

---

**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

---

**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

---

**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



---

**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 (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
062.198.353-52 Semáforo 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: Semáforo Lima Silva 6 - CPF: 062.198.353-52  
7 - Profissão: Garçon 8 - Endereço: R. Petropolis S/N Q-31 9 - Número: 4750 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Vila Brandeirão 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6965

## 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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
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 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 reconhecimento 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Semáforo Lima Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

PI DA USINA SANTANA QUE LIGA TERESINA, Nº:

Complemento

Bairro

USINA SANTANA

Ponto de Referência

ZONA RURAL

Data/Hora

09/06/2019 - 22:00

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: SANDRO LIMA SILVA

RG: 3173836SS/PI

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS PEREIRA LIMA

Endereço: RUA PETROPOLIS, Nº 4750

Bairro: VILA BANDEIRANTE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 66-9454-5133

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VÍTIMA 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/VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SR. LUCIANA CALDAS ARAUJO, RG DE 3005809/SSP/PI, 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 SEGUIDA HUT, PRONTUÁRIO DE Nº39316, E O REGISTRO,

Edvar Ferreira Nunes - Mai.  
AGENTE DE POLÍCIA

SANDRO LIMA SILVA  
SANDRO LIMA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação



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: Garçon 8 - Endereço: R. Petropolis S/Nº-31 9 - Número: 4750 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Vila Brandeireira 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6965

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 24 JUL 2019  
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 (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não 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 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | 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 REGULAÇÃO

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

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE, 30 ANOS DE IDADE, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TRAUMA E LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO OSSEA. RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO EVIDENCIA 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 REFERENCIA PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA. HD= FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO. CID = S 925.

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

XAME FISICO.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. Nivaldo Soares da Silva  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 42372 LBOE 2637  
TEST 13762



Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAM - 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

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ nº 04.748.000/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-E)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SETAZ 06/98

PERE. DOYTELO  
CONSUMO, informe  
seu NOME

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 0 31 4750 VILA BANDEIRANTE  
CPF: 00014524988300  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 15.001.62.41.026500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	31895	Atual:	22/05/2019
Anterior:	31692	Anterior:	23-04-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21-06-2019
Consumo Medido:	203	Emissão:	21-05-2019
Consumo Faturado:	203	Apresentação:	22-05-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A408605		1.1.1.1	108

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	kWh	Consumo	203 A R\$ 0,926472 = 188,07
ABR/19	176	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	15,17
MAR/19	189	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,53
FEV/19	7		
JAN/19	93		
DEZ/18	91		
NOV/18	103		
OUT/18	215		
SET/18	86		
AGO/18	88		
JUL/18	89		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
2 A 223 - 0,9229%

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01-06-2019. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na DEBRON. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
04/2019	168,97	

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		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	37,00	Base de Cálculo:	188,07	137,29	
Energia	71,47	Alíquota ICMS:	27,00%		
Transmissão	12,08	Valor do ICMS		50,77	
Encargos	5,91	Valor do PIS	1,40%	1,93	
Tributos	61,61	Valor do COFINS:	6,49%	8,91	

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMC		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	5,31	10,63	21,25	3,36	6,73	13,45	3,03		
Realizado	0,20			1,00			0,20		
Conjunto	TERESINA-SATELITE						Período de apuração:	03/2019	SUSO: 65,5

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

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084817317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

CEP: 64.000-235 - TERESINA		DATA DA LEITURA	
DADOS DA LEITURA			
	kWh	Atual:	25/04/2019
Atual:	20146	Anterior:	26/03/2019
Anterior:	19968	Próxima Leitura:	24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	24/04/2019
Consumo Medido:	178	Apresentação:	25/04/2019
Consumo Fatorado:	178		
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
	Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Categoria/Subcategoria	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Pat. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 195

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA COTA
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/18 208	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 8 A 19 - 0,016101	

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2019

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

RESERVADO AO FISCO 751D.AA63.A887.C93E.267A.A420.CE47.B1E0

COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$		IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	62,05	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	10,49	Alíquota ICMS:	33,61
Transmissão:	5,13	Valor do ICMS:	1,67
Encargos:	43,01	Valor do PIS:	7,73
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DACC	DCCI
	Atual	Previsão	Antes	Atual	Previsão	Antes	Atual	Previsão
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	2,03	
Resultado	0,00			0,00			0,00	
Composto	TERESINA-NACALBA						02/2019	103,61

ROT: 17.001.31.11.020500

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.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 numero 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sandro Lima Silva inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 062.198.353/52 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima  
Sandro Lima Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 062.198.353/52, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua 24 de Junho</u>	Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP	<u>64000-235</u>
		Telefone celular (DDD)	<u>(86)99534-6565</u>		

Teresina, 24 de Julho de 2019  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números 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 SSPIPI, 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 Petropolis, nº 4750,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
X SANDRO LIMA SILVA, cujo o condutor era  
X SANDRO L. MIA SILVA.  
Veículo: Moto Modelo: Honda 160 FAN ESPI Ano: 2015/2016  
Placa: PTL-3777 Chassi: 9C2KC 2200 6 R00 8578  
Data do Acidente: 09/06/2019

Local e Data:

Teresina 27 Junho 2019

X Gilmar Vieira de Carvalho da Silva  
Assinatura do Declarante

2º OFÍCIO

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

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

2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 2ª Circunscrição - Teresina- Piauí

Teresina-PI - CEP: 64.002-470 - Fone: (085) 3304-2100 - e-mail: [cartorio@tjpi.com.br](mailto:cartorio@tjpi.com.br)

Bel Marylene de Oliveira Souza - Tabela Interna - Portaria nº 2008/2017 - P.F.P.O.U./EXPGJ Teresina-Piauí

RECONHEÇO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE GILMAR VIEIRA DE CARVALHO DA SILVA. EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. TERESINA, 27/06/2019

16:05:37  
SELO AAF50717 - PRK9 CONSULTE EM [www.tjpi.jus.br/portalextre](http://www.tjpi.jus.br/portalextre)

JEFFERSON HOLLYMAN SOUSA TORQUATO - ESCRIVENTE AUTORIZADO

Emol. R\$ 3.85 TJ; R\$ 0.77 MP; R\$ 0.10 Sel: R\$ 0.26 Total: R\$ 4.98

2º Tabelionato de  
Notas e Registro de Imóveis  
JEFFERSON HOLLYMAN SOUSA TORQUATO  
Escrivente Autorizado





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Samuel 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 de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 09/06/2019 23:23:01

(User: HJ)

(Estação: GESS002)

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

**DOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b> QUEDAS	<b>Classificação:</b> Dor moderada	<b>Cor:</b> Amarelo
<b>Breve História Clas. Risco:</b> 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: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M	<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2	<b>Pulso:</b> bpm	<b>Pressão:</b> mmHg
----------------------	-----------------------	------------------------	-------------------	----------------------

**Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:**

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, EVOLINDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMATICA DE 2PDD E LESSÃO EXTENSA DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO  
CD: RX DE PÉ DIREITO.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2019

**Diagnóstico Inicial:**  
Conjuntivite aguda não especificadaGENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI**CID:**  
h103**Exames Complementares:**

(1236345) - PE OU PODODACTILO DIREITO

**Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

**DATA:** / /**HORA:** :Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Médica: 47890  
SAME - VOT  
CGNFERE COM O ORIGINAL

Assinatura Paciente ou Responsável

HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA  
CRM PI 3638 Em: 09/06/2019 23:22:59

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

Imp: 09/06/2019 20:26:45

(User: NEOMAR SOARES)

(Estação: SALADEGESSO-PI)

**DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<b>Classificação:</b> Dor moderada	<b>Cor:</b> <b>Amarelo</b>
<b>Breve História Clas. Risco:</b> PCTE COM TRAUMA EM PÉ DIREITO HÁ APROX 3 HORAS. AVALIADO PELA CLINICA SOLICITADO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.		MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUSA COREN 277442 Em: 09/06/2019 20:18:28

**SSVV:** (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

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 DE TRÂNSITO COM TRAUMA E LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. 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.

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

**Diagnóstico Inicial:**  
Fratura de outro artelho

**CID:**  
S925

**Exames Complementares:**

RX

**Prescrição Médica:**

**Motivo da Alta/Encerramento:**

Continua Tratamento em Outra  
Unidade

**DATA:** / /

Assinatura Paciente ou Responsável



Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 77380  
SANE-HUT  
CONFERE COM O COMPROVANTE

Dr. Neomar Soares da Silva  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 4237 / RQE 2637  
TÍTUL: 1972

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



Fundação Municipal de Saúde

17 577 205/0015 - 32  
**UPA RENASCENÇA**  
 Rua Rio Verde Nº 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:

PACIENTE, 30 ANOS DE IDADE, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM TRAUMA E LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

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.

CD: ENCAMINHO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA.

HD: FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO

CID: S 925

TERESINA-PI, 09/06/2019 ÀS 20:30

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

Dr. Neomar Soares da Silva  
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
 CRM-PI 42377 ROF 2637  
 EOT 1474

### FICHA DE RETORNO

De:

Para:

DIAGNÓSTICO

TERESINA-PI \_/\_/\_

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



Joana Luísa Mendes de Araújo  
 Matr. OAB: 47390  
 S.º - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL



## PREScrição Médica

DATA: 09/06/19

HD: FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO

Anotações Médicas	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS DAS MEDICAÇÕES
HORA 20:26  # PACIENTE CLINICAMENTE ESTAVEL NO PERIODO  # AGUARDA TRANSF. HOSPITALAR	DIETA ORAL ZERO  SG 5% 1000ML EV P/24H  CEFTRIAXONA 1G - 1FR + 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 TRANSFERENCIA HOSPITALAR	<div style="text-align: center;"> <p>q</p> <p>03</p> <p>(21)</p> </div> <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 Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-Pi           </div> <div style="margin-top: 10px;"> <i>Joana Luísa Almeida Marques</i> Matrícula nº 01334 SABO CONFERE           </div>



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Saudio Luiz Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Fx - luxação exposta do 2º, 3º dedo do p.d		
Operação - Tipo	LC + Finao + lavagem de cur		
Cirurgião	Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra Ortopedia e Traumatologia CRM: 3918 TEOR: 1313F	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			

Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Lavagem e drenagem do local sob coqueletomia
2. Anestesia + Antidreno + Anestesia e limpeza Ester
3. LC do p.d
4. Finao com fio intramedular do 2º, 3º dedo do p.d
5. Sutura
6. Lavagem

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO 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 Lúcia Mendes de Almeida  
Mafioda 47330  
SME HUT  
CONFERE COM ATUAL

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3918 TEOR: 1313F



## 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: Sandro Lima Silva Nº AIH: \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
 MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

# Fx - lincoço do 2º e 3º dedos do  
 pé D  
 # Od, fur de linha 1,5 cm

*Dr. Celso Antônio  
 Médico  
 CRM: 3019 TEOL*

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 Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula 47390  
 SAME - RUT  
 CONFERE COM O ORDEM*

DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10 / 06 / 19

NOME DO PACIENTE:	Sandro Lima Silva	PRONTUÁRIO Nº:	39318
DIAGNÓSTICO:	Fr. Fechado do 2º, 3º e 4º de	CIRURGIA:	MCT + Fixação de Fr. - lere
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	05 202º e 3º de
CIRURGIÃO:	Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra Ortopedia e Traumatologia CRM: 3918 TEOT: 1313F	CPF Nº:	000.000.000-00
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Gairo	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	João	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	02 + 1	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	03	
JELCO Nº	UNID.			eletrodos	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 24 JUL 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-120 Teresina-PI	"	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.					"	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	"	04 + 2				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: XEVEA			
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-Ende: 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:

Acumulo de ex - líquido do 2º, 3º dedo do  
p.d + inchaço intenso do péto esquerdo

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura do 1º dedo

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

Fratura + Gesso fix + R

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de outro artelho

24-CID Prim:

S925

25-CID Sec:

26-CID C.Ass:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408050470

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS

Tempo SUS

3

29-Clinica:

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

02

01

CPF

000.058.973-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA

09/06/2019

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3219 TEPF-1413

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

40-No. Silhete:

41-Série:

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

24 JUL 2019

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 725724

Consulta SUS:



241065

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:

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-End: 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):

EX CLINICO

23-Diagnóstico Inicial:

Amputação traumática de dois ou mais artelhos

24-CID Prin:

S982

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.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

746.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

13/06/2019

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) 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

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13/06/2019

NOME DO PACIENTE: Sandro Lima Silva	PRONTUÁRIO Nº: 39318
DIAGNÓSTICO: Níctose II art. 10 (D)	CIRURGIA: Amputação de 2º de
ANESTESIA: Raquel	Nº DA SALA: 05 pe
CIRURGIÃO: Dr. Vasco	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Djamila	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Evaldânia	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 1024	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500 ml	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Cateter 02		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA		05 unid	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Elétricos -		03 unid	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Exercícios -		02 unid	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Ortopom -			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Solange Martinho			
PROLENE							

Joana Luisa Mendes de Menezes  
Matri. 100000  
SAM - 100000  
CONF. 100000



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

### Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>Sandro Lima Silva</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>NECROSE DO III ANTERIOR</u>		
Operação - Tipo <u>AMPUTAÇÃO DO III MIO</u>		
Cirurgião <u>Dr. Leo Eze</u>	1º Assistente <u>Dr. Márcio (Resid)</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <u>Edvalda</u>	Anestesiista <u>Dr. Jamila</u>	Anestesia <u>Raque</u>
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>13.06.2019</u>	Início <u>16:00</u>	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		



### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① ORK ② ASSERUA ③ LAUROS  
④ RUSSO ORK ⑤ URGENTE  
⑥ ORK ⑦ URGENTE  
⑧ URGENTE  
⑨ URGENTE  
⑩ URGENTE



## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Sandro Lima Lima Sala: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Procedimento: \_\_\_\_\_ Cirurgião: Leo Observações: \_\_\_\_\_

16-10 17-10

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Cloralfina	g	2								
2 Dina	mg	10								
3 Benetolona	mg	25								
4 Aprenera										
5 FNT	mg	100								
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
Oxigênio										
R/N2O										
Volatil	%									

## 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  
☒ Raqui-anestesia  
☐ Peridural  
☐ Bloqueio Periférico  
☐ Outros

## Decúbito:

dorso

SPO2 (%)	98	98	98	98						
ETCO2 (mmHg)										
Aces. Venoso										
Aces. Venoso										
Diurese										
Perdas Sanguíneas										

Descrição da Anestesia:

Joana Luísa Mendes de Araújo  
Matrícula: 47390  
SAME / HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **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

Joana Luísa Mendes de Albuquerque  
 Matrícula: 47300  
 SAME HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **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: S U S

### 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

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

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



Joana Lúcia Mendes  
Matrícula: 17200  
SAME  
CONFERE COM O ORIENTADOR

**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 Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 77390  
 SANE HUT  
 CONFERE

**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 Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAM HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **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: S U S

## 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



Joana Luisa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SANE - HUT  
 CONFERE COM O ORF

**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 íntegros.
- 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 Luísa Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 47390  
 SAME HUT  
 CONFERE COM ORIGINAL



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **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 íntegros.
- 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



João Luis Mendes de Mesquita  
 Matrícula: 41320  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM ORIGINAL

## 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 a CLT. 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 a 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

212.84592.34-2

5716335

0040

PI

SANDRO LIMA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DE VAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coarar de Raimundo, 400 Loja C  
Gentuna, Pôrto CEP 44.000-470  
R. 11 - 11111-111

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

SANDRO LIMA SILVA

FILIAÇÃO: ANTONIO BORGES DA SILVA  
MARIA DOS REMEDIOS PEREIRA LIMA  
SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 03/12/1988

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: UNIÃO - PI

DOCUMENTO: R.G. 3173836 SSP PI 30/09/2010

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 002.198.353-52

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: CNH

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTEPI - 20/05/2014

*Sandro Lima de Almeida, Neto*

ASSINATURA DO TITULAR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE DOCUMENTO

PARA

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

LEGENDA

A - EMISSÃO | C - CANCELAMENTO | I - RECONHECIMENTO DE IDENTIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SUP. SOCIAL | D - ADICION. | F - MUDANÇA VOLTANTE





Declaro que Sandro Lima  
da Silva sofreu acidente de  
moto em 09/06.2019 e  
teve fraturas dos dedos do  
pé direito.

obs: amputação do falange do  
2º dedo.

fratura do falange distal do Hálux  
+ fratura do falange proximal do  
3º dedo.

fiz tratamento cirúrgico e atuei

O metatarso do pé ~~2~~, com dificuldade  
de calçar sapato mim agorixa  
~~\_\_\_\_\_~~ não consigo  
caminhar muito.

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Sandro Lima Silva		
RG: 3173836	ORG. EMISSOR: SSF / PJ	D. EXPEDIÇÃO: 20/05/14
CPF: 062.198.353-52	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Garden
ENDEREÇO: R. Petropolis S/n 031		Nº: 4750
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: Vila Bandeirantes	
CIDADE: Teresina	ESTADO: PI	CEP: 64.000.000 TELEFONE :

## OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nello Roze Soares Moniques		
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSF / PJ	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 80017317391	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Recurso-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 CONFIO 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 DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Sandro Lima Silva

Data do acidente de trânsito: 09/06/19

Cobertura da vítima: Invalidez



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



SANDRO LIMA SILVA

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

<p>TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS</p> <p>RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SANDRO LIMA SILVA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 28/06/2019. Selo: AAD52457-485J www.tjpi.jus.br/portalextra.</p> <p>JAKELANE RODRIGUES RIBEIRO DE ALMEIDA-Escritora Autorizada Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:226</p>	<p>CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS</p> <p>CONSULTE O SELO DIGITAL</p> <p>CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Jakelane Rodrigues Ribeiro de Almeida Escritora Autorizada Teresina - PI</p>
--	--

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0251522/19

**Número do Sinistro:** 3190445559

**Vítima:** SANDRO LIMA SILVA

**CPF:** 062.198.353-52

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 09/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** SANDRO LIMA SILVA

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

\_\_\_\_\_  
NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
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