:	8 - Endereço:	R. Petrópolis S/N Q-31	9 - Número:	4750
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Teresina	10 - Complemento:	Casa
15 - E-mail:	13 - Estado:			PI
	14 - CEP:			64000-000
	16 - Tel.(DDD):			(86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 303875

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas 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.

24 JUL 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	Solteiro	Casado (no Civil)	Divorciado	Separado judicialmente	Viuvo	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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim	31 - Vítima teve irmãos? Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim
Não		Não	Não		Não

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

34.
Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 23/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 648561941	Nº REGULAÇÃO: 77498	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: SANDRO LIMA SILVA	NASCIMENTO: 03/12/1988	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE, 30 ANOS DE IDADE, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM TRAUMA E LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO OSSEIA. RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO EVIDENCIADA AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 02º ARTELHO. FRATURA DA FALANGE DISTAL DO HALUX E FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 03º ARTELHO COM DESVIO. CD= ENCAMINHO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGENCIA. HD= FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO.CID = S 925.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAME FÍSICO.RX.

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OUTRO ARTELHO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg) FREQ. CARDÍACA: 70bpm SATURAÇÃO: 100% FREQ. RESPIRATÓRIA: 19rpm

GLICEMIA: 102mg/dL

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 09/06/2019 20:46:45

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Dr. Neilton Soárez do Silva
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGA
CRM-PI 4227 / CRB-06 1637
TEOT 152



Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAMU - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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: 07/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO LIMA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000103875-4

Nr. da Autenticação 4712F11F348A700C

cepsa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 840.748.0001-88 | INSC. FEDERAL: 18.301.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Formato especial de impressão autorizada pela SEFAZ/PI/088

Para conhecimento
consórcio, informe
o seu número:

SEGURO
041184-4

Nº da Nota Fiscal 022106978

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	05-06-2019	203	203,24

ANTONIO BORGES DA SILVA
R. PETROPOLIS S/N Q 31 4750 VILA BANDEIRANTE

CPF: 00014524988303

CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA kWh

Atual 31895

Anterior 31692

Constante de Multiplicação 1.000

Consumo Preditado 203

Consumo Faturado 203

Forma de Faturamento NORMAL

ROT: 15.001.62.41.026500

DATAS DA LEITURA

Atual 22/05/2019

Anterior 23-04-2019

Próxima Leitura 21-06-2019

Emissão 21-05-2019

Apresentação 22-05-2019

Dias de Consumo 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código P.M.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A408605	1.1.1.1	108	

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo

ABR/19	176	CONSUMO 203 A R\$ 0,926472 = 188,07
MAR/19	189	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,17
FEV/19	7	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,53

JAN/19 93

DEZ/18 91

NOV/18 103

OUT/18 215

SET/18 86

AGO/18 88

JUL/18 89

TARIFA COM TRIBUTOS:

3 A 203 - 0,926472

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Año Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 06-06-2019. O não pagamento pode ensejar também o bloqueio do nome do consumidor na CEFON, caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800-086-0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Reservado ao Fisco ACEF-DBBC-8F03.8886.6F2D.573C.2FCF.2105
CONTRIBUIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição 37,00	Base de Cálculo 188,07	137,29
Energia 71,47	Aliquota ICMS 27,00%	
Transmissão 12,08	Valor do ICMS 50,77	
Entrega 5,91	Valor do PIS 1,40%	1,93
Impostos 61,61	Valor do COFINS 6,49%	8,91

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DISCI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral

Límita 5,31	10,63	21,25	3,36	6,73	13,45	3,03
Realizada 0,20			1,00			0,20

Conjunto	PERÍODO DE APURAÇÃO	SUSD
TERESINA-SATELITE	03/2019	65,4

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Centro da Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

cepsa

COMPAGNA ENERGETICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 709 - Centro/PI - Teresina - PI
CNPJ: 06.446.748/0001-23 | Inscrição Estadual: 14.301.333-5
Sociedade Controlada: Ceará de Energia Elétrica - Série B-1
Número do Contrato: 0051869-7

Para contratos
assinados anteriormente ao dia 1/1/2002

SEGURO DE RISCO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal: 020924705

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.419 de 25 de abril de 2002.

CONTAMES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2019	02/05/2019	178	172,51

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00088401-317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	RWB	DATAS DA LEITURA	
Aquec.	20146	Aquec.	25/04/2019
Anterior:	19968	Anterior:	26/03/2019
Consumo de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	24/05/2019
Consumo Médio:	178	Último dia:	24/04/2019
Consumo Faturado:	178	Apresentação:	25/04/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	30

DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA	DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Nome/Subsistema	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	195	

HISTÓRICO RWB	DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mes/Ano consumo	
MAR/19 243	CONSUMO 178 A R\$ 0,858460 = 152,80
FEV/19 297	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,17
JAN/19 365	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 0,99
DEZ/18 57	MULTA POR ATRASO 03/19-00 4,50
NOV/18 0	JUROS POR ATRASO 03/19-00 1,05
OUT/18 96	
SET/18 299	
AGO/18 232	
JUL/18 184	
JUN/18 266	
TOTAL DAS TRIBUTOS: R\$ 178 - R\$ 0,00	

REVISÃO TARIFARIA EXTRAORDINARIA MÉDIA DE -1,45% A PARTIR DE 01/04/2019, CONFORME RESOLUÇÃO ANEEL 2.523/2019.
LIGUE 0800 086 0888 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24/04/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2019

RESERVADO AO FISCO 7510-AA63-A8B7-C93E-267A-A42D-CE47-B1E0

GENTE SEGURADORA S.A.
Rod. Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS / TRIBUTOS - R\$
77,12	122,80
Distribuição: 62,05	Base de Cálculo: 22,00%
Energia: 10,49	Aliquota ICMS: 33,61
Transmissão: 5,13	Valor do ICMS: 1,40%
Encargos: 43,01	Valor do PIS: 1,67
Impostos:	Valor do COFINS: 6,49%
	Valor do IPI: 7,73

INDICADORES DE CONTINUIDADE

PERÍODO	DNC			RIC			DAMC			DCCR		
	Mês/Ano	Totalizado	Anual									
Último: 0,80	0,80		0,00			0,00			0,00			
Realizado: TERESINA-MACAUBA												
Conselho:												

ROT: 17.001.31.11.020500

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91 inscrito na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sandro Lima Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.198.351-52 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Sandro Lima Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.198.351-52 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recuso e 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	<u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	<u>Sala</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	CEP	<u>64000-235</u>



Teresina, 24 de Julho de 2019
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

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: 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, Gilmar Vieira de Carvalho Da Silva,

RG nº 2805691, data de expedição 22/11/16

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 040.049.133-81,

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Petropólis, nº 4750,

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

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

X Savino Viana Silva, cujo o condutor era

X Savino Viana Silva.

Veículo: Moto Modelo: Monda 1CG160 FAN ESD Ano: 2015/2016

Placa: PTL-3777 Chassi: 9C2KC22006R008578

Data do Acidente: 09/06/2019

Local e Data:

Teresina 27 junho 2019

X Gilmar Vieira de Carvalho Da Silva

Assinatura do Declarante



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

2º Tabelonato de Notas e Registro de Imóveis - 2ª Circunscrição - Teresina-PI
Teresina-PI - CEP: 64000-000 - Fone: (86) 3304-2100 - email: cartorio2@terra.com.br

Buff Mercaria de Oliveira Souza - Repórter Interino - Portaria nº 0008-2017 - SISPCO/CEPOGJ Teresina-PI

RECONHECO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE GILMAR VIEIRA DE CARVALHO

DA SILVA. EM TESTE 11 DA VERDADE. DOU FE. TERESINA, 27/06/2019

16/05/37

SELO AAP50717 - PRK9 CONSULTE EM www.tpi.jus.br/portalextra

PESSOA JURÍDICA - PÚBLICO - AUTORIZADO - 2019-06-27 - 16:00:00 - 2019-06-27 - 16:00:00 - 2019-06-27 - 16:00:00

JEFFERSON HOLLYMAN SOUSA TORQUATO - ESCREVENTE AUTORIZADO

Email: RS 3.85 TJ: RS 0.77 MP: RS 0.10 Selos: RS 0.28 Total: RS 4.20

Impresso em 2019-06-27 às 16:00:00 - P. P. P. O. D. G. J. - F. P. O. D. G. J.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



NOME DO PACIENTE: Sandrinha Lima Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 39318

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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 Luisa Mendes da Mesquita
Matrícula: 47330
SAME / HUIT
CONFERE COM O ORIGINAIS



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: 09/06/2019 23:23:01
(User: HJ)
(Estação: GESSO02)

NHEC B106-08.00

Nome: SANDRO LIMA SILVA		Prontuário: 39318
Mãe: MARIA DOS REMEDIOS P. LIMA	Pai: ANTONIO BORGES LIMA SILVA	
End. Resid.: RUA PETROPOLIS C; 4750 VILA BANDEIRANTE II - VILA BANDEIRANTE - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento: 03/12/1988	Idade: 30a6m6d	Sexo: Masculino Fone: 86-99564-7085
Responsável: SANDRO LIMA SILVA	CNS: 898003415726004	
Profissão: AUTONOMO	Documento: CPF: 062.198.353-52	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 725724	Entrada: 09/06/2019 23:04:03	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

Breve História Clas. Risco: ACIDENTE DE TRANSITO, TRAUMA EM PÉ D, ESCORIAÇÕES EM MID	RONALDO JOSE DA ROCHA COREN - 3177 Em: 09/06/2019 23:16:10
---	--

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, EVOLINDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMATICA DE ZPDD E LESSÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO CD: RX DE PÉ DIREITO.	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
--	--

Diagnóstico Inicial: Conjuntivite aguda não especificada	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Trocante-PI	CID: h103
---	---	-----------

Exames Complementares: (1236345) - PE OU PODODACTILO DIREITO	24 JUL 2019
---	-------------

Prescrição Médica:	Joana Luisa Mendes de Mesquita Medicamentos: 17590 SAME - CONFERE COM O ORIGINAL	
--------------------	---	--

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	DATA: / / .	HORA: : CONFERE COM O ORIGINAL
---	-------------	--------------------------------

TERESINA**UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA**

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074
 TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 09/06/2019 20:26:45
 (User: NEOMAR SOARES)
 (Estação: SALADEGESSO-PC)

<u>Nome:</u> SANDRO LIMA SILVA	<u>Prontuário:</u> 156431		
<u>Mãe:</u> MARIA DOS REMEDIOS	<u>Pai:</u>		
<u>End. Resid.:</u> AV JOAO XXIII, 3200 - SAO CRISTOVAO - TERESINA - PI - CEP: -			
<u>Nascimento:</u> 03/12/1988	<u>Idade:</u> 30a6m6d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u>
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 700504372411251	
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> Reg.Nasc:	
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 387088	<u>Entrada:</u> 09/06/2019 20:17:13	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060096
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			
<u>Condução:</u> ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<u>Classificação:</u> Dor moderada	<u>Cor:</u> Amarelo
--	---------------------------------------	-------------------------------

<u>Breve História Clas. Risco:</u> PCTE COM TRAUMA EM PÉ DIREITO HÁ APROX 3 HORAS. AVALIADO PELA CLINICA SOLICITADO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.	<u>MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUSA</u> COREN 277442 Em: 09/06/2019 20:18:28
--	---

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

<u>Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:</u> PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM TRAUMA E LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO EVIDENCIAM AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º ARTELHO, FRATURA DA FALANGE DISTAL DO HÁLUX E FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º ARTELHO COM DESVIO.

CD: ENCAMINHO AO HOSPITAL DE REFER-ENCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA.

<u>Diagnóstico Inicial:</u> Fratura de outro artelho	<u>24 JUL 2010</u>	<u>CID:</u> S925
---	--------------------	---------------------

<u>Exames Complementares:</u> RX	<u>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</u> DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO
-------------------------------------	---

<u>Prescrição Médica:</u>	<u>GENTE SEGURADORA S.A.</u> Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
---------------------------	--

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u> Continua Tratamento em Outra Unidade	<u>DATA:</u> / /
---	------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Neomar Soares da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 4237 / RG 2637
TFCOT 122

NEOMAR SOARES DA SILVA
CRM-PI 4237 Em: 09/06/2019 20:26:45

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 57380
SAUZ-HUT
CONFERE COM O ORIGINAIS



SUS

Fundação Municipal de Saúde

17 577 205 / 0015 - 32
UPA RENASCENÇA
 Rua Rio Verde N° 2810
 Renascença III -
 CEP 64082-110
 Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA - RENASCENÇA	Para: HUT(ORTOPEDIA)
PACIENTE: SANDRO LIMA SILVA	Registro:
<p>PACIENTE, 30 ANOS DE IDADE, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM TRAUMA E LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.</p> <p>RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO EVIDENCIA AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º ARTELHO, FRATURA DA FALANGE DISTAL DO HÁLUX E FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º ARTELHO COM DESVIO.</p> <p>CD: ENCAMINHO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA.</p> <p>HD: FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO</p> <p>CID: S 925</p>	
TERESINA-PI, 09/06/2019 ÀS 20:30	<p style="text-align: right; margin-right: 10px;"> <i>Dr. Neomar Soares da Silveira ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM-PI 423 / AROE 637 ECT 4745</i> </p> <p>Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo</p>

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
TERESINA-PI ___/___/___	<p style="text-align: right; margin-right: 10px;"> <i>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 24 JUL 2019</i> </p> <p style="text-align: right; margin-right: 10px;"> <i>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</i> </p> <p style="text-align: right; margin-right: 10px;"> <i>Juana Luisa Mendes de Melo Góis Matrícula: 47390 Setor: HUT CONFERIR COM O ORIGINAL</i> </p> <p>Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo</p>



Teresina
Prefeitura de

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: SANDRO LIMA SILVA * •

SETOR: *
OBS. ADULTO

LEITO: DATA: 09/06/19

HD: FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO

Anotações Médicas

PREScrição

HORÁRIOS DAS MEDICAÇÕES

HORA
20:26
PACIENTE CLINICAMENTE ESTAVEL
NO PERÍODO
AGUARDA TRANSF. HOSPITALAR

DIETA ORAL ZERO
SG 5% 1000ML EV P/24H

CEFTRIAXONA 1G - IFR + AD EV 12/12H

DIPIRONA 1AMP + AD EV 6/6 HORAS

BROMOPRIDA 01amp + AD EV 8/8H SN

TRAMAL 100MG + 100ML S.F 0.9% - EV 8/8H
LENTO- SOS

CAPTOPRIL 25MG 1CP SL SE PAS >160 E/OU
PAD>100MMHG

SINAIS VITais + CUIDADOS GERAIS
MANTER EM OBSERVAÇÃO ATÉ
TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

21 03 09

9

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2019

1' GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Joana Luisa Matriculada
CONFERENCE
SANTOS

Dr. Nilton Soárez da Silva
Ortopedista e Traumatologista
Nº 2637
CRM-PI 4237-A
TEC/ORTO



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Sandie Lino Selv

Diagnóstico pré-operatório

Fr - luxo avesso do 2º, 3º e do p/r

Operação - Tipo

Luxo Fracurado do 2º, 3º e do p/r

Cirurgião

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra

1º Assistente

2º Assistente

Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3918 TEC: 13132

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Abordagem direta do luxo sob rotação interna
② Suspensão + Autotransfusão + Anestesia à Fisiogênio Etano
③ Luxo do p/r D
④ Encorar com fixação intramedular do 2º, 3º e do p/r D
⑤ Sutura
⑥ Encolo

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DRHAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Chafariz de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-170
Teresina-PI

José Lino Selv
Médico

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
CRM: 3918 TEC: 13132

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	

HOSPITAL:

CNPJ:

PACIENTE:

Nº AIH:

PROCEDIMENTO ANTERIOR:

PROCED. SOLICITADO:

MÉDICO SOLICITANTE:

CRM:

CPF:

JUSTIFICATIVA

Fx - linçor do 2º e 3º dílio do
 pi P
 # OJ, fer de lumb 15cm

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante**AUDITOR**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
24 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Joana Luisa Mendes de Magalhães
 Matrícula: 0380
 SAME - 101
 CONFERE COM O ORIGINAL

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 10 / 06 / 19

NOME DO PACIENTE:	<u>Sandro Lima Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>39318</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fratura do 2º e 3º dedo</u>	CIRURGIA:	<u>MFC Fratura de Fixo</u>
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Jairo</u>	CPF Nº:	<u>Jairo</u>
AUXILIAR:	<u>CRM: 3918 TEOT: 13135</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Tânia</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	<u>02</u>	<u>+1</u>
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7,0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>-</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>100</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>-</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>05</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	<u>-</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>-</u>	
ESCALPE N°	UNID.	<u>-</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>-</u>	
FORMOL	ML	<u>-</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>03</u>	
JELCO N°	UNID.			<u>Letrador</u>	"	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				DEPARTAMENTOS SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	"	<u>01</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				"	"	<u>01</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				24 JUL 2019			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Lote C Centro-Norte CEP: 64.002-100 Teresina-PI			
ALCOFIL				Luis Meira Matrícula 17290 SAME - HOT			
MONONYLON	<u>9,0</u>	"	<u>04+2</u>	CONFERE			
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>X RVR</u>			
PROLENE							



240803

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Não localizado acompanhante

213325

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	240803

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: SANDRO LIMA SILVA	6 - Prontuário: 39318
7-CNS: 898003415726004	8-Nascimento: 03/12/1988
9-Sexo: Masculino	CPF: 062.198.353-52
11-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS P. LIMA	12-Fone: 86-99564-7085
13-Resp: SANDRO LIMA SILVA	14-Cor: Parda
15-Ender: RUA PETROPOLIS C: 4750 VILA BANDEIRANTE II - VILA BANDEIRANTE - 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:

Recém esse fx - fratura do 2º, 3º dedo do MP + frax entero do 1º dedo

21 - Condições que justificam a internação:

Vulnerabil de Tio abrigo

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

Anam + Grau de fer + R

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de outro artelho

24-CID Prim: _____

25-CID Sec: _____

26-CID C.Amb: _____

5925

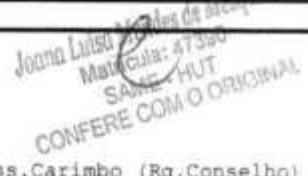
PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050470	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS	Tempo: 300
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	CPF	000.058.973-00
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA	34-Data Solicitação: 09/06/2019	 CRM: 313 TE/TF Jataí Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora: _____	40-No. Síl. hete: _____	41-Série: _____
37-() Acidente Trabalho Tipico	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
38-() Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa: _____	43-CNAE Empresa: _____	44-CBOR: _____
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo	'GENTE DESINTEGRADA S.A. Rua Celso de Resende, 465 Loja 1") Aposentado () Não Segurado	

AUTORIZAÇÃO CEP: 64.002-470

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data-Autorização:	
48-Documento: _____	49-Num. Documento: _____	
() CNS () CPF		50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 325724

Consulta SUS:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 241065

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856
Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES
5828856
241065

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: SANDRO LIMA SILVA	6 - Prontuário: 39318		
7-CNS: 898003415726004	8-Nascimento: 03/12/1988	9-Sexo: Masculino	CPF: 062.198.353-52
11-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS P. LIMA	12-Fone: 86-99564-7085		
13-Resp: SANDRO LIMA SILVA	14-Cor: Parda		
15-Ender: RUA PETROPOLIS C; 4750 VILA BANDEIRANTE II - VILA BANDEIRANTE - 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:

**POS OP FRATURA EXPOSTA DE PE
EVOLUI COM NECROSE**

21 - Condições que justificam a internação:

NECESSITA AMPUTACAO

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

X CLINICO

23-Diagnóstico Inicial: Amputação traumática de dois ou mais artelhos	24-CID Pria: 5982	25-CID Sec.: _____	26-CID C.Ass.: _____
---	--------------------------	--------------------	----------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408060042	27-Procedimento Solicitado: AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO	Tempo SUS 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72	34-Data Solicitação: 13/06/2019
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	 Joana Lúcia Mendes de Melo Matrícula: 01580 SAME/HUT CONFERE COM O ORIGINAIS
48-Documento:	49-Num. Documento:	
(<input type="checkbox"/> ICNS (<input type="checkbox"/> CPF		50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **(LAO TSE)**
 Consulta Local: **725724**
 Consulta SUS:
13/06/2019 16:35:16



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 13/06/2019

NOME DO PACIENTE:	<u>Sandio Lima Silver</u>	PROTÓTIPO N°:	<u>39318</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Necrose III artro</u>	CIRURGIA:	<u>Amputação do pé</u>
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Bento</u>	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Jamila</u>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Eudânia</u>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA N°	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA N°	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>03</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>80</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	-		<u>Caixa 02</u>		<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Electrodos -</u>			<u>05 unid</u>
CAT. GUT.SIMPLES S/AG.				<u>Excetas -</u>			<u>03 unid</u>
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Crepom -</u>			<u>02 unid</u>
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>2-0</u>	<u>01</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Solange martinho</u>		
PROLENE							

Joana Luisa Mendes da Mota
 Matrícula: 11717
 SAMU
 CONFERENCIA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	<u>Sandro Leima Silva</u>		
Diagnóstico pré-operatório	<u>NECROSE no III Anoiteiro</u> <u>AUSVITOS no III mto</u>		
Operação - Tipo			
Cirurgião <u>Dr. Léo Ese</u>	1º Assistente <u>Dr. Márcio (Resid.)</u>	2º Assistente	3º Assistente
Instrumentador(a) <u>Eduarda</u>	Anestesiista <u>Dr. Jamila</u>	Anestesia <u>Raque</u>	Anestésico(a)
Data da Operação <u>19.06.2019</u>	Início <u>16:00</u>	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
<p>Relatório Imediato do Patologista</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 24 JUL 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Barros, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI </div>			
<p>ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO</p> <p>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p><i>DMA (2) assessor (3) laudos</i> <i>(1) susso marco (5) cônus</i> <i>III deu necrose (6) ruptura</i> <i>ao nível do anel interno (7)</i> <i>cúpula marca (8) fenda</i> <i>D MAIO</i></p>			
<p style="text-align: right;"><i>José Luís Matos de Melo Matrícula: 41209 SAME 011 CONFIRMADO</i></p>			



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Sandro Bem Lira	Sala:	Alergia:	Data:
Procedimento: 16-10	Cirurgião: Heno	Observações:	

Agentes	Unid.	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Cefazolina	g	2								
2 Dina	mg	10								
3 Sanotilosa	mg	25								
4 Aparência										
5 FNT	mg	100								
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
Oxigênio										
R/N2O										
Volatile	%									

Acesso Vascular

- Periférico _____
 Cat. Venoso nº ___ G
 Dificuldade aces. venoso
 Gastos ___ cateteres
 Central _____

Via Aérea

- Cateter nasal
 IOT nº ___
 LMA nº ___

Monitorização:

- Cardioscopia
 PANI
 Oxímetro de pulso
 ETCO2
 Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
 Geral Balanceada
 Raquianestesia
 Peridural
 Bloqueio Periférico
 Outros

Decúbito: clorar

SPO2 (%)	97	97	97	97
ETCO2 (mmHg)				
Aces. Venoso				
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

Descrição da Anestesia:

José Luis Mendes de Araújo
 Matrícula 17390
 SAME-HU
 CONFERE COM O ORIGINAL

Anestesiologista

**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: **SANDRO LIMA SILVA** (Prontuário: **39318**)

Endereço: RUA PETROPOLIS C, 4750 VILA BANDEIRANTE II - VILA BANDEIRANTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/12/1988 Idade: 24a10m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 340056

Requisição: 364711 Solicitação: 16/10/2013 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA

Controle: 464902 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 16/10/2013

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- ÁREA DE INFARTO CEREBRAL ANTIGO NA COROA RADIADA, CORPO DO NÚCLEO CAUDADO E PUTAMEN À ESQUERDA.
- FRATURAS EM REGIÃO FRONTAL ANTERIOR À ESQUERDA, ACOMETENDO A PAREDE ANTERIOR DO SEIO FRONTAL E O TETO DA ÓRBITA.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO:

- ÁREA DE INFARTO CEREBRAL ANTIGO NA COROA RADIADA, CORPO DO NÚCLEO CAUDADO E PUTAMEN À ESQUERDA.
- FRATURAS EM REGIÃO FRONTAL ANTERIOR À ESQUERDA, ACOMETENDO A PAREDE ANTERIOR DO SEIO FRONTAL E O TETO DA ÓRBITA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/10/2013

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável

Jano Luís Mendes de Oliveira
 Matrícula: 47000
 SAÍDA AUT
 CONFERE COM OS DADOS
[Handwritten signature]



LAUDO MÉDICO

Paciente: **SANDRO LIMA SILVA** (Prontuário: 39318)

Endereço: RUA PETROPOLIS C: 4750 VILA BANDEIRANTE II - VILA BANDEIRANTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/12/1988 Idade: 21a0m9d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 26133

Requisição: 15086 Solicitação: 22/11/2009

Solicitante: ADOLFO BATISTA DE SOUSA MOREIRA

Controle: 19714 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Data Exame: 22/11/2009

Cod. SIA: 0204060117

COXA ESQUERDA

Estrutura óssea conservada.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Aumento de partes moles.

TERESINA - PI 12/12/2009

(FERNANDO

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 12/12/2009 15:08:40



Joana Luisa Mendes
Matrícula: 0
SAME: 0
CONFERE COM O DOCUMENTO

**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: **SANDRO LIMA SILVA** (Prontuário: 39318)

Endereço: RUA PETROPOLIS C; 4750 VILA BANDEIRANTE II - VILA BANDEIRANTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/12/1988 Idade: 20a11m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 26133

Requisição: 15087 Solicitação: 22/11/2009 Solicitante: ADOLFO BATISTA DE SOUSA MOREIRA

Controle: 19715 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 22/11/2009

COLUNA CERVICAL

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e inter-apofisários sem alterações.

CONCLUSÃO:

Exame normal.

(FERNANDO

TERESINA - PI 26/11/2009

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável



GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Joana Luisa Mendes de Melo
 Matrícula: 27390
 SAME HUT
 CONFERE C

**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: **SANDRO LIMA SILVA** (Prontuário: 39318)

Endereço: RUA PETROPOLIS C; 4750 VILA BANDEIRANTE II - VILA BANDEIRANTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/12/1988 Idade: 20a11m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 26133

Requisição: 15087 Solicitação: 22/11/2009 Solicitante: ADOLFO BATISTA DE SOUSA MOREIRA

Controle: 19715 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 22/11/2009

COLUNA CERVICAL

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e inter-apofisários sem alterações.

CONCLUSÃO:

Exame normal.

(FERNANDO

TERESINA - PI 26/11/2009

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável



Joana Luisa Mendes de Melo
 Matrícula: 47390
 SAMU HUT
 CONFERE COM O PRINCIPAL

**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: **SANDRO LIMA SILVA** (Prontuário: 39318)

Endereço: RUA PETROPOLIS C; 4750 VILA BANDEIRANTE II - VILA BANDEIRANTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/12/1988 Idade: 20a11m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 26133

Requisição: 15087 Solicitação: 22/11/2009 Solicitante: ADOLFO BATISTA DE SOUSA MOREIRA

Controle: 19716 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 22/11/2009

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência em PA.

os seguintes aspectos foram observados:

- Campos pulmonares de transparência normal.
- Seios costo-frênicos livres.
- Mediastino sem alterações
- Coração e pedículo vascular de configuração e dimensões anatômicas.
- Hilos de aspecto anatômico.

Conclusão: Exame normal.

(FERNANDO

TERESINA - PI 26/11/2009

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável



José Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIG

**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: **SANDRO LIMA SILVA** (Prontuário: 39318)

Endereço: RUA PETROPOLIS C; 4750 VILA BANDEIRANTE II - VILA BANDEIRANTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/12/1988 Idade: 20a11m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 26133

Requisição: 15087 Solicitação: 22/11/2009 Solicitante: ADOLFO BATISTA DE SOUSA MOREIRA

Controle: 19717 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 22/11/2009

BACIA PA

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO:

Exame normal.

(FERNANDO

TERESINA - PI 26/11/2009

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável



Joana Luiza Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME / HUT
 CONFERE COM O BANCO DA FAMÍLIA

**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: **SANDRO LIMA SILVA** (Prontuário: 39318)

Endereço: RUA PETROPOLIS C, 4750 VILA BANDEIRANTE II - VILA BANDEIRANTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/12/1988 Idade: 20a11m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 26133

Requisição: 15087 Solicitação: 22/11/2009 Solicitante: ADOLFO BATISTA DE SOUSA MOREIRA

Controle: 19717 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 22/11/2009

BACIA PA

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO:

Exame normal.

(FERNANDO

TERESINA - PI 26/11/2009

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável



José Luís Mendes da Maia
 Matrícula: 4330
 SAME - HUT
 CONFERE COM O HOSPITAL

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou o CT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a justiça do trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

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

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conferir 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.

CONFECCIONADA 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

PERÍODO: 212.84592.34-2

5716335

0040

PI

SANDRO LIMA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR



HOLDAMENTOS DE SINISTROS
DEVAT
CONTENDO NÃO IDENTIFICADO

24 JUL 2019

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILHA(O)

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

PARA

INCIDENTE

ASSINATURA E CARIMBO DA SINFAT

NOME

DOCUMENTO

INCIDENTE

ASSINATURA E CARIMBO DA SINFAT

NOME

DOCUMENTO

INCIDENTE

ASSINATURA E CARIMBO DA SINFAT

NOME

DOCUMENTO

INCIDENTE

ASSINATURA E CARIMBO DA SINFAT

L E G E N D A

A - EGMENTO C - TURNO D - RELACIONAMENTO DE INVESTIGAÇÃO
B - SP LOCAL E - ADIÇÃO F - ALIANÇA VOLUNTÁRIA

G - DATA DE NASCIMENTO

Declaro que Sandro Lima
da Silva sofreu acidente de
moto em 09/06/2019 e
teve fraturas deslocadas do
pé direito.

obs: amputação do falange do
2º artelho.

fratura do falange distal do Hâlix
+ fratura do falange proximal do
3º artelho.

Fiz tratamento cirúrgico e atingiu
o metatarso do pé D, com dificuldade
de colgar sapato mim agoniava

não conseguia
cominhar muito.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Sandro Lima Silva	RG: 3173836	ORG. EMISSOR: SSI / PI	D. EXPEDIÇÃO: 20/05/14
CPF: 062.198.353-52	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Ganson	
ENDEREÇO: R. petrópolis s/n Q31		Nº: 4750	
COMPLEMENTO: casa		BAIRRO: Vila Bandeirante	
CIDADE: Teresina		ESTADO: PI	CEP: 64.000.000
		TELEFONE:	

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Bozé Soares Marques	RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSI / PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Recuso-me	
ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro		Nº: 500	
BAIRRO: Centro Norte		CIDADE: Teresina	UF: PI
		CEP: 64.000.235	

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

Sandro Lima Silva

Data do acidente de trânsito : 09/06/19

Cobertura da vítima : Invalidiz



LOCAL / DATA : Teresina final 28/06/2019.

X SANDRO LIMA SILVA

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Cartório
Themistocles
Sampaio
Góis
Teresina
CNPJ: 02.379.070/0001-11
Endereço: Rua Coimbra de Resende, 465 - Centro
Cidade: Teresina - PI
CEP: 64.002-470

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SANDRO LIMA SILVA.
DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 28/06/2019. Selo: AAD52457-4N8J
www.tjpi.jus.br/portalextra.

JAKELANE RODRIGUES RIBEIRO DE ALMEIDA - Escrivente Autorizada
Emo: 3.85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 226

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
**CONSULTE O SELO
DIGITAL**

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jakelane Rodrigues Ribeiro de Almeida
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0251522/19

Número do Sinistro: 3190445559

Vítima: SANDRO LIMA SILVA

Data do acidente: 09/06/2019

CPF: 062.198.353-52

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SANDRO LIMA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 21/08/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190561312 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO LIMA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LESÃO EXTENSA NO PÉ DIREITO, COM FRATURA NO HÁLUX, 2º E 3º DEDOS DO PÉ DIREITO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO AMPUTAÇÃO COMPLETA DO 2º DEDO, AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO E DIMINUIÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSÃO DO HÁLUX DIREITO, COM HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM SETEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: Redução anatômica leve do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do pé devido a amputação do 2º dedo e amputação da FD do 3º dedo, limitação da mobilidade do hálux.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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