

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200023409

Vítima: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200023409

Vítima: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

Data do Acidente: 07/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N^o do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

001.647.823-11

4 - Nome completo da vítima:

Edinaldo Alexandre de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N^o 445/2012

5 - Nome completo:

Edinaldo Alexandre de Lima

6 - CPF:

001.647.823-11

7 - Profissão:

Servidor público

8 - Endereço:

Rua - Luiza Rodrigues

9 - Número:

J25

10 - Complemento:

Santa Cruz

12 - Cidade:

Benedictinos

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64380.000

11 - Bairro:

15 - E-mail:

edinaldo.lima2017@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

86 99191-0203

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1428

CONTA: 36.359

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 n^o 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 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 CIVI)

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:

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Belo Jardim - PI 19/12/2019

Edinaldo Alexandre de Lima

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA PÓLICIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLICIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE BENEDITINOS-PI



572287

C E R T I D A O

DADOS DO REGISTRO

Responsável pelo Registro: Alexsandro Bezerra dos Santos (Agente de Polícia)	Delegacia de Beneditinos
Ocorrência n° 132/2019	Data do Registro: 08/10/2019
Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO	Hora do Registro: 12:35hs

NOTICIANTE

Nome: **EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA**

Nacionalidade: **Brasileiro**

- Natural: **Beneditinos/Pi**

Estado Civil: **casado**

- CPF n° **001.647.823-11**

Profissão: **servidor público**

- Doc. Ident. n° **2.252.631 spp/pi**

Nascido: **27.06.1982**

- Tel: **(86) 99491-0203**

Filiação: **Laura Maria de Lima e Afro Francisco de Lima**

End: **Rua Luiza Rodrigues, n° 125, bairro Santa Cruz, Beneditinos-Pi.**

HISTÓRICO

O NOTICIANTE (acima qualificado) Comunicou Que: no dia 07.05.2019 por volta das 19:00 horas pilotava sua motocicleta Honda/POP 100, placa PIF-1923, cor vermelha, ano/mod. 2015/2015, chassi n° 9C2HB0210FR461782, RENAVAM 1049507743, licenciada em seu nome, pela Av. Severo Eulálio, bairro Barrinha, quando nas proximidades da Creche que fica ao lado desta delegacia, perdeu o controle do veículo ao passar por um quebra-mola, vindo a sofrer um acidente que lhe ocasionou a quebra da mão esquerda, que ainda sofreu uma pancada no rosto, sem gravidade; Que foi socorrido por populares e levado para o hospital local, posteriormente sendo encaminhado para o H.U.T. na cidade de Teresina-Pi, onde passou por uma intervenção cirúrgica. Dada e passada na cidade de Beneditinos, Estado do Piauí, na Delegacia de Polícia, (08/10/2019). Eu,.....Agente de Polícia que registrei e digitei.

Noticiante/Vítima: Edinaldo Alexandre de lima

Alessandro Bezerra dos Santos
Matrícula 130150-X



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:
EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA
E
LUCIANA RODRIGUES

MATRÍCULA:
1405090255 2010 2 00019 126 0000055 93

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA, nascido no dia 27 de junho de mil novecentos e oitenta e dois (1982), de nacionalidade brasileira, profissão lavrador, natural de Beneditinos – Piauí, filho de Afro Francisco de Lima e de Laura Maria de Lima.

LUCIANA RODRIGUES, nascida no dia 17 de setembro de mil novecentos e oitenta (1980), de nacionalidade brasileira, profissão lavradora, natural de Beneditinos – Piauí, filha de Maria das Dores Rodrigues.

DATA DA CELEBRAÇÃO DO CASAMENTO (POR EXTENO)

VINTE E SEIS DE AGOSTO DE DOIS MIL E DEZ

DIA

MÊS

ANO

26

08

2010

NOME DO PRESIDENTE DA CELEBRAÇÃO

DRA. LYGIA CARVALHO PARENTES SAMPAIO

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO PARCIAL DE BENS

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS AO OFICIAL DO REGISTRO

CERTIDÕES DE NASCIMENTO DOS NUBENTES, IDENTIDADE, CPF E DECLARAÇÃO DE DUAS PESSOAS IDÔNEAS.

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA. (O MESMO NOME)

LUCIANA RODRIGUES DE LIMA.

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES:

OBS.: Assento lavrado sob o Termo nº 1.459, às fls. 98/98v do Livro nº 05-B, deste cartório, em data de 26.08.2010. NADA HÁ A RESSALVAR.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

OFICIAL REGISTRADOR: MARIA CLÁUTENIS SOARES DA SILVA

MUNICÍPIO/UF: BENEDITINOS / PI

ENDEREÇO: AV.PRESIDENTE VARGAS, 484 -B – CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Beneditinos, 26 de agosto de 2010.

Maria Cláutenis Soares da Silva
Assinatura do (a)Oficial Registrador(a)

End.: Av. Presidente Vargas, 484 - Centro
CEP 64.380-000 e-mail: cartorio.beneditinos@hotmail.com
Fone: (0xx86) 3269-1121
Beneditinos - Piauí.



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:

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:

Edinaldo Alexandre de Lima

6 - CPF:

003.647.823-11

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Cruz

12 - Cidade:

Benedictinos

13 - Estado:

Riaue

14 - CEP:

64.380.000

15 - E-mail:

edinaldo.lima2017@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

86 99492-0203

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil (001)

Caja Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

44

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 CML) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima teve filhos?

Sim

31 - Vítima teve filhos?

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

33 - Vítima teve filhos?

Sim

34 - Vítima teve filhos?

Sim

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Belo Horizonte - MG 19/12/2019

Edinaldo Alexandre de Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V/002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A de moto

DM: GC: joic
 HAS: PA: jaõ
 Alérgico? naõ Sub:
TAX:

Nome: Edimundo - Alexandre de Lima Identidade 2.252.631 D.NAS: 27/1
idade 36.000 Sexo: M F Nº cartão do SUS 700.1079.2406-9390
Endereço: Rua: Luiça Rodrigues - s/n. "
Nome da mãe: Laura Maura
Data: 01.05.2019 Encaminhado a _____

Funcionário

Queixa Principal: Perdeu uso de audição devido a fratura exposta
Sinais e Sintomas: de rádio (E) distef.
Glargou 15. comuns contatos

Exame Físico:

Diagnóstico Provável:

Medicação Prescrita:

Exames Complementares Solicitados:

④ Transf. Iap + 100 mg SF, 54, EV
④ Transf. ure

Visita Alta

Encaminhado a _____

Resp: Clendinan da C. S. Souza

2019

BENEDITINOS CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS

TITULAR: Maria Cláutenis Soares da Silva
Av. Presidente Vargas, 484, Centro, CEP: 64380-000 - Beneditinos-PI
Fone: (86) 3269-1121 • e-mail: cartoriobeneditos@hotmail.com

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS. DOU FE BENEDITINOS-PI, 03/09/2019.

Maria Cláutenis Soares da Silva - Tabelia
Selo: ABU 73987 (F50P7)

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário - Estado do Piauí
Cartório de Notas, Registro e
Judicial

AUTENTICADA

ABU 73987





BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA		Frontuário: 510508
Mãe: LAURA MARIA DE LIMA	Pai: AFRO FRANCISCO DE LIMA	
End. Resid.: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI - CEP: 64380-000		
Nascimento: 27/06/1982	Idade: 36a10m10d	Sexo: Masculino
Responsável: LUCIANA RODRIGUES DE LIMA	Fone: 86-99497-8008	
Profissão: LAVRADOR	CNS: 700107924069120	
G. Instrução: Não informado	CPF: 001.647.823-11 * RG: -	
End. Local.: - - -	E. Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Jogo: 720615	Data: 07/05/2019 22:20:00	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: SUS	
Acid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclistico
terceiro em face e punho (com exposição
fractura) -
Retrat constâncias sobre face.
c: avulsão de pelo, Bucal. Cr. renal
Rx de punho
retorno à ortopedia após liberação

Dr. Guilherme Feijó
+ D. Braga

PA: _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

HUT DR. ZENON ROC
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: Crânio + Face

DATA: 07/05/19

Assinatura: 23/05/19

TECNOLOGO

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	
	<input type="checkbox"/> A Pedido		

ÓBITO:	DESTINO:		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	Proced. Solicitado: _____
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	CID Compatível: _____



Ax. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27

Internet: www.agespisa.com.br

Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

2499860-5	Hidrômetro	Y14N481586	OUT/2019
Nome/Razão Social/Endereço			
EDINALDO A DE LIMA RUA LUTZA RODRIGUES, 125 SANTA CRUZ BENEDITINOS 64380000			
		AG= 160	

Situação Agua/Esgoto	Res.	Categorias de Uso	Inscrição
3/1	1	Casa. Ind. Pub.	19 1 02 0161 0315-000

17/09/2019	17/10/2019	30
Mês/Ano	Histórico do Consumo	Forma de Faturamento
	Letra	Consumo
04/19	493	FATURADO P/ CONSUMO NORMAL
05/19	502	Cód. Responsável
06/19	515	904713218
07/19	534	Código da Tarifa
08/19	544	0..
09/19	555	Consumo Médio
10/19	569	Consumo Pós Agua
		Consumo Pós Esgoto
		12
		Consumo
		14
		Consumo Faturado
		14

Cid.	Nome do Serviço	VALOR DE FATURA
	AGUA	54,77
	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,68
	JUROS DE MORA 001/001	0,70
	HANUTENCAO HIDROMETRO	1,90

24/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 58,05
AVISO DE DEBITO! CONTA: 1 VALOR: R\$39,12
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APOS VENCIMENTO.

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	

RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.

A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES-
 PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL.

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	
Conclusão	RESERVE A JULGADA DE AGUA. LIGE OS RESERVATÓRIOS SENSITIVAMENTE.						
Mensagens							

Permitidos	Totais	Car	Class	PH	Ferro	Calcareo	Extratores Cof
Valor Mínimo Permitido	3,0	0	5,0	4,0 a 8,0	0,0	Acima	Acima
NF Mínimo de Amostras Exigidas							
NF Amostras Realizadas							
NF Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0,93	3,17	2,58	6,63	0,00	0,00	

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01. MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> 07. AUSENTE |
| <input type="checkbox"/> 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE | <input type="checkbox"/> 08. NÃO PROCURADO |
| <input type="checkbox"/> 03. NÃO EXISTE N° INDICADO | <input type="checkbox"/> 10. OBJETO DANIFICADO |
| <input type="checkbox"/> 04. FALECIDO | <input type="checkbox"/> 11. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE |
| <input type="checkbox"/> 05. DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> 12. FALTA COMPLEMENTO (COLETIV./GUI) |
| <input type="checkbox"/> 06. RECUSADO | <input type="checkbox"/> 13. CAIXA POSTAL CANCELADA |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /
RUBRICA DO RESPONSÁVEL: _____
MATRÍCULA: _____



MUDE PARA A CONTA ONLINE.

VOCÊ ACESSA SUA CONTA DE ONDE ESTIVER.
SAIBA MAIS EM OI.COM.BR/MINHAOI.



CTCE FORTALEZA CE PL7
KLEBER MENDES PESSOA
RUA DAVID CALDAS SUL, 352 AP 07
CENTRO
64001-190 TERESINA PI



7213512820 07440 00000106572 30 300418

FALE COM A GENTE – GRÁTIS 103 31
INTERNET OI.COM.BR
AUXÍLIO À LISTA 102*

*Serviço sujeito a cobrança. Consulte sua aparelhadora.

INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento em lotérico, sem a apresentação de fatura, está sujeito a cobrança. Para mais informações ligue 103 31. Cada cliente, caso tenha contratado sua oferta de Oi-Fixa ou Oi-Sobre Larga há mais de 12 meses, em 30 dias a sua oferta expirará e os seus descontos serão descontinuados. Para conhecer as novas ofertas disponíveis, ligue 103-31.

PARA CONFIRMAR O CÓDIGO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA (CDPD) DISPONÍVEL NA SUA LOCALIDADE, LIGUE PARA 103:
31 Oi • 12 CTBC • 13 Foner • 16 Telefônica • 16 Viacom • 17 Transit • 18 Epsilon • 21 Emanet • 22 Infog • 24 Primeira Executiva • 26 BVT
28 IDT • 29 Aproximaya • 29 T-Leste • 32 Convergia • 34 ETML • 35 Easyfone • 37 Octeon Link • 38 TEVA • 39 Engenox • 41 TMT • 42 GT Group
43 Sercomtel • 45 Global Crossing • 46 Hotz Telecom • 47 BT Communications • 50 OI USA • 57 Itaú • 58 Votel • 62 Opton • 63 Helo Brazil
55 Telecom 65 • 67 ALÔGLA • 71 Docomphone • 81 Samtel • 84 BBT • 95 América Net • 91 IFCorp • 96 Amigo Telecom

ANATEL - 1331

COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO E GANHE BENEFÍCIOS.

Com o Débito Automático, você não corre o risco de perder a data do vencimento.
LIGUE 103 31 OU ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI E SAIBA MAIS.

Oferta válida apenas para a 1ª adesão ao débito automático em conta corrente.



Preencha este cupom, destaque e entregue em uma agência bancária credenciada. Você só tem a ganhar.

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

Autorizo debitar mensalmente em minha conta corrente o valor da nota fiscal / fatura, conta telefônica.

Nome _____ CPF/CNPJ _____

Banco _____ Agência _____ Conta Corrente n. _____

Assinatura _____ Data _____ / _____ / _____

SERVIÇO GRATUITO

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

110800350271

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)
 Capitalas 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 Heber Menezes Perna
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 497.092.833-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Edinaldo Alexandre de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.647.823-11,
 do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Edinaldo Alexandre de Lima
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.647.823-11, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
 Declaro Profissão: Servidor Público 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 Juiz Rodrigues</u>	Número:	<u>125</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Sta Cruz</u>	Cidade:	<u>Blumenau</u>	Estado:
E-mail:	<u>edinaldo.lima2017@gmail.com</u>			
CEP:	<u>64380-000</u>			Tel.(DDD):

Local e Data:

Blumenau - PR

Heber Menezes Perna
 Assinatura do Declarante



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

4 de maio

- DM: GC: joão
 HAS: PA: joão
 Alérgico? nenhuma
TAX:

Nome Edimundo - Alexandre de Lima Identidade 2.252.631 D.NAS: 27/1
Endereço 3b.0705 Sexo: M F Nº cartão do SUS 700.1079.2406-9120
Endereço Rua: Luiça Rodrigues - s/n. "
Nome da mãe: Laura Maria
Data 01.05.2019 Encaminhado a _____

Funcionário

Queixa Principal Problema urinário de aumento de urina e problema respiratório
Sinais e Sintomas de rachado (E) estufa
Glargou 15 - causando ondulações
Exame Físico: _____
Diagnóstico Provável: _____
Medicação Prescrita: ④ Transal 100 + 100 mg ST 0,5%, EV
Exames Complementares Solicitados: ② Transferrin

Volta Alta

Encaminhado a _____

Resp: Clendian da C. S. Souza



BENEDITINOS CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS

TITULAR- Maria Cláudia Soares da Silva
Av. Presidente Vargas, 484, Centro, CEP: 64380-000 - Beneditinos-PI
Fone: (86) 3269-1121 • e-mail: cartorio.beneditinos@hotmail.com

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS NOTAS, DOU PE BENEDITINOS-PI, 03/05/2019.

Maria Cláudia Soares da Silva-Tabelta
Selo:ABU-73987 (F50P7)





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

Bueno

liveral

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA		Prontuário: 510508
Mãe: LAURA MARIA DE LIMA	Pai: AFRO FRANCISCO DE LIMA	
End. Resid.: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI - CEP: 64380-000		
Nascimento: 27/06/1982	Idade: 36a10m10d	Sexo: Masculino Fone: 86-99497-8008
Responsável: LUCIANA RODRIGUES DE LIMA CNS: 700107924069120		
Profissão: LAVRADOR	CPF: 001.647.823-11 * RG: -	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

ligo: 720615	Data: 07/05/2019 22:20:00	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS
Acid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclista
ferido em face e punho (com exporação
fractura)
Rebenta constântem sobre face.
cd: avaliações de Neuro, Bued, Cr. renal
Rx de punho
retornou à ortopedia após liberação

PA: X mmHg	Pulso:	FC: bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:		CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

HUT DR. ZENON ROCHE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: Crânio + Fau

DATA: 07/05/19

73:19
TECNOLOGO

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> / / <u>HORA:</u> :
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> DESTINO: Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<u>Proced. Solicitado:</u>
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>CID Compatível:</u>
			<i>Assinatura</i>



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAUDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 07/05/19 HORA: 20:06 Nº DOTELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE HOSP. MUNICIPAL DE BENEDETI MUNICÍPIO BENEDETI
MÉDICO: Reinaldo Soares CRM: 2974

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstetrícia Trauma Clínico Cirúrgico Pediatria Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Eduardo Henrique de Lima

Data de Nascimento 27/06/88 Idade: _____ anos Sexo: Masculino Feminino

CPF _____ Cartão Nacional de Saúde _____

Município de Procedência BENEDETI

HDA: Reverteu de acidente de aeroporto
de rádio distal (E). Osteosíntese com
fixos e imobilização Estática

HD: Fratura exposta de rádio (E)

CID _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

Espontânea
3 - Comandos
2 - À dor
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

Orientado
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

Obedece a comandos
5 - Localiza dor
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. 37°C P: 88 bpm R: 15 mm PA: 130/90 mmHg Sat O₂ 99% Glicemias: 115 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Oxigênio Hidratação Venosa _____
 Aspiração Medicação (especificar) transi
 Curativo Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e Carimbo do Médico

10-72742

Autenticação 6/05/981

Senha: _____

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clinica/Posto: _____



NOME DO PACIENTE:

Edinaldo Alexandre de Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

510508

SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA		<u>Prontuário:</u> 510508
<u>Mãe:</u> LAURA MARIA DE LIMA	<u>Pai:</u> AFRO FRANCISCO DE LIMA	
<u>End. Resid.:</u> R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI - CEP: 64380-000		
<u>Nascimento:</u> 27/06/1982	<u>Idade:</u> 36a10m10d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99497-8008
<u>Responsável:</u> LUCIANA RODRIGUES DE LIMA		<u>CNS:</u> 700107924069120
<u>Profissão:</u> LAVRADOR		<u>Documento:</u> CPF: 001.647.823-11
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 720615	<u>Data:</u> 07/05/2019 22:20:00	<u>Clas. Cor:</u> Laranja
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: **07/05/19** : ESPECIALISTA: **Neurologista**

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: **Paciente vítima de acidente motociclistico**
Acidente: flagra 15. PI/PI Sem deficit motor
O de crânio: Sem lesão neurológica

CO: **Sem conduto nervoso / Suprta clínica** Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: **1/1/19** : **Walter Pagan**
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: **1/1/19** : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DADOS DO PARECER: Data/Hora: **1/1/19** : **W** Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

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

238584

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

6 - Prontuário: 510508

7-CNS: 700107924069120

8-Nascimento: 27/06/1982

9-Sexo: Masculino

CPF: 001.647.823-11

11-Mãe: LAURA MARIA DE LIMA

12-Fone: 86-99497-8008

13-Resp: LUCIANA RODRIGUES DE LIMA

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - CEP: 64380-000

17-Cod. IBGE: 220160

18-UF: PI

19-CEP: 64380-000

16-Munic: BENEDITINOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Neurte em juntas espalhado pelo corpo
 ↓ Perda de peso + Sentir mais fadiga e fadiga

21 - Condições que justificam a internação:

Neurte

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

-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do rádio

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C. Ass.:

S523

Tempo SUS

2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020431 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA URNA

29-Clinica:

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

02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

07/05/2019

Francisco das Chagas B. Souza
 Cirurgião e Traumatologista
 CRM PI 1620
 Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (LAYLA MORAIS)

Consulta Local: 720615

Consulta SUS:

Impressão: 08/05/2019 00:15:33

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/05/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Edinaldo Alexandre de Lima</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>510508</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Esquerda Falso + Ido</u>	CIRURGIA:	<u>Esquerda</u>
ANESTESIA:	<u>Local</u>	Nº DA SALA:	<u>0500 + 1000</u>
CIRURGIA:	<u>Dr. Elvino</u>	CPF Nº:	<u>81111111111</u>
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Genivaldo</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO			
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01				
AGULHA 30X8	UNID.	1		LUVA Nº	PAR	02				
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº	PAR	01				
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06				
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100				
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100				
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—				
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02				
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01				
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	—				
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—				
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02				
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—				
JELCO Nº	UNID.	—		<i>Fluox 1000ml</i>	—	02				
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA						
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<i>Crypom - 02</i>						
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Colitrodo - 05</i>						
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<i>Brilco - 03</i>						
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				<i>Assinatura</i>						
ALCOFIL				<i>Concordo</i>						
MONONYLON	N. 30	— 02		ENFERMARIA:						
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:						
VICRYL										
PROLENE										

NOME Edson de Oliveira de Souza IDADE 25 anos DATA 03/05/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA Extrato de

SINAIS VITais	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	09:15	8:40 SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	142/83 (103)	115/55	120/160
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	98 bpm	603	604
SATURAÇÃO DE O2 (%)	94%	94%	99%
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			-
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	-		-
NOME/ MATRÍCULA	Edilson R.	ml	100000

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO							TOTAL	10		10
ESCALA DE DOR ALTA							ASS.	<i>elaine</i> Cristiane Thúrcio de Melo Ferreira COREN - PI 144411 EFERUS/CA		

()SONDA VESICAL		()DRENO DE SUÇÃO		()DRENO TORACICO		()DVE		()COLOSTOMIA		SONDA ()NASOG()NASOE	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				

ML

01:15 - Paciente admitido na SRPA, em PCP de fratura da rádio
(C), sob efeito de raquianestesia, dopo bloquio. Corrimento orientado, gástrico, expulso. VD 14V em curso SEM instâncias.

07:50 mto da SRF

W. Appenzel
Scorenai 2005/17-01-05
Cardiff

Centro de Atención a la
Salud Familiar
CAREL - PI 149441
EQUILIBRIO

卷之三

Cono de Mille Edi
ca 11-05 9901

THE BOSTONIAN

WORKS

卷之三

ENCAMINHAMENTO | EXTERNO | 1 SALA DE GESSO | 1 IMAGENS E GRÁFICOS | 1

ESTOPO: [1] [2] [3] EMERGÊNCIA PED. UTI: [IPED] [NEURO] [GERAL] [14] [19] HEIM. CLÍNICA: [IPED] [NORT] [NEU] [ICIR] [IMED]

FOLHA DE ANESTESIA

19h

51 gyn



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO		Fitro lúgico			ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					ATARÁXICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)		00:00	00:40	APLICADO AS	OUTROS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÉNIO	8000			TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				Reofaxil 100g Cetorufus 100g Dipivore 2g Bumiprile 100g Diazol 100g SEQUÊNCIA
TEMPERATURA T	C°	260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
P. ARTERIAL V O PULSO	38	140 120 100 80 60 40 20 10			Bloqueo	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X				Zidocam 2% 15ml		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				Ropiv 0,5% 35ml		
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS		Bloqueo diazepam + Infus eclips 10			INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES		51 lúgico claus Fu de Park 6				
CIRURGIÕES		Chrys				
ANESTESISTAS		Ryval				
PARTICULARIDADES		Bloqueo o1 supravital anestesia e1 parafetase			CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA** (Prontuário: **510508**)
 Endereço: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI CEP: 64380-000
 Nascimento: 27/06/1982 Idade: 36a10m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720615
 Requisição: 951520 Solicitação: 07/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
 Controle: 1211606 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/05/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/05/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA** (Prontuário: 510508)
Endereço: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI CEP: 64380-000
Nascimento: 27/06/1982 Idade: 36a10m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720615
Requisição: 951521 Solicitação: 07/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1211607 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 07/05/2019

T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- FRATURA NÃO ALINHADA NO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- FRATURA NA PAREDE LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA.
- FRATURAS EM PAREDES ANTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR ESQUERDO, COM PEQUENA EXTENSÃO AO TETO E SINAIS DE SINUSORRAGIA.
- DEMAIS SEIOS PARANASAIOS SEM ALTERAÇÕES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/05/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Fractura exposta de pubis + fratura de sacro

Operação - Tipo

Fratura de pubis + Fratura de sacro

Cirurgião

DR. J.

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fractura sacro

Fractura exposta de sacro e pubis

Relatório Imediato do Patologista

100% - Fratura exposta de sacro e pubis

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Abertura da ferida

Ligadura da ferida

Sutura da ferida

Drenagem da ferida

Assinatura: Dr. Rui das Chagas B. Soárez
Cirurgião e Traumatologista
CRM-PI 3520Assinatura: Dr. Rui das Chagas B. Soárez
Cirurgião e Traumatologista
CRM-PI 3520

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA** (Prontuário: 510508)
Endereço: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI CEP: 64380-000
Nascimento: 27/06/1982 Idade: 36a10m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720615
Requisição: 951520 Solicitação: 07/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1211606 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/05/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/05/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA** (Prontuário: 510508)
Endereço: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - BENEDITINOS - PI CEP: 64380-000
Nascimento: 27/06/1982 Idade: 36a10m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720615
Requisição: 951521 Solicitação: 07/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1211607 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 07/05/2019

T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- FRATURA NÃO ALINHADA NO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- FRATURA NA PAREDE LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA.
- FRATURAS EM PAREDES ANTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR ESQUERDO, COM PEQUENA EXTENSÃO AO TETO E SINAIS DE SINUSORRAGIA.
- DEMAIS SEIOS PARANASAIOS SEM ALTERAÇÕES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/05/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável



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



Edinaldo Alexandre de Lima

ASSINATURA DO TITULAR
CARTERA DE IDENTIDADE

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314

0210314



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019970/20

Vítima: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

CPF: 001.647.823-11

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/05/2019

Titular do CPF: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KLEBER MENDES PESSOA : 497.092.833-91

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

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA : 001.647.823-11

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: 15/01/2020
Nome: KLEBER MENDES PESSOA
CPF: 497.092.833-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

KLEBER MENDES PESSOA

Danielle Nobre de Sousa



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA, brasileiro, casado, servidor público, portador da cédula RG nº 2252631 SSP/PI e CPF nº 001.647.823-11, residente e domiciliado na Rua Luiza Rodrigues, 125, Bairro Santa Cruz, no município de Beneditinos-PI.

OUTORGADOS: KLEBER MENDES PESSOA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 4798/PI, com endereço eletrônico advogadokmendes@hotmail.com, com escritório e endereço profissional no timbre abaixo.

PODERES: Amplos poderes para em foro geral, com a cláusula AD - JUDICIA, em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, ou Junta de Recursos, bem como na via administrativa, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo (s) nas contrárias, seguindo umas a outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe (s), poderes especiais para confessar, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, fazer requerimento junto a repartições públicas agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, este (a) concorda com o dispositivo legal condito no art. 105 da Lei 13.105 de 2015.

Teresina-PI, 23 de dezembro de 2019.



Edinaldo Alexandre de Lima

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

Rua David Caldas, 352, Sala 07, Edifício Magno, Fone: (86) 9 9903-0303. Platão: (86) 9 9400-6043 (86) 9 9491-4424 (86) 3223-9270.
Email: advogadokmendes@hotmail.com.

Cartório Antonio Lopes 1º Ofício de Notas

- Tabelião

CNPJ:06.732.341/0001-38 - CNS:14.050-8

Av. Presidente Vargas, 484, CENTRO, CEP:64380000, BENEDITINOS-PI

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA, DOU FÉ. EM TEST^{meu} DA VERDADE.
BENEDITINOS-PI, 23/12/2019. Selo:AAQ16062-3992

www.tjpi.jus.br/portalextra

MARIA CLAUTENIS SOARES DA SILVA-TABELIÃ
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:9
PROCURAÇÃO AO JUDICIÁ



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019970/20

Vítima: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

CPF: 001.647.823-11

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/05/2019

Titular do CPF: EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KLEBER MENDES PESSOA : 497.092.833-91

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

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA : 001.647.823-11

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: 15/01/2020
Nome: KLEBER MENDES PESSOA
CPF: 497.092.833-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

KLEBER MENDES PESSOA

Danielle Nobre de Sousa