
Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027312

Vítima: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200027312

Vítima: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ANTONIO BARROS DE LIMA NETO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000075655-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200027312 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO **Data do acidente:** 16/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P9 E P11).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 551.060.867.59 4 - Nome completo da vítima: Antônio Barros de Lima Neto

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

5 - Nome completo: Antônio Barros de Lima Neto 6 - CPF: 551.060.867.59
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. Proxa Maria B. Ruy monteiro 9 - Número: 356/1
11 - Bairro: Monte Castelo 12 - Cidade: Juazeiro 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 24.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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: 2004 013 CONTA: 95655 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Juazeiro - Piauí 16.05.2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013014/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/12/2019 09:29 Data/Hora Fim: 13/12/2019 09:40
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 16/10/2019 17:00

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: Avenida Higino Cunha

Bairro: Jhotas
Nº: 1665
CEP: 64.014-220

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

Nome Civil: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: CE - Acopiara

Sexo: Masculino Nasc: 29/09/1984

Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: MARIA LOPES DE LIMA

Nome do Pai: FRANCISCO ALVES DE LIMA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 111.060.867-59

RG - Carteira de Identidade: 2000029122210

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO

Nº: 156

Bairro: MONTE CASTELO

CEP: 64.017-160

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 111.060.867-59

Placa: NHX1573

Renavam: 00128348208

Numero do Motor: MD34E-8040700

Número do Chassi: 9C2MD34008R040700

Ano/Modelo Fabricação: 2008/2008

Cor: PRETA

UF Veículo: Piauí

Município Veículo: Teresina

Marca/Modelo: HONDA/XR 250 TORNADO

Modelo: HONDA/XR 250 TORNADO

Veículo Adulterado? Não

Delegado de Polícia Civil Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 13/12/2019 09:40
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013014/2019

Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 05/03/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
ANTONIO BARROS DE LIMA NETO	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição NÃO IDENTIFICADO	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MENCIONADA E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE AO PARAR EM UMA FAIXA DE PEDESTRE UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO COLIDIU CONTRA A TRASEIRA DA MOTOCICLETA DO COMUNICANTE QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU (2494) E LEVADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA, TERESINA - HTU, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO 525926 É O RELATO QUE O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT

ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Junior
Agente de Polícia
Matrícula 0094781
Responsável pelo Atendimento


ANTONIO BARROS DE LIMA NETO
(Vítima - Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (o/a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 551.060.867.59 4 - Nome completo da vítima: Antônio Barros de Lima Neto

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

5 - Nome completo: Antônio Barros de Lima Neto 6 - CPF: 551.060.867.59
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. Proxa Maria L. Ruy monteiro 9 - Número: 356/1
11 - Bairro: Monte Castelo 12 - Cidade: Juazeiro 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 24.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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: 2004 013 CONTA: 95655 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (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 pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Juazeiro - Piauí 16.05.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° de chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		
Assistência	26 Pupilas		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10		 2 - Não 3 - Suspeito
	1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica		32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada		
Observações Interdisciplinar	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado				
	Observações Interdisciplinar				

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° de chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		
Assistência	26 Pupilas		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10		☐ Não Removido
	1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte
	31 - Imobilização de extremidades 31 - Reanimação cardiopulmonar 31 - Assistência obstétrica		31 - Glicemia 31 - Acesso Venoso 31 - Medicamentos a) b)		
Observações Interdisciplinar	32 - Hospital de Destino 33 - Condições de entrada 34 - Óbito				
	35 - Observações Interdisciplinar				

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor

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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000075655-4

Nr. da Autenticação 59E31FAA000532B0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 026150634

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	27-08-2019	163	278,83

ANTONIO BARROS DE LIMA NETO
R. PROFA MARIA DE L REGO MONTEIRO S/N 156/1 MONTE CASTELO
CPF: 00011106086759
CEP: 64.000-000 - TERESINA
ROT: 14.001.07.18.045100

DADOS DA CONTA	DADOS DA LEITURA
Atual: 5661	Atual: 20/08/2019
Anterior: 5498	Anterior: 19-07-2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 19-09-2019
Consumo Medidor: 163	Emissão: 19-08-2019
Consumo Faturado: 163	Apresentação: 20-08-2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Dias de Consumo: 32
Código de Irregularidade:	

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Médo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1434631		1.1.1.1	140

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 141	CONSUMO 163 A R\$ 0,899153 = 146,56
JUN/19 137	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,63
MAI/19 137	PARCELANAMENTO DE DEBITO 8/12 119,64
ABR/19 143	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,91
MAR/19 144	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 4,07
FEV/19 162	
JAN/19 119	
DEZ/18 0	
NOV/18 0	
OUT/18 0	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 163 - 0,645305

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04-09-2019. Caso pagamento, poderá ampliar novamente o limite de consumo do consumidor no SEOPR. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
07/2019	259,43	

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode pagar pelas datas de vencimento de sua fatura: 04, 10, 16, 22 ou 28, através do site www.equatorialenergia.com.br ou nos pontos de atendimento.

RESERVADO AO FISCO	56B9.348B.5A3B.D2AB.B15A.4D29.6F9B.403C
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 30,81	Base de Cálculo: 146,56 114,31
Energia: 59,51	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 10,06	Valor do ICMS: 32,24
Encargos: 4,92	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 41,26	Valor do COFINS: 6,49%
	7,41
INDICADORES DE CONTINUIDADE	
	DIC
	Manual Trimestral Anual
	Manual Trimestral Anual
	Manual Trimestral Anual
	Manual Trimestral Anual
Unidade	5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03
Estimado	0,00 0,00 0,00
Consumo	TERESINA-MACUEBA 06/2019 48,51

equatorial
ENERGIA

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 031895626

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

CONTA MÊS
DEZEMBRO/2019

VENCIMENTO
31/12/2019

CONSUMO (kWh)
127

TOTAL A PAGAR (R\$)
117,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.30.14.045000

Atual:	14139	Atual:	24/12/2019
Anterior:	14012	Anterior:	25/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	23/01/2020
Consumo Medido:	127	Emissão:	23/12/2019
Consumo Faturado:	127	Apresentação:	24/12/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	154

Mês/ano consumo	CONSUMO	127 A R\$ 0,847425 =	107,62
NOV/19 143	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		9,65
OUT/19 177	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,40	
SET/19 162	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,90	
AGO/19 158			
JUL/19 151			
JUN/19 154			
MAI/19 140			
ABR/19 143			
MAR/19 153			
FEV/19 204			
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 127 - 0,633612			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$
11/2019 149,73

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de
energia elétrica a partir de 08/01/2020. O não pagamento po-
dria acarretar também a inclusão do nome do consumidor na
SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar
esta notificação.

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 Kyelly Leane de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Antônio Barros de Lima Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.060.867-59,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antônio Barros de Lima
Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 111.060.867-59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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 Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Terexim</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CPF: <u>84.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 994729541</u>

Local e Data: Terexim - PIA 16.01.2020

Kyelly Leane de Oliveira
Assinatura do Declarante

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/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 Kyelly Leane de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Antônio Barros de Lima Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 333.060.867-59,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antônio Barros de Lima
Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 333.060.867-59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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 Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Terexim</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000-902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99472954</u>

Local e Data: Terexim - Piuí 30.01.2020

Kyelly Leane de Oliveira
Assinatura do Declarante



NOME DO PACIENTE: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 525926

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".

**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

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

Imp: 16/10/2019 18:28:54

(User: GILBERTO)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO		Prontuário: 525926	
Mãe: MARIA LIDIA LOPES LIMA		Pai:	
End.Resid.: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO N156 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 29/09/1983	Idade: 36a0m17d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99847-7905
Responsável: GEANE		CNS:	
Profissão: AUTONOMO		Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 746821	Entrada: 16/10/2019 18:04:54	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:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

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 MOTOCICLISTICO, COM CAPACETE. QUEIXA-SE DE OMBRO DIREITO. A: VIA AEREA PERVIA. B: MV+, SRA. C: BNF, RR, 2T, SS, FC= 85 BPM. PELVE ESTÁVEL, ABDOME INOCENTE; D: GLASGOW: 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE E MOTRICIDADES PRESERVADAS; E: ESCORIAÇÕES EM TORNOZELO ESQUERDO.	

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Conferido Original

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares: (1336625) - OMBRO DIREITO RX - 3 views Dentes de Tubérculo Mesa D	R. 1555 / IZADO DATA 16/10/2019 HORA TÉCNICO:
--	---

Prescrição Médica: Ch: Intussusção por Tratamento Cirúrgico Marcos Vitor P de Carvalho Filho Traumatologia Ortopédica CRM: 44792-3/06 12501
--

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

Geane Ferreira dos Santos
 Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 CRM: Em: 16/10/2019 18:28:53

**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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 16/10/2019 18:28:54

(GILBERTO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO		Prontuário: 525926	
Mãe: MARIA LIDIA LOPES LIMA		Pai:	
End.Resid.: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO N156 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 29/09/1983	Idade: 36a0m17d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99847-7905
Responsável: GEANE		CNS:	
Profissão: AUTONOMO		Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO	
3. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 746821	Data: 16/10/2019 18:04:54	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

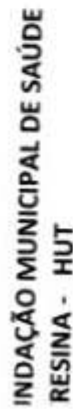
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferido com Original



HOSPITAL URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

NOME DO PACIENTE

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

ENF. OU AP LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

	DATA/HORA
	CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES


Maria Thereza Ribeiro da Silva
 COREN-PI 493601-TE

DIETA ORAL ~~CHAVE~~ 2-4-20

2. SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA

33|CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS

4 RANITIDINA 50 MG- AMP + AD, EV, 8\8 h

5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h S {0}

TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h

7	TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SF	2027
---	--	------

3|CUIDADOS GERAIS

0

Teresa Raquel Pereira de Sousa Leite
Matricula: 059234
SAME - HUT
Confira com Original

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Antônio Soares de Lima Neto IDADE 36 anos DATA 18/10/2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 18 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA PROT. OUPROO DUA CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

ADMISSÃO

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

143/83134 X 83

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

116120SATURAÇÃO DE O₂ (%)97%96

TEMPERATURA AXILAR (°C)

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/MATRÍCULA

Quirino

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ADMISSÃO

SAÍDA

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

2

2

2

2

Movimenta dois membros

1

1

1

1

1

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

0

0

0

0

RESPIRAÇÃO

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

2

2

2

2

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

1

1

1

1

1

Tem apnéia

0

0

0

0

0

CIRCULAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

2

2

2

2

PA em 20-49% do nível anestésico

1

1

1

1

1

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

0

0

0

0

CONSCIÊNCIA

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

2

2

2

2

2

Descerta, se solicitado

1

1

1

1

1

Não responde

0

0

0

0

0

SATURAÇÃO O₂É capaz de manter saturação de O₂ maior de 92% respirando em ar ambiente

2

2

2

2

2

Necessita de O₂ para manter saturação maior que 90%

1

1

1

1

1

Apresenta saturação de O₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O₂

0

0

0

0

0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



TOTAL

0910

ESCALA DE DOR ALTA



ASS.

ml

Dr. Manoel Antonio
Enfermeiro
CONEP-PI 113

SONDA VESICAL

() DRENO DE SUÇÃO

() DRENO TORACICO

() JOVE

() COLOSTOMIA

SONDA () NASOG () NASO

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM:

18:50 Admitido na SRPIA em pós de tta cirúrgica para fratura em unha O. submetido a sedação em bloqueio. Consciente, calmo, expulso, respirando com 97% sat. Fe com urina limpa.

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lugo
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferência com Opa

RAIO X REALIZADO
DATA 18/10/2019 HORA 21:05
TÉCNICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGEM () GRAFICOS ()

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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

25 29 25

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação

4-CNES

5828856

24988

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

7-CNS:

8-Nascimento: 29/09/1983

9-Sexo: Masculino

6 - Prontuário: 525926

11-Mãe: MARIA LIDIA LOPES LIMA

13-Resp: GEANE

12-Fone: 86-99847-7905

15-End: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO N156 - MONTE CASTELO - CEP: 64069-990

14-Cor: Sem Informação

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente com fratura
no braço direito
verificada através de RX

21 - Condições que justificam a internação:

tratamento cirúrgico

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

fratura do braço e radiografia

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

24-CID Prim:

S422

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408060190

27-Procedimento Solicitado:

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

29-Clinica:

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

02

01

CPF

001.663.217-61

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

YURI JIVAGO FELIX

34-Data Solicitação:

18/10/2019

Durval Terto Naves Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

08/12/19

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (R. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Yuri Jivago Felix

Usuário: KARLA BATISTA

Consulta Local: 746821

Consulta SUS:

Impressão: 18/10/2019 17:57:48

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18/10/2009

NOME DO PACIENTE:	Antonio B. de N.			FRONTUÁRIO Nº:	525926
DIAGNÓSTICO:	Furunculo			CIRURGIÃO:	Wesley Chaves
ANESTESIA:				Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	Wesley Chaves			CPF Nº	
AUXILIAR:	H. P. de S.			CPF Nº	
ANESTESIA:	H. P. de S.			CPF Nº	
INSTRUMENTADORA:	Ana Carolina			CPF Nº	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 6.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Altitudo: 05 Exames: 03 Conteúdo de Sítio: 01 Furunculo: 01 Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAM - HUT Confere Original			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	03			ENFERMARIA: CIRCULANTE: Romo			
FITA UMBILICAL							
VICRYL 0	01						
PROLENO							





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

249884

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **ANTONIO BARROS DE LIMA NETO**

7-CNS:

8-Nascimento: **29/09/1983**

9-Sexo: **Masculino**

6 - Prontuário: **525926**

11-Mãe: **MARIA LIDIA LOPES LIMA**

NAO INFORMADO

13-Resp: **GEANE**

12-Fone: **86-99847-7905**

15-Endere: **RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO N156 - MONTE CASTELO - CEP: 64069-990**

14-Fone: **86-99847-7905**

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64069-990**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30-Cod.Proced.Princip.

0408060190

30 - Procedimento Principal / Descrição:

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702031003

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-
cidada:

1

Fornecedor da OPM: **SPINE**

38-Profissional Responsável:

YURI JIVAGO FELIX

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

18/10/2019

40-No.Doc. Méd. Solic.:

001.663.217-61

Durval Tercio Nanes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

41-Ass.Carimbo Méd.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Muita dificuldade para realizar
esta intervenção devido
ao estado*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lages
Matrícula: 059234
SAME HUT
Confere o Original

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

18/10/19

53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

CRIM-MA (MARIA BATISTA)

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Antonio Carlos de Lima Jr</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fratura Unco Gnomal D</i>		
Operação - Tipo <i>fixação de unco D</i>		
Cirurgião <i>Dr. J. J. J.</i>	1º Assistente <i>Dr. Durval</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista <i>Dr. J. J. J.</i>	Anestesia <i>PR + Sedação</i>
Anestésico(a) <i>Dr. J. J. J.</i> CPF: 014.546.173-43 COOPANEST-PI		
Data da Operação	Início <i>16:45</i>	Fim <i>18:45</i>
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista
Acidente Durante a Operação

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Conferido com Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Anestesia - sedação m D
- 2) Acesso Delto - tubul ao ombro D
- 3) Redução - fixação fratura unco
- 4) - a fratura da cabeça
- 5) Lavagem a frio no campo
- 6) fechamento do ferimento
- 7) curativo



Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 70620 - Em: (17/10/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Naso.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
249758	525926	ANTONIO BARROS DE LIMA NETO	29/09/1983	POSTO 2	<i>Severina</i>	EXTRA 05	JOSE FERREIRA NETO				
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:									
Hora:	Resodinamicamente estável.		Alergias:								
08:00			Nega		(Número superior D)						
Seq.: Descrição-Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
Dista	ORAL Tipo LIVRE, / Zr no 2										
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO		1,00	Frasco	EV	12/12h					Wh-Verificado P.A 156/117 P.100 ————
2	DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ., 2ML.		1,00	Ampola	EV	6/6h					
3	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.		50,00	mg	EV	12/12h					
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL S. N.		1,00	Ampola	EV	8/8h					

Observações Gerais: CUIDADOR GERATS

CITYDADOS GERATS

Preop.

4. $2k-5 \rightarrow 2v$

— Gruppe unter (18.10.19) !!
 1 Dr. Frei (1. v. d. r.)

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original

José Ferreira Neto
Diretor Médico do Pronto Atendimento
CRM 1558
CPF-006.887.373-08

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

XOT

NOME DO PACIENTE				Nº DE REGISTRO		
ANTÔNIO BARROS DE LIMA NETO				523926		
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
18/10/19						
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
		1				5000
		2				1000
		3				1000
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				1000
		SANGUE 300				1000
		OUTROS 100				1000
TEMPERATURA		Cº				
		260				
		240				
		2				
P. ARTERIAL		38				
V O		200				
PULSO		180				
		160				
		140				
INÍCIO E FIM ANESTESIA		120				
X		100				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80				
		60				
		40				
		20				
		10				
RESPIRAÇÃO		O				
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS						
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
CONDICÕES POS-OPERATÓRIO						
PARITICULARIDADES						

Hiran Meneses dos Santos
CPF: 014.546.171-9
COOPANEST-PI

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAM HUT
Confere com Original

NOME: Antônio Barros de Lima Neto

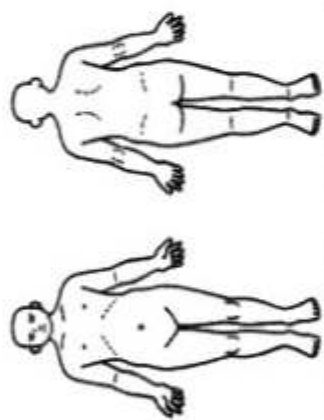
IDADE: ENFERMARIA/LEITO:

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () ALTA DEPENDÊNCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 14/10/2019

SINAIS VITAIS							ENTRADAS			SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18											
24											
06											

Teresa Raquel Pereira de Sousa LOPES
Matrícula: 059234
SAÚDE - HUT
Confere: Dom Onofre

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAÚDE HUT
Confirmação Onco:

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:	CONTROLE:	MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1-Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma			ALTO RISCO AR: <12		
UMIDADE (Molhado): 1-Completamente 2-Muito 3-ocasionalmente 4-Nenhuma			MEDIO RISCO MR: 12 a 14		
MOBILIDADE (Limitação): 1-Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma			BAIXO RISCO BR: > 14		
NUTRIÇÃO: 1-Muito pobre 2-Inadequada 3-Adequada 4-Excelesita			CLASSIFICAÇÃO		
FRIÇÃO E CISCALHAMENTO: 1-Problema 2-Problema Potencial 3-Nenhuma/Problema					
TOTAL:					
ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):					
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0					
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0					
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Móvel/Parado - 30 / Muletas / Bengala/Andador - 15 / Nenhum/Acamado/Auxílio Profissional/Saúde - 0					
4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM - 20 NÃO - 0					
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem desambulação, acamado, cadeira de rodas - 0					
6. ESTADO MENTAL: Superintencionalidade / Esquecimento - 15 / Orientado / Capacitado e autossuficiente / Limitação - 0					
TOTAL:					

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso () Glasgow: AORV/RM =	
2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Parestesia () Plegia () Hemiparesia	
3. Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () Sem O ₂ () Com O ₂ :	
4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () 2T () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:	
5. Dieta: () VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()	
6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:	
7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integro () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriações () LPPs	
8. Hidratação: () JVP () JVC () Outros:	
9. Drenos: () Sutor () Torácico () DVE () Kher () Penrose () Outros:	
10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros:	
11. Evacuações: () Presentes () Constipado () Diarreias () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:	
12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais?	
12.2: Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais? Data?	
12.3: Comorbidades: () Nega () DM () HAS () Outros, Quais?	
12.4: Medicamentos de uso contínuo:	

[illegible]

Yuri Jirigo Felts
Orthopedic Traumatologist
CRN - P4 1308

**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: **ANTONIO BARROS DE LIMA NETO** (Prontuário: 525926)
Endereço: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO N156 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 29/09/1983 Idade: 36a0m22d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 249884
Requisição: 1013889 Solicitação: 18/10/2019 Solicitante: YURI JIVAGO FELIX
Controle: 1338461 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 02

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 18/10/2019

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva no colo do umero fixado por placa metálica.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 21/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
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: **ANTONIO BARROS DE LIMA NETO** (Prontuário: 525926)
Endereço: RUA MARIA DE LOURDES DO REGO MONTEIRO N156 - MONTE CASTELO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 29/09/1983 Idade: 36a0m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 746821
Requisição: 1013029 Solicitação: 16/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1336626 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 16/10/2019

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na cabeça do umero.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 21/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAME HUT
Confere com Original



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023234/20

• **Vítima:** ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

CPF: 111.060.867-59

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

ANTONIO BARROS DE LIMA NETO : 111.060.867-59

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Barros de Lima Neto

RG: 2000029122210 Órgão Emissor: SSP-CE

CPF: 333.060.867.59 Nacionalidade: Brasileira

Est. Civil: Solteiro Profissão: Autônomo

Endereço: R. Propa. Maria de L. Reis Monteiro Nº 356/1

Bairro: Monte Castelo Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-Piauí

Telefone: (86) 98807.7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: Keylly Moura de Oliveira

RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte

Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí

Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Antonio Barros de Lima Neto

CPF: 333.060.867.59 Data do Acidente: 16/10/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina-Piauí, 30/10/2019
Local e data

Antonio Barros de Lima Neto
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua 13 de Maio, 1233 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0136 - E-mail: atendimento@teresiananotas.com.br
Tribunal: Justiça do Estado do Piauí

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO BARROS DE LIMA NETO. DOU FE. EM TEST. Deus DA VERDADE. Teresina-PI 30/10/2019. Selo: AAK71243-HNNH
www.tjpi.jus.br/portalexta. Antonio Barros de Lima Neto

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escritora Autorizada
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 167
PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sene
Escritora Autorizada

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023234/20

Vítima: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

CPF: 111.060.867-59

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/10/2019

Titular do CPF: ANTONIO BARROS DE LIMA NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO BARROS DE LIMA NETO : 111.060.867-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior