
Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111229

Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO PEREIRA DA 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, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200111229

Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 30/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO PEREIRA DA SILVA

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: PAULO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 00000334150-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ 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: 0029 CONTA: 33415000

☐ 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 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: 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

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,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA
POUPANÇA



6277 8016 3313 0574

6277

VÁLIDO ATÉ
01/21

PAULO PEREIRA DA SILVA
0029 013 00334150-0

elo



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011167/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/03/2020 14:09 Data/Hora Fim: 09/03/2020 14:18

Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

581498

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/11/2019 08:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Bairro: Porenquanto

Logradouro: rua clodoaldo freitas com jacob almeida

Ponto de Referência: CLINICA SANTA FE

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PAULO PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 26/11/1957

Idade: 62 anos

Naturalidade: PI - Campo Maior

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Raimunda Moraes da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 131.741.183-87

Endereço

Município: Teresina - PI

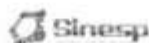
Logradouro: rua lourival mesquita

Nº: 1051

Bairro: santa maria

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 822.863.613-04	Placa OUC0757
Renavam 00544249445	Número do Motor JC41E1D741003
Número do Chassi 9C2JC4110DR741003	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor AMARELA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 09/06/2015	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Paulo Pereira da Silva	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Katia Maria Evangelista Torres
Data de Impressão: 09/03/2020 14:18
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: 011167/2020

RELATO/HISTÓRICO

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA EM MOTO E LOCAL CITADOS, QUANDO O PNEU DA MOTO COLIDIU COM UM GATO DE RAÇA E O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE; QUE, ESTA VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

ASSINATURAS

PID: *franglenale* *Paulo PEREIRA DA SILVA*

Katia Maria Evangelista Torres

Escrivão de Polícia

Matricula 008888

Responsável pelo Atendimento

Paulo Pereira da Silva

(Comunicante / Vítima)

*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 originar, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000334150-0

Nr. da Autenticação CAD4AFC76E304250



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

Para contato
consulte o número
888 10110000

SEU CÓDIGO

0115533-4

Nº da Nota Fiscal: 032300696

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\$)
JANEIRO/2020 13-01-2020 317 308,38

PAULO PEREIRA DA SILVA
R. LOURIVAL MESQUITA 1051 1051 SANTA MARIA DA CODIP
CPF: 00013174118387
CEP: 64.012-430 - TERESINA ROT: 4.001.48.41.036000

DADOS DA LEITURA	kWh	DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual:	4654	Atual:	06/01/2020
Anterior:	4337	Anterior:	05-12-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	05-02-2020
Consumo Medido:	317	Emissão:	03-01-2020
Consumo Faturado:	317	Apresentação:	06-01-2020
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat. Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2003552		1.1.1.1 235

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
DEZ/19 258	CONSUMO 317 A R\$ 0,897391 = 284,47
NOV/19 277	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 23,91
OUT/19 247	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,24
SET/19 243	
AGO/19 245	
JUL/19 225	
JUN/19 225	
MAI/19 214	
ABR/19 211	
MAR/19 232	

TARIFA COM TRIBUTOS:
R\$ 317 - 0,628740

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21-01-2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO		55BB 8E7E 937F 44EF 8B51 3C00 A493 808D	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	58,30	Base de Cálculo:	284,47 207,66
Energia:	112,65	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	19,05	Valor do ICMS:	76,80
Encargos:	9,32	Valor do PIS:	1,49
Tributos:	85,15	Valor do COFINS:	6,86
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC		PIC	
Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral
Limite	5,19 10,39 20,77	3,30	6,60 13,20 2,94
Realizado	0,00	0,00	0,00
Conjunta	POTV	Período de aplicação:	11/2019 98,08

ROT: 4.001.48.41.036000

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



0115533-4

308,38

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

01/2020

13-01-2020

Nº da Nota Fiscal:

032300696 FCAM

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

83690000003 2 08380017000 9 00000000115 6 53340120008 4





Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

033253861

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.940.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFRAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 033253861

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS VENCIMENTO
JANEIRO/2020 30/01/2020
CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
217 217,42

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.30.14.045400

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	22589	Atual:	23/01/2020
Anterior:	22372	Anterior:	24/12/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21/02/2020
Consumo Medido:	217	Emissão:	22/01/2020
Consumo Faturado:	217	Apresentação:	23/01/2020
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
	Código de irregularidade:		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	275

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
México consumo	
DEZ/19 271	CONSUMO 217 A R\$ 0,897391 = 194,73
NOV/19 277	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 16,37
OUT/19 394	CORRECAO MONETARIA DA 12/19-00 0,01
SET/19 368	CORRECAO MONETARIA IG 12/19-00 0,22
AGO/19 285	MULTA POR ATRASO DE I 12/19-00 0,41
JUL/19 222	JUROS DE MORA ATRASO 12/19-00 0,04
JUN/19 205	MULTA POR ATRASO 12/19-00 4,91
MAI/19 204	JUROS POR ATRASO 12/19-00 0,73
ABR/19 178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,90
MAR/19 243	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 217 - 0,620740

RECOMENDACAO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelo prazo de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, desde que seja pago por meio das opções canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 36C8.516B.328B.A3B1.CE87.9772.A512.2F0E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 39,91	Base de Cálculo: 194,73 142,15
Energia: 77,12	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 13,04	Valor do ICMS: 52,57
Encargos: 6,38	Valor do PIS: 0,71% 1,02
Tributos: 58,28	Valor do COFINS: 3,30% 4,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	DMC2
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACALIBA						Período de apuração:	11/2019 96,08

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 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 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 Paulo Pereira Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 131.741.183/87, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Paulo Pereira Da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 131.741.183/87, 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		Número	Complemento
<u>Rua 24 de Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina 10 de março de 2020
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Paulo Pereira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 257950

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

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

Imp: 30/11/2019 10:37:31

(User: BENICIO SERGIO)

(Estação: GESS002)

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA		Prontuário: 257950
Mãe: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA		Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA
End.Resid.: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 26/11/1957	Idade: 62a0m4d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9991-1687
Responsável: SANDRA MARA		CNS: 898004017198548
Profissão: MOTOTAXISTA		Documento: RG: 301493 - SSP-PI
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 754338	Entrada: 30/11/2019 10:07:59	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA, A 01H. CONSCIENTE, ORIENTADO. REFERE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR À E, MSE. SABIDAMENTE HIPERTENSO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.		JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 Em: 30/11/2019 10:17:58

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 refere acidente com trauma de MSE, com dor, edema e crepitação em topografia clavicular E. <i>RX - Fratura da clavícula E</i>
--

Diagnóstico Inicial: 7	CID: 542.0
----------------------------------	----------------------

Exames Complementares: (1373894) - CLAVICULA ESQUERDA	<i>Elayne Mendes R. de Oliveira</i> SAMU - HUT Confere com o Original
---	---

Prescrição Médica: <i>ca. Intenso para tratamento Analgésico</i> RA - RX REALIZADO DATA 30/11/2019 HORA ____ TÉCNICO: ____

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Marcos Vinícius F. de
Traumatologia
BENICIO SERGIO
CRM PI - 2646 Em: 30/11/2019 10:37:30

FICHA DE ADMISSÃO



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

Prontuario:

257950

Internação:

252877

Nome: **PAULO PEREIRA DA SILVA**

End. Resid.: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 26/11/1957	Idade: 62a0m4d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: MOTOTAXISTA
Admissão: 01/06/2013	G.Instrução: Fundamental	Fone: 86- 9991-1687	Cartão SUS (CNS): 898004017198548	Procedência: TERESINA

Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA

Mãe: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA

Cônjuge:

Responsável: SANDRA MARA

End.Responsável: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI

TERESINA - PI

64000-010

Documento: RG: 301493 - SSP-PI

Internou-se neste Hospital: () Sim () Não Internou Noutros Hospitais () Sim () Não

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

Trauma de ombro E com fratura

DIAGNÓSTICO:

Provisório: Fratura da clavícula	C I D: S420
Principal:	C I D:

Intercorrência:

Sintomas e Sinais Principais:	Causa Mortis:	Hist.Patológico:
-------------------------------	---------------	------------------

TRATAMENTO:

TIPO:	TERAPÊUTICA MÉDICA:	OPERAÇÃO:	EFICÁCIA:
() Nenhum		Principal:	() Eficaz
() Médico			() Ineficaz
() Cirúrgico		Acessoria: Ellayne Mendes R. de Oliveira	() Prejudicial
() Méd.Cirug.		SAME - HUT	() Não Avaliado
		Confere com o Original	

DURAÇÃO:

Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
ALTA SAÍDA:			TRANSFERÊNCIA:	ÓBITO:
() Curado	() A Pedido	() Por Indisciplina	() Tisiologia	() <48 H, estado agônico ou pré-agônico.
() Melhorado	() Int.P/Diagnóstico	() Evasão	() Psiquiatria	() <48 H, SEM estado agônico ou pré-agôn
() Inalterado	() Decisão Médica	() P.Ambulatório	() Outros	() Após 48 horas de Internação.

Em: 30/11/2019

Ass. Médico

[illegible]

Elayne Mendes R. de Oliveira
SANE - HUT
Confere com o Original



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<i>Paulo Lima da Silva</i>	PRONTUÁRIO	<i>857950</i>
DA CLÍNICA	ORTOPEDIA	LEITO	<i>Carneiro</i>
À CLÍNICA	CARDIOLOGIA		

MOTIVO DA CONSULTA

PACIENTE COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA.
SOLICITO AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO.

DATA: *30.11.19*

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologista Ortopédico
CRM-PI 6742 5807 12601
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

*Has m uso Captofix
PA = 140 x 90
Ceg = normal
sem outras alterações*

*Baixo risco cirúrgico
e/ou cirurgia ortopédica*

01.12.19

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere como Original

Dr. Antonio Vitor
CARDIOLOGISTA
CRM-PI 2335



**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	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	252877

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA	6 - Prontuário: 257950
7-CNS: 898004017198548 8-Nascimento: 26/11/1957 9-Sexo: Masculino RG: 301493- SSP-PI-Exp:	12-Fone: 86- 9991-1687
Mãe: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA	14-Fone: 86- 9991-1687
13-Resp: SANDRA MARA	
15-Ender: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior 0408010150	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA
21-Cod. Mudança Procd. 0308010019	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA
23-CID Prim: T111 26-Diagnóstico: Ferimento do membro superior, nível não especificado	28-CID Sec.: 29-CID C.Ass.:

38-Profissional Responsável: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO	40-Tp. Documento: CPF	
Data Solicitação: 30/11/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 887.204.893-15	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR, EDEMA, TRAUMA DO OMBRO ESQUERDO COM CREPITAÇÃO EM TOPOGRAFIA CLAVICULAR.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(AMPARO LEAL)

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SANE - HUT
Confere com o Original

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 267167
	AIH: 2219102403606

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
700700419362280	PAULO PEREIRA DA SILVA	26/11/1957	257950	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8699911687	RAIMUNDA MORAIS DA SILVA	SANDRA	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
64000010	AVENIDA MARANHÃO	1041		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CENTRO		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	0308010019

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		CÓDIGO	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA		0408010150	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		CÓDIGO	
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA		0308010019	
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR NIVEL NAO ESPECIFICADO	T111		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR, EDEMA, TRAUMA DO OMBRO ESQUERDO COM CREPITAÇÃO EM TOPOGRAFIA CLAVICULAR.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	30/11/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO				
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO		
170600533260002		30/01/2020 14:18:27		

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original



P41

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

267167

M. P. 08
03/11/19**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	252877

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	PAULO PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário:	257950		
7-CNS:	898004017198548	8-Nascimento:	26/11/1957	9-Sexo:	Masculino	RG:	301493 - SSP-PI
11-Mãe:	RAIMUNDA MORAIS DA SILVA			12-Fone:	86- 9991-1687		
13-Resp:	SANDRA MARA			14-Cor:	Sem Informação		
15-Ender:	RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u>			
Trauma de ombro E com fratura			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u>			
Necessidade de cirurgia			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u>			
Exame clínico e radiológico			
<u>23-Diagnóstico Inicial:</u>	24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:
Fratura da clavícula	S420		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408010150		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA		Tempo SUS: 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 887.204.893-15	 Marcos Vitor P. de Carvalho Filho Especialista em Ortopedia CRM-PI 11301 35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO		34-Data Solicitação: 30/11/2019		

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-CBOE:
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		
51 - Assinatura do Profissional ou Responsável: 		50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho): SAME HUT Confere com o Original
		Usuário: (MARCOS VITOR) Consulta Local: 754338 Consulta SUS:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 267167
	AIH: 2219102403606
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898004017198548	NOME DO PACIENTE PAULO PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 26/11/1957	SEXO M	PRONTUÁRIO 257950
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE RAIMUNDA MORAIS DA SILVA	RESPONSÁVEL SANDRA	
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO AVENIDA MARANHÃO			NUMERO / LOTE 1041
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA DE OMBRO E COM FRATURA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO E RADIOLOGICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO
CPF: 88720489315

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

30/11/2019

DATA ADMISSÃO

30/11/2019 10:07

DATA ALTA

01/12/2019 15:30

MOTIVO ALTA

TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO
CPF: 37320645300

CRM:

DATA ANALISE: 30/11/2019 11:51:49

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 79208 - Em: (01/12/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt.Nasc.	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
252877	257950	PAULO PEREIRA DA SILVA	26/11/1957	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 20	JOAO FRANCISCO DE SOUSA FILHO				
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:					
Hora:		ESTÁVEL		FRATURA DE CLAVICULAR							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	
Dieta											
1	ORAL Tipo BRANDA,										12h ssw - Paz - Hox
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO			1,00	Frasco	EV	24/24h				8-85h - cur
2	PANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.			1,00	Ampola	EV	8/8h				22 de
3	DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	6/6h				24 de 16:12 Pol tranperido
4	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.			1,00	Ampola	EV	12/12h				pl o HPM - Sess
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL			1,00	Ampola	EV	8/8h				Enfª, Suelen do Nogueira Coordenadora do Núcleo de Regulação - ACF
			S/N								

João Francisco de Sousa Filho
Coordenador Médico do Núcleo de Regulação
Médico - CRM: 2528

Ellayne Mendes R. de Oliveira
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: **PAULO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 257950)
Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 26/11/1957 Idade: 55a6m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 311383
Requisição: 325075 Solicitação: 01/06/2013 Solicitante: LINDOMAR DUTRA DE FEITAS SANTOS
Controle: 414347 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 01/06/2013

OMBRO ESQUERDO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(ANTONIO

TERESINA - PI 07/06/2013



Fundação Municipal de Saúde

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Conferido e Liberado por Senha em: 07/06/2013 19:16:44

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME HUT
Confere como 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: **PAULO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 257950)
 Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 26/11/1957 Idade: 58a10m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 576052
 Requisição: 686634 Solicitação: 17/10/2016 Solicitante: ALBERT BASILIO MEDEIROS
 Controle: 857753 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 17/10/2016

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 21/10/2016

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira
 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: **PAULO PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 257950)
 Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1041 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 26/11/1957 Idade: 62a0m6d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 754338
 Requisição: 1030555 Solicitação: 30/11/2019 Solicitante: BENICIO RODRIGUES SERGIO
 Controle: 1373894 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 30/11/2019

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cavalgada no terço médio da clavícula.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 02/12/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Ellayne Mendes R. de Oliveira
 SAME - HUT
 Confere com o Original



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Compare com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.

Em, 04/02/2020

Setor de Arquivo Técnico do HPMP
Cleusa Rodrigues da Silva-Ten PM RR
RGPM 107029-84/MAT. 012825-2
Chefe do Setor de Arquivo Técnico HPMP

NOME DO PACIENTE: PAULO PEREIRA DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 53852519

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE****Número do Laudo: 267398**

M221100001

Orgão Emissor:**Paciente:** PAULO PEREIRA DA SILVA**Nascimento:** 26/11/1957**Procedimento:**0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
CLAVICULA**CID:**

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

Data da Solicitação: 01/12/2019**Data da****Autorização:** 02/12/2019 10:51:36**AIH.:** 2219102414958**Estabelecimento Executante:** HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
DIRCEU ARCOVERDE - HPM_____
Autorizador**Operador:****Atendimento (Data, Hora):** 05/12/2019 11:21:30
RGPM 107029-RAMAT: 012825-2
Chefe do Setor de Arquivo Técnico/HPM

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 267398

AIH: 2219102414958

FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828836
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PRIMEIRO(S) NOME(S)	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
PAULO PEREIRA DA SILVA	PAULO PEREIRA DA SILVA	26/11/1957	M	538525
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
			RAIMUNDA MORAIS DA SILVA	O MESMO
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
	AVENIDA MARANHÃO	1041		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
12/2019 14:59:23 PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA HA 01 HORA. CONSCIENTE, ORIENTADO. REFERE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR A E. FEZ RAYGASS EVIDENCIANDO FRATURA DE CLAVÍCULA E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFERÊNCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAYGASS EVIDENCIANDO FRATURA DE CLAVÍCULA E

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S20 - FRATURA DA CLAVÍCULA		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

OBJETIVO/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
1400010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

HEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)	
VALIA TER	DATA SOLICITAÇÃO
05/12/2019	01/12/2019
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA
05/12/2019 16:23	05/12/2019 10:00
MOTIVO ALTA	
ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

Tipo ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LEANDRO PONTE LEAL	
CRM	CPF
DATA ANÁLISE: 03/12/2019 10:51:36	DATA ANÁLISE

SINASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

LEANDRO PONTE LEAL
RGPH 107020-8/ANAT-012823-2
Chefe do Setor de Análise Técnica/PPV

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Instituição do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

1147056

Identificação do Paciente

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

6 - Prontuário: 538525

11 - NIS: 898004017198548

8 - Nascimento: 26/11/1957

9 - Sexo: M

CPF:

12 - Nome: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA

12 - Fone: 86-9.9911687

13 - Respo: SANDRA MARA ALVES DA SILVA VELOSO

14 - Cor: PARDAS

15 - Endor: LOURIVAL MESQUITA

1041

19 - CEP: 64012-430

16 - Munic: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100

18 - UF: PI

RG: 30149-3

Justificativa da Internação

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Don e edema em
ombro Gx

Condições que justificam a internação:

Necessidade do cirurgico

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

AX ombro Gx

Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S420

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

NATURA DA CLAVICULA

Procedimento Solicitado

Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Tempo SUS

2

1 - Clínica:

30 - Carater.:

Ident.:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

COTO II

02

1

CPF

16778699841

Nome Profissional / Assistente

DRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

01/12/2019

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

() Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bônus.

41 - Série

() Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

() Acidente de Trabalho Trajetos.

Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável.

Assinatura Profissional Autorizador
Chefe do Setor de Apoio Técnico (RPU)

Usuário: IRANIR.SOARES

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão 16:18:58

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ	2. CNES	2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ	4. CNES	2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE PAULO PEREIRA DA SILVA			
1. IDADE 55	7. CARTÃO NACIONAL SUS 819810104191711918154181	8. DATA NASC. 26.11.1957	9. SEXO: M / F 1 3
10.1 NOME DO RESPONSÁVEL Kleimunda Moraes da Silva		DOCUMENTOS: RG Nº 301493	CPF
11. ENDEREÇO Rua Mesquita, 1041		12.2 BAIRRO Srs Maria da Conceição	12.3 COMPLEMENTO
13. MUNICÍPIO TERESINA		14. IBGE	15. UF PI
16. CEP 64012430		17. COMPLEMENTO LOCAL	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor e edema em onelho			
CAUSAS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de amparo			
RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) Exame físico			
18. CID 10 PRINCIPAL S920	22. CID 10 SECUNDÁRIO	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. NOME DO PROCEDIMENTO Cirurgia de clavicula		25. COD. DO PROCEDIMENTO 040801010
27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Giovanni...	30. CNS/CPF
29. DT/SOLICITAÇÃO	31. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) 5285	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE	35. SÉRIE
36. CNPJ EMPRESA	38. CNAE EMPRESA	40. CBOR
43. () LEVE 44. () GRAVE 45. () GRAVÍSSIMA		

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR Aarão Cruz Mendes Ass. de Auditoria DCAAF/MS CRM-PI 1885 OF-131785-473-04 CNA 203833996-10008	JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO
50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA	
51. DT. AUT.	
52. CNS/CPF	
53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	
PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

Sim ☐ NÃO ☐

DE OUTROS HOSPITAIS

Sim ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

01/12/2019

Nasc.: 26/11/1957 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Pront.: 538525

Atendimento: 1147056

Enfermaria: POSTO II

ENF 213 LEITO

Leito: 213

Pai:

Mãe: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA

RG: 301493

Residência:

LOURIVAL MESQUITA

Nr.: 1041

Cep: 64012430

Bairro: SANTA MARIA DA CODIPE

Cidade: TERESINA

Telefone: 86 - 99911687

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Don e edema em
ouvido Bz

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico:

Fratura clavícula
Infecção de ferida

CID S420

CID S420

Sinais e Sinais Principais

Causa Médica

Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☒ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☒ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

hora de internação

01/12/2019 16:17:45

Data da Alta:

03/12/2019

Data da Hospitalização

1/1

ALTA

Salda

Transferência

Óbito

- ☐ Curado
☐ Ignorado
☐ Aliviado
☐ Recidivo
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI - CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

Unidade de Pronto Atendimento
RUPM 107029-84-MAT. 012015-2
Cidade do Saneamento Básico



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 04 / 12 / 19
Nº DO PRONTUÁRIO 5385215 SALA 08
CÓD DA CIRURGIA: 0408010150

Descrição da Cirurgia:

Idade em 05 205 56 anos
aséptica / antisséptica
campos / lavado
distensão / redutível
fixação / futura
curativo

Clínica - 12405

Cirurgia: Heterotopia clavicula B

Cirurgião: Giovanni

Auxiliar:

Auxiliar:

Auxiliar:

Instrumentador: R. Bon

Calculante: Antenor

COREN-PI 522.620

REGISTRO DE ATOS MÉDICOS
Diretor de Saúde de Piauí (Técnico HPS)



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

REQUERIMENTO: 178683
PACIENTE: PAULO PEREIRA DA SILVA
NOME DA MÃE: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA
DATA DO NASCIMENTO: 26/11/1957
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 04/12/2019
DATA DO LAUDO: 11/12/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

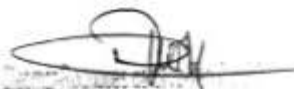
Controle pós-tratamento cirúrgico de fratura no terço médio/distal da clavícula esquerda, fixada com fio de kirschner.
Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.
Discretas alterações degenerativas na articulação acrômio-clavicular.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Controle pós-tratamento cirúrgico de fratura no terço médio/distal da clavícula esquerda, fixada com fio de kirschner.
Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.
Discretas alterações degenerativas na articulação acrômio-clavicular.


Dr. Manoel Messias P. de Sousa
MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR
CRM-PI 2869 - RQE 3048

Dr.(a) MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA
CRM: 2869


RGPM 107029-BAHIA, 07/08/2019
Chefe do Serviço de Radiologia

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina-PI
CEP: 64.014-220 - CNPJ: 07.444.159/0002-25

Telefone: 3216-1528 / 3216-1529
Whatsapp: 9.9443-6110



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 178185
PACIENTE: PAULO PEREIRA DA SILVA
NOME DA MÃE: RAIMUNDA MORAIS DA SILVA
DATA DO NASCIMENTO: 26/11/1957
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 01/12/2019
DATA DO LAUDO: 19/12/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura cominutiva, oblíqua, desalinhada, localizada na diáfise média da clavícula esquerda.
Redução assimétrica do espaço articular acrômio-clavicular, associada a esclerose óssea e
cistos subcondrais.
Aumento do volume e da densidade das partes moles do ombro.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva, oblíqua, desalinhada, localizada na diáfise média da clavícula esquerda.
Artrose acrômio-clavicular.
Aumento do volume e da densidade das partes moles do ombro.


Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-PI: 4173

Dr.(a) LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173


Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-PI: 4173



Solicitação de Transferência

Formulário para Solicitação de Regulação/Transferência

<u>Qualidade Requerida:</u> ACIDENTISTA				<u>Nº Cartão SUS:</u> 898004017198548			
<u>Nome do paciente:</u> WLO PEREIRA DA SILVA (Prontuário: 257950)							
<u>Idade:</u> 62a0m5d		<u>Sexo:</u> Masculino		<u>RG/CPF:</u> RG: 301493 - SSP-PI			
<u>Nome da Mãe:</u> MUNDA MORAIS DA SILVA							
<u>Endereço:</u> R. LOURIVAL MESQUITA 1041						<u>Bairro:</u> SANTA MA. CODIPI	
<u>CEP:</u> 64000-010		<u>Município:</u> TERESINA		<u>UF:</u> PI		<u>Fones:</u> 86-9991-1687	
<u>Diagnóstico:</u>	<u>PA:</u>	<u>Saturação:</u>	<u>Glicemia:</u>	<u>Temper.:</u>	<u>FC:</u>	<u>FR:</u>	<u>Uso O2</u>
S420	120	80			39	16	Não
							<u>Niv. Consc.</u> 15
							<u>Clas. Risco:</u> Prioridade Máxima

Quadro Clínico:

PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA, A 01H. CONSCIENTE, ORIENTADO. REFERE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR À E, FEZ RX EVIDENCIANDO FRATURA DE CLAVICULA E

Exames/Resultados:

RX

Diagnóstico Complementar:

Tratamento Realizado:

Observação Transferência:

RETAGUARDA

Data Sol.: 01/12/2019 14:53:04

Paulo Roberto F. Cunha
Carimbo Ass. Prof. Saúde.

Carimbo Ass. Prof. Saúde.



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 79208 - Em: 07/12/2019

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dr. Marc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
252877	257950	PAULO PEREIRA DA SILVA	26/11/1957	ROSIV 2	SUPLENENTAR	EXTRA 20	JOAO FRANCISCO DE SOUSA FILHO		
Evolução:	ESTAVEL				Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:		
Horas:							FRATURA DE CLAVICULAR		
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recoms:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietas	ORAL Tipo BRANDA,								
1	CLORETO DE SÓCIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	24/24h				12h 55w - PA 20/12/19
2	PANTIDINA 25mg/ML, INJ. C/2ML. AD	1,00	Ampola	EV	8/8h				14h 22 6h - 10h
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h				14h 22 6h - 10h
4	TIPOXICAM 20mg/ML, PÓ P/SOL. INJ. S/N	1,00	Ampola	EV	12/12h				14h 22 6h - 10h
5	TRAMADOL 100mg/2ML, INJETAVEL S/N	1,00	Ampola	EV	8/8h				14h 22 6h - 10h

João Francisco de Sousa Filho
Cirurgião Geral do Hospital de Urgência de Teresina
RUA OTTO TITO, 1820 - REDENÇÃO - TERESINA - PI
CEP: 64017-770

ID: 178888
Paciente PAULO PEREIRA DA SILVA
Idade: 062Y
Sexo: M


RUBEN MACHADO DE LIMA
RUA DA SERRA DO CARVALHO, 100
CASA 100 - JARDIM CARVALHO - FLORESTA

Hora: 16:38
Exame: 04/12/2019



E

HPM

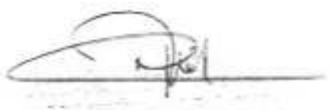


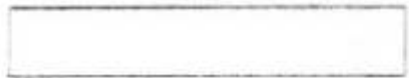
E
AXIAL

ID: 178185
Paciente PAULO PEREIRA DA SILVA
Idade: 062Y
Sexo: M

Nome: 0032
Exame: 02/12/2019







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PI

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1836980925

NOME
PAULO FERREIRA DA SILVA



DOC. IDENTIFICADOR / CÓD. EMISSOR
301493 SSP PI

CPF
131.743.183-87

DATA NASCIMENTO
26/11/1957

FILIAÇÃO
JOÃO FERREIRA DA SILVA
RAIMUNDA MORAES DA
SILVA

PERMISSÃO
0000000000

ACC
00000000

CAT. HABIL.
A3

IP REGISTRO
03168034694

VALIDADE
09/07/2024

P. HABILITAÇÃO
13/06/1981

OBSERVAÇÕES
A

Paulo Ferreira da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
11/07/2019

[Signature]
ASSINATURA DO EMISSOR

27692870096
PI320801161

PROIBIDO PLASTIFICAR
1836980925

PIAUÍ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




0475253

Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME
NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO
CICERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE
CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

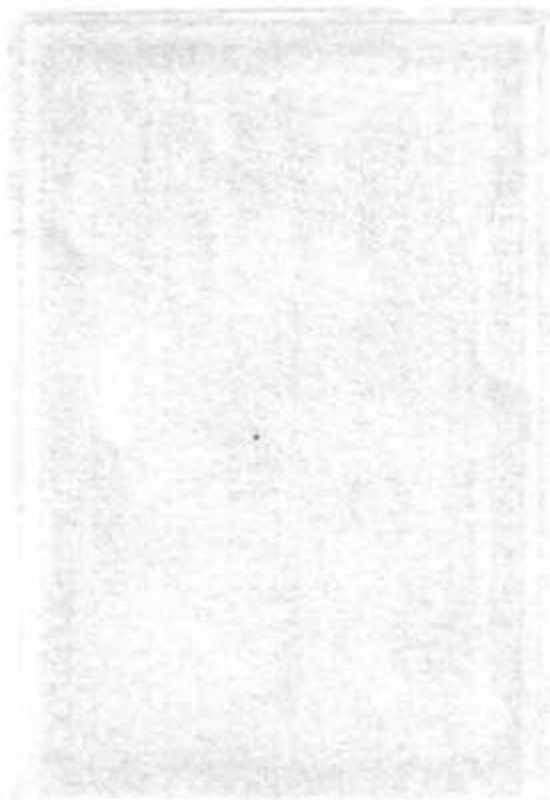
DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L A1/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR
Pedro Gomes de Moraes
Pedro Gomes de Moraes
Piauí - Grm - PI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



Prezado Analista
por favor desconsiderar
esta ata.
Galo

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088179/20

Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA

CPF: 131.741.183-87

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 30/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DA SILVA

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

PAULO PEREIRA DA SILVA : 131.741.183-87

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: 11/03/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200111229 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 30/11/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA
P2,5,15,19,20,25

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE

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 DE

**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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Paulo Pereira da Silva
 RG: 301493 ORG. EMISSOR: SSP/PF D. EXPEDIÇÃO: 11/07/19
 CPF: 131.741.183-87 ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: motofaxista
 ENDEREÇO: Rua Lourival Mesquita Nº: 1051
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Santa Maria da
 CIDADE: Terezina ESTADO: PI CEP: 6400000 TELEFONE: woodipi

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Raze Soares Marques
 RG: 4 ORG. EMISSOR: SSP/PF D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 84017317391 ESTADO CIVIL: solteiro PROFISSÃO: Recusante
 ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro Nº: 544
 BAIRRO: CIDADE: Terezina UF: PI CEP: 64000235

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

Paulo Pereira da Silva

Data do acidente de trânsito: 30/11/2019

Cobertura da vítima: Invalida

LOCAL / DATA: Terezina Piauí 16/12/2019

Paulo PEREIRA da SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



ARTIGO 1º - O SEU SELO
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Kátia GARCIA DA SILVA Santos
 Escrevente Autorizada

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE PAULO PEREIRA DA SILVA, DOU FE, EM 30/11/2019, Selo: AAP07467-1AIN
 Terezina-PI, 16/12/2019.
 www.tjpi.jus.br/portalexta.
 KÁTIA GARCIA DA SILVA SANTOS-ESCRIVENTE AUTORIZADA
 En01.3.85-TJ:0,77 FPMR/PI:0,10 Selo:0,26 Total:14,98 - OP:202
 PROCURAÇÃO PARTICULAR

CONSULTE O SELO
 DIGITAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088179/20

Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA

CPF: 131.741.183-87

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 30/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DA SILVA

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

PAULO PEREIRA DA SILVA : 131.741.183-87

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: 11/03/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa