

---

**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



---

**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



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:

001.627.823-11

Edinaldo Alexandre de Lima

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:

001.627.823-11

7 - Profissão:

Servidor público Rua Luiza Rodrigues

8 - Endereço:

9 - Número:

123

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Santa Cruz

12 - Cidade:

Benedictinos

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64.380.000

15 - E-mail:

edinaldo.lima2017@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

86 99491-0203

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Benedictinos - PI 19/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



572227

## CERTIDÃO

### DADOS DO REGISTRO

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| Responsável pelo Registro: <b>Alexsandro Bezerra dos Santos (Agente de Polícia)</b> | <b>Delegacia de Beneditinos</b>     |
| Ocorrência nº <b>132/2019</b>   | Data do Registro: <b>08/10/2019</b> |
| Natureza: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>   | Hora do Registro: <b>12:35hs</b>    |

### NOTICIANTE

Nome: **EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA**  
Nacionalidade: **Brasileiro**  
Estado Civil: **casado**  
Profissão: **servidor público**  
Nascido: **27.06.1982**  
Filiação: **Laura Maria de Lima e Afro Francisco de Lima**  
End: **Rua Luiza Rodrigues, nº 125, bairro Santa Cruz, Beneditinos-Pi.**

- Natural: **Beneditinos/Pi**  
- CPF nº **001.647.823-11**  
- Doc. Ident. nº **2.252.631 spp/pi**  
- Tel: **(86) 99491-0203**

### HISTORICO

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 nº 9C2HB0210FR461782, RENAVAM 1049507743, licenciada em seu nome, pela Av. Severo Eulalio, 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

*Alexsandro 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 EXTENSO)

**VINTE E SEIS DE AGOSTO DE DOIS MIL E DEZ**

DIA

**26**

MÊS

**08**

ANO

**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)**

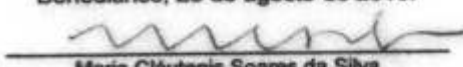
**LUCIANA RODRIGUES DE LIMA.**

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: cartoriobeneditinos@hotmail.com  
Fone: (0xx86) 3269-1121  
Beneditinos - Piauí

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO**  
COMARCA DE BENEDITINOS-PIAUÍ  
REGISTRO CIVIL  
Maria Cláutenis S.





# 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: 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 Nº 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: 123 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Santa Cruz 12 - Cidade: Beneditinos 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.380.000  
15 - E-mail: edinaldo.lima2017@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 86 99491-0203

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)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA:  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco do Brasil  
AGÊNCIA: 3428 1 CONTA: 86.359 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)  
38 - 1ª | Nome:  
CPF:  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome:  
CPF:  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Beneditinos - PI 19/12/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A. de modo

- ☐ DM: GC: João  
☐ HAS: PA: João  
☐ Alérgico? não Sab

TAX: \_\_\_\_\_

Nome Edimundo Alexandre de Lima Identidade 2.252.631 D.NAS: 27/1  
Idade 36.99 Sexo: ☐ M ☒ F Nº cartão do SUS 700.1079.2406-9120  
Endereço: Rua: Luiza Rodrigues - S/N. "  
Nome da mãe: Laura Maria  
Data 01.05.2019 Encaminhado a \_\_\_\_\_ Funcionário \_\_\_\_\_

Queixa Principal Prontuário de atendimento de saúde c/ prorrogação

Sinais e Sintomas de risco (E) distal

Glândula 15. com sinais positivos

Exame Físico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Provável: \_\_\_\_\_

Medicação Prescrita: \_\_\_\_\_

Exames Complementares Solicitados: \_\_\_\_\_

① Transmissão 100% + 100% SFOS, EV

② Transmissão

Volta ☐ Alta ☐

Encaminhado a \_\_\_\_\_

Resp: Cláudio da C. S. Souza

BENEDITINOS CARTÓRIO 1º OFÍCIO DE NOTAS

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

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

MARIA CLAUTENNIS SOARES DA SILVA-TABELIA  
Selo: AB0.73987 (F50P7)



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

AUTENTICAÇÃO

AB0.73987

CARTÓRIO  
1º OFÍCIO  
Maria Cláutennis Soares  
Tabelia Pública  
Beneditinos - Piauí - Centro



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

Buca Cir. geral

Neuro

SUS SUS

# BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Imp: 07/05/2019 22:39:58

(User: ELIENE SILVA)  
(Estação: RECEPCAO2)

NHEO 200519  
25.08.00

|   |                             |                    |                     |
|---|-----------------------------|--------------------|---------------------|
| 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:

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

## DADOS CLÍNICOS:

paciente vítima de acidente motociclista.  
lesão em face e membros (com exposição  
ferimentos)  
Relato contínuo sobre face.  
cd: avaliação de neuro, Buca, Cir. geral  
Rx de membros  
retorno à ortoped após liberação

Dr. Guilherme Farias  
Cirurgião Geral  
+ D. Prada

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

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

HUT DR. ZENON ROCHA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: Crânio + Face  
DATA: 07/05/19

TECNOLOGO

|                   |                |                           |                              |
|-------------------|----------------|---------------------------|------------------------------|
| ALTA:             | ( ) Melhorado  | ( ) Administrativa        | ( ) Retornar à Unid. Origem: |
|                   | ( ) Curado     | ( ) Por Indisciplina      | ( ) Transferência:           |
| OBITO:            | ( ) Inalterado | ( ) Por Evasão            |                              |
|                   | ( ) A Pedido   |                           |                              |
| DESTINO:          |                | DATA SAÍDA: / /           | HORA: : :                    |
| ( ) Até 24 Hs     |                | ( ) Internação na Unidade |                              |
| ( ) De 24 a 48 Hs |                | Proced. Solicitado:       |                              |
| ( ) Após 48 Hs    |                | CID Compatível:           |                              |
|                   |                | Prof. Solicitante         |                              |
|                   |                | Internação:               |                              |

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE





Av. 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

| <b>MATRICULA</b><br>2499860-5   |                      | <b>Hidrometro</b><br>Y14N481586           |                              | <b>Fatura Mensal</b><br>OUT/2019          |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
|---|----------------------|---|------------------------------|---|--|---------|----------------------|---------|-------|--|-------|--|--|-------|-----|----|---|-------|-----|---|---|-------|-----|----|---|-------|-----|----|---|-------|-----|----|---|-------|-----|----|---|-------|-----|----|---|
| <b>Nome/Razão Social/Endereço</b><br>EDINALDO A DE LIMA<br>RUA LUIZA RODRIGUES, 125<br>SANTA CRUZ<br>BENEDITINOS 64380000<br>AG= 160  |                      |   |                              |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| <b>Situação</b><br>3/1  | <b>Res.</b><br>1     | <b>Categoria de Uso</b><br>Com. Ind. Pub. |                              | <b>Inscrição</b><br>19 1 02 0161 0315-000 |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| <b>17/09/2019</b>   |                      | <b>17/10/2019</b>                         |                              | <b>30</b>                                 |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| <table border="1"><thead><tr><th>Mês/Ano</th><th>Histórico de Consumo</th><th>Consumo</th><th>Debit</th></tr><tr><th></th><th>Letra</th><th></th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>04/19</td><td>493</td><td>11</td><td>0</td></tr><tr><td>05/19</td><td>502</td><td>9</td><td>0</td></tr><tr><td>06/19</td><td>515</td><td>13</td><td>0</td></tr><tr><td>07/19</td><td>534</td><td>19</td><td>0</td></tr><tr><td>08/19</td><td>544</td><td>10</td><td>0</td></tr><tr><td>09/19</td><td>555</td><td>11</td><td>0</td></tr><tr><td>10/19</td><td>569</td><td>14</td><td>0</td></tr></tbody></table> |                      |   |                              |   |  | Mês/Ano | Histórico de Consumo | Consumo | Debit |  | Letra |  |  | 04/19 | 493 | 11 | 0 | 05/19 | 502 | 9 | 0 | 06/19 | 515 | 13 | 0 | 07/19 | 534 | 19 | 0 | 08/19 | 544 | 10 | 0 | 09/19 | 555 | 11 | 0 | 10/19 | 569 | 14 | 0 |
| Mês/Ano   | Histórico de Consumo | Consumo                                   | Debit                        |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
|   | Letra                |   |                              |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| 04/19   | 493                  | 11  | 0                            |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| 05/19   | 502                  | 9   | 0                            |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| 06/19   | 515                  | 13  | 0                            |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| 07/19   | 534                  | 19  | 0                            |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| 08/19   | 544                  | 10  | 0                            |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| 09/19   | 555                  | 11  | 0                            |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| 10/19   | 569                  | 14  | 0                            |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| <b>Forma de Faturamento</b><br>FATURADO P/ CONSUMO NORMAL   |                      |   |                              |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| <b>Cód. Responsável</b><br>904713210  |                      |   | <b>Código de Tarifa</b><br>0 |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| <b>Consumo Médio</b><br>12  |                      | <b>Consumo Faturado</b><br>14             |                              |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| <b>ORGANIZAÇÃO DA FATURA</b>  |                      |   |                              |   |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| <b>Cód. Nome do Serviço</b>   |                      |   |                              | <b>Valor (R\$)</b>                        |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| ÁGUA  |                      |   |                              | 54,77                                     |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| MULTA IMPONTUALIDADE 001/001  |                      |   |                              | 0,68                                      |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| JUROS DE MORA 001/001   |                      |   |                              | 0,70                                      |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |
| MANUTENCAO HIDROMETRO   |                      |   |                              | 1,90                                      |  |         |                      |         |       |  |       |  |  |       |     |    |   |       |     |   |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |       |     |    |   |

**VALOR DO DÉBITO** 24/10/2019 **TOTAL A PAGAR** 58,05  
AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$39,12  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30  
DIAS APÓS VENCIMENTO.

| Parâmetros                       | Turbidez   | Cor  | Cloro | PH        | Ferro | Cálcio  | Enxofre | Cloro   |
|----------------------------------|--|------|-------|-----------|-------|---------|---------|---------|
| Valor Máximo Permitido           | 5,0  | 10   | 5,0   | 6,0 a 8,5 | 0,3   | Acumulo | Acumulo | Acumulo |
| NT Máximo de Amostras Exigidas   |  |      |       |           |       |         |         |         |
| NT Amostras Realizadas           |  |      |       |           |       |         |         |         |
| NT Amostra que Atende Legislação |  |      |       |           |       |         |         |         |
| Valor Médio                      | 0.93   | 3.17 | 2.50  | 6.63      | 3.00  | 0.00    |         |         |
| Condição                         | PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESENAVATÓRIOS SEMESTRALMENTE. |      |       |           |       |         |         |         |

A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO 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 DESTINAÇÃO FINAL.

|  |   |   |                               |
|--|---|---|-------------------------------|
| <b>AGESPISA</b><br>Água e Esgoto do Piauí S/A<br>Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888 |   | <b>Inscrição</b><br>19 1 02 0161 0315-000 | <b>AG=</b> 160                |
| <b>Res.</b><br>1   | <b>Categoria de Uso</b><br>Com. Ind. Pub. | <b>Matrícula</b><br>2499860-5             | <b>Referência</b><br>OUT/2019 |
| <b>VENCIMENTO</b><br>24/10/2019  |   | <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b><br>58,05       |                               |
| 82616X00000-7 58050001822-2 49986051020-9 190X0000001-7                                  |   |   |                               |



- |   |   |
|---|---|
| <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 Nº 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](http://OI.COM.BR/MINHAOI).



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



7213512820 67440 00000106572 30 300418

FALE COM A GENTE - GRÁTIS ..... 103 31  
INTERNET ..... [OI.COM.BR](http://OI.COM.BR)  
AUXÍLIO À LISTA ..... 102\*

\*Serviço sujeito a cobrança. Consulte sua operadora.

### INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento em lotérico, sem a apresentação do faturado, está sujeita a cobrança. Para mais informações ligue 103 31. Caso cliente, não tenha contratado sua oferta de Oi Fixo ou Oi Bônus Longo há mais de 12 meses, em 30 dias a sua oferta expirará e as suas descontos serão descontinuados. Para conhecer as novas ofertas disponíveis, ligue 103-31.

PARA CONFIRMAR O CÓDIGO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA ICSPÍ DISPONÍVEL NA SUA LOCALIDADE, LIGUE PARA 102:  
31 OI • 10 CTBC • 13 Forvis • 15 Telefônica • 16 Vivacom • 17 Transil • 18 Epilink • 21 Embratel • 22 Intelig • 24 Pomerleau • 25 DVT  
26 IDT • 28 Alcomar • 29 T-Leste • 32 Convergência • 34 ETEL • 35 Easytone • 37 Ocean Line • 38 TESA • 39 Engovox • 41 TIM • 42 GT Group  
43 Sercomat • 45 Global Crossing • 46 Haja Telecom • 47 B1 Communications • 50 OBTAMA • 57 Raobu • 58 Vobol • 62 Diphon • 63 Holo Brazil  
65 Telecom 65 • 67 ALDOLA • 71 Dollarphone • 81 Samatã • 84 BBT • 86 America Net • 81 IFCorp • 96 Amiga 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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

**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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

497092833, 91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edinaldo Alexandre de Lima

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 001647823, 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:

Rua Luiz Rodrigues

Número:

125

Complemento:

Bairro:

Stª Cruz

Cidade:

Benefitinos

Estado:

PE

CEP:

64380-000

E-mail:

edinaldo.lima.2017@gmail.com

Tel.(DDD):

Local e Data:

Benefitinos - PE

Edinaldo Alexandre de Lima

Assinatura do Declarante



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BENEDITINOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A. de modo

- ☐ DM: GC: nao  
☐ HAS: PA: nao  
☐ Alérgico? nao Sab  
TAX: \_\_\_\_\_

Nome Edimundo Alexandre de Lima Identidade 2.252.631 D.NAS: 27/1  
idade 36.07.05 Sexo: ☐ M ☒ F Nº cartão do SUS 700.1019.2406.9190  
Endereço: Rua: Luiza Rodrigues - S/N. "  
Nome da mãe: Laura Maria  
Data 01.05.2019 Encaminhado a \_\_\_\_\_

Funcionário

Queixa Principal Prontidão de atendimento de acordo c/ protocolo de pronto

Sinais e Sintomas de risco de desfecho

Glucose 15. com insulina em uso

Hxame Físico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Provável: \_\_\_\_\_

Medicação Prescrita: \_\_\_\_\_

① Transal 1mg + 100 mg 5F054, EV

Exames Complementares Solicitados: \_\_\_\_\_

② Transperme

Volta ☐ Alta ☐

Encaminhado a \_\_\_\_\_

Resp: Cleudimar 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: cartoriobeneditinos@hotmail.com

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

MARIA CLAUDIA SOARES DA SILVA-TABELIA  
Selo: ARU.73987 (F50V7)

CARTÓRIO  
1º OFÍCIO DE NOTAS  
Maria Cláudia Soares da Silva  
Tabelia Pública  
Beneditinos - P. Aui - Centro

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

AUTENTICAÇÃO

ARU 73987



**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

Buer Cir. geral

C. Neuro SUS SUS

**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 07/05/2019 22:39:58

**DADOS DO PACIENTE:**

(User: ELIENE SILVA)

(Estação: RECEPCAO02)

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|  |                                  |  |
|--|----------------------------------|--|
| <b>Ligo:</b> 720615  | <b>Data:</b> 07/05/2019 22:20:00 | <b>Condução:</b> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR |
| <b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                                  | <b>Convênio:</b> S U S                           |
| <b>Acid.Trab.:</b> Não   | <b>Trajetos?:</b> Não            | <b>Tipico:</b> Não                               |
| <b>CID Secundário:</b> V299  |                                  |  |

**DADOS CLÍNICOS:**

paciente vítima de acidente motociclista.  
 lesões em face e membros (com exposição  
 tendões)  
 Relato contínuo sobre face.  
 id. avaliação de neuro, Buer. Cx. geral  
 R x de punho  
 retorno à ortoped. após liberação

Dr. Guilherme Feio  
+ D. Brando

|                                |                  |                   |                  |
|--------------------------------|------------------|-------------------|------------------|
| PA: <u>  </u> X <u>  </u> mmHg | Pulso: <u>  </u> | FC: <u>  </u> bpm | Temp.: <u>  </u> |
| <b>Diagnóstico Inicial:</b>    |                  |                   | <b>CID:</b>      |

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

HUT DR. ZENON ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: Crânio + FaceDATA: 07/05/19

TECNOLOGO

|                   |                |                            |   |
|-------------------|----------------|----------------------------|---|
| <b>ALTA:</b>      | ( ) Melhorado  | ( ) Administrativa         | ( ) Retornar à Unid. Origem:            |
|                   | ( ) Curado     | ( ) Por Indisciplina       | ( ) Transferência:                      |
| <b>ÓBITO:</b>     | ( ) Inalterado | ( ) Por Evasão             | <b>DATA SAÍDA:</b> / / <b>HORA:</b> : : |
|                   | ( ) A Pedido   |                            |   |
| <b>DESTINO:</b>   |                | <b>Proced. Solicitado:</b> |   |
| ( ) Até 24 Hs     |                | ( ) Internação na Unidade  |   |
| ( ) De 24 a 48 Hs |                | <b>CID Compatível:</b>     |   |
| ( ) Após 48 Hs    |                | ( ) Família                |   |
|                   |                | ( ) IML                    |   |
|                   |                | ( ) Anat. Patol.           |   |
|                   |                | <b>Prof. Solicitante</b>   |   |
|                   |                | <b>Internação:</b>         |   |

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE



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: 20:00h Nº DOTELEFONE: \_\_\_\_\_

HOSPITAL SOLICITANTE: HOSP. MUNICIPAL DE BENEZINHO MUNICIPIO: BENEZINHO

MÉDICO: REGINALDO FONSECA CRM: 2874

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia (X) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Pediatria ( ) Outro \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: EDIVALDO ALEXANDRE DE LIMA

Data de Nascimento: 27/06/82 Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino

CPF: \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_

Município de Procedência: Benezinho

HDA: Acidente físico de acidente de cont. e prolu. espalh. de rádio distal (E). Bloqueio rt. comiss. e. Ombro. e. Hemicomiss. Estável

HD: Fratura Espalh. de Rádio (E) CID: \_\_\_\_\_

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- (X) Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (X) Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Tax: \_\_\_\_\_ °C P: 98 bpm R: 19 mrm PA: 130/90 mmHg Sat O<sub>2</sub> 99% Glicemia: 115 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ( ) Oxigênio
- (X) Hidratação Venosa
- ( ) Aspiração
- (X) Medicação (especificar) transm.
- ( ) Curativo
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e Carimbo do Médico

10-72742

Autenticado 612501981

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clínica/Posto: \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Edinaldo Alexandre de Lima  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510508

**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

Imp: 07/05/2019 22:39:58

(ELIENE SILVA)

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL****DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

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

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:** *Paciente vítima de acidente motociclistico*

*Adm. em: Glasgow 15, PIRK Sem déficit motor*

*Q de crânio: Sem lesões neurocirurgicas*

*CO: Sem conduto neurocirurgico / Suporte clínico*

**DADOS DO PARECER:** **Data/Hora:** \_\_/\_\_/\_\_:\_\_

*[Assinatura]*

Carimbo/Assinatura Solicitante

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

**Data/Hora Solicitação:** \_\_/\_\_/\_\_:\_\_ ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:** \_\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura Solicitante

**DADOS DO PARECER:** **Data/Hora:** \_\_/\_\_/\_\_:\_\_

*[Assinatura]*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

238584

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da  
Internação:

4-CNES

5828856

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-End: R LUIZA RODRIGUES 125 - SANTA CRUZ - CEP: 64380-000

16-Munic: BENEDITINOS

17-Cod.IBGE: 220160

18-UF: PI

19-CEP: 64380-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

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

Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do rádio

24-CID Prim:

S523

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408020431

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

Tempo SUS  
2

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

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

36- ( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (LAYLA MORAIS)

Consulta Local: 720615

Consulta SUS:

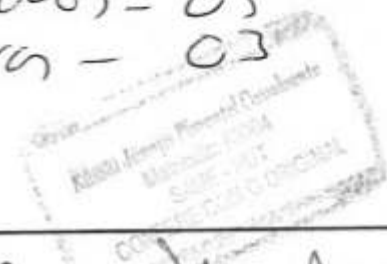
Impressão: 08/05/2019 00:15:33

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

DATA 07/05/19

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Edimildo Alexandre de Lima</u> | PRONTUÁRIO Nº: <u>510508</u>  |
| DIAGNÓSTICO: <u>Dr. Esperto Rêgo e Leão</u>         | CIRURGIA: <u>Dr. Rêgo</u>     |
| ANESTESIA: <u>Dr. Rêgo</u>                          | Nº DA SALA: <u>05</u>         |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Rêgo</u>                          | CPF Nº: <u>000.000.000-00</u> |
| AUXILIAR: <u>Dr. Rêgo</u>                           | CPF Nº: <u>000.000.000-00</u> |
| ANESTESIA: <u>Dr. Rêgo</u>                          | CPF Nº: <u>000.000.000-00</u> |
| INSTRUMENTADORA: <u>Dr. Rêgo</u>                    | CPF Nº: <u>000.000.000-00</u> |


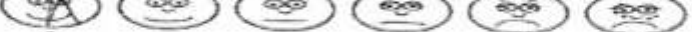


**MATERIAL DE CONSUMO**

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID.        | QUANT.        | PREÇO        | DISCRIMINAÇÃO  | UNID.            | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|--------------|---------------|--------------|--|------------------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID.        | 01            |              | LÂMINA DE BISTURI <u>2U</u>  | UNID.            | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID.        | 1             |              | LUVA Nº <u>1.0</u>   | PAR              | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID.        | 01            |              | LUVA Nº <u>7.5</u>   | PAR              | 01     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID.        | 01            |              | LUVA DE PROCEDIMENTO   | PAR              | 06     |       |
| ÁLCOOL 70%              | ML           | 100           |              | PVPI DE GERMANTE   | ML               | 100    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA         | 1             |              | PVPI TÓPICO  | ML               | 100    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML           | 1             |              | PVPI TINTURA   | ML               | 1      |       |
| COMPRESSA               | PAC.         | 02            |              | SERINGA 20CC   | UNID.            | 02     |       |
| EQUIPO MACHO-GOTA       | UNID.        | 01            |              | SERINGA 10CC   | UNID.            | 01     |       |
| ESPARADRAPO             | CM           | 100           |              | SERINGA 5CC  | UNID.            | 1      |       |
| ESCALPE Nº              | UNID.        | 1             |              | SERINGA 3CC  | UNID.            | 1      |       |
| FORMOL                  | ML           | 1             |              | SORO FISIOLÓGICO <u>1000ml</u>   | FRASCO           | 02     |       |
| GASES                   | PAC.         | 03            |              | SONDA URETRAL  | UNID.            | 1      |       |
| JELCO Nº                | UNID.        | 1             |              | <u>Luva nº 8.0</u>   | 1                | 02     |       |
| <b>FIOS</b>             | <b>UNID.</b> | <b>QUANT.</b> | <b>PREÇO</b> | <b>OCORRÊNCIA</b><br><u>Cupom - 02</u><br><u>Eletródos - 05</u><br><u>Escova - 03</u><br> |                  |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. |              |               |              |  |                  |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |              |               |              |  |                  |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. |              |               |              |  |                  |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. |              |               |              |  |                  |        |       |
| ALCOFIL                 |              |               |              |  |                  |        |       |
| MONONYLON <u>Nº 30</u>  |              | <u>02</u>     |              |  |                  |        |       |
| FITA UMBILICAL          |              |               |              | ENFERMARIA:  | <u>Conceição</u> |        |       |
| VICRYL                  |              |               |              | CIRCULANTE:  |                  |        |       |
| PROLENE                 |              |               |              |  |                  |        |       |

|  |   |                        |
|--|---|------------------------|
| NOME <u>Edinoldo Oliveira de Lima</u>      | IDADE <u>      </u> anos  | DATA <u>02/05/2019</u> |
| HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>07 hs 15 min</u>    | TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUID ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO |                        |
| CIRURGIA REALIZADA <u>Fratura de rádio</u> |   | CIRURGIÃO              |

| SINAIS VITAIS                   | HORÁRIO  |          |
|---------------------------------|----------|----------|
|                                 | ADMISSÃO | SAÍDA    |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | 115/75   | 120 x 60 |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | 103      | 104      |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | 94%      | 99%      |
| TEMPERATURA AXILAR (°C)         | -        | -        |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   | -        | -        |
| NOME/ MATRÍCULA                 | Paulo R. | Paulo R. |

| ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK |   |   | ADMISSÃO                              |                            |                            | SAÍDA                                 |
|-----------------------------|---|---|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| ATIVIDADE MUSCULAR          | Movimenta os quatro membros   | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input 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"/> | 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"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| RESPIRAÇÃO                  | É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente                                   | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | Apresenta dispnéia ou limitação da respiração   | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 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"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| CIRCULAÇÃO                  | PA em 20% do nível pré-anestésico   | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | PA em 20-49% do nível anestésico  | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 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"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| CONSCIÊNCIA                 | Esta lúcido e orientado no tempo e espaço   | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | Desperta, se solicitado   | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 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"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| SATURAÇÃO O <sub>2</sub>    | É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente        | 2 | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                             | Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%                             | 1 | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                             | Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub> | 0 | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |

|   |    |                     |    |                    |    |         |    |                |  |                           |  |  |  |  |  |   |  |
|---|----|---------------------|----|--------------------|----|---------|----|----------------|--|---------------------------|--|--|--|--|--|---|--|
| <p>ESCALA DE DOR ADMISSÃO</p>  |    |                     |    |                    |    |         |    |                |  | TOTAL                     |  | 10   |  |  |  | 10  |  |
| <p>ESCALA DE DOR ALTA</p>      |    |                     |    |                    |    |         |    |                |  | ASS.                      |  | <br>Cristiane Taurco de Melo Ferreira<br>COREN - PI 149441<br>ENFERMEIRA |  |  |  | <br>Cristiane Taurco de Melo Ferreira<br>COREN - PI 149441<br>ENFERMEIRA |  |
| ( ) Sonda Vesical   |    | ( ) Dreno de Sucção |    | ( ) Dreno Torácico |    | ( ) DVE |    | ( ) Colostomia |  | Sonda ( ) Nasog ( ) Nasoe |  |  |  |  |  |   |  |
| hs  | mL | hs                  | mL | hs                 | mL | hs      | mL |                |  |                           |  |  |  |  |  |   |  |
| hs  | mL | hs                  | mL | hs                 | mL | hs      | mL |                |  |                           |  |  |  |  |  |   |  |

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:**  
04.10 - Plantei gamitide na SRA, em POI de fratura de nádu  
(C) Adm. exte. de raquianestesia, deq. bloqueio. Corrente orient  
ao físico, supine, 12. HV em curso. SPM inteiros.

07:50 mto da SRPA m

|  |           |                                 |
|--|-----------|---------------------------------|
| RESCRIÇÃO MÉDICA   | ALTA SRPA | Como de Mello Sds<br>CRN-054401 |
| ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]  | HORÁRIO   | ANESTESIOLOGISTA                |
| COSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] MORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD |           |                                 |



HOSPITAL

**URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

**PRESENTE O MÉDICO**

**NOME DO PACIENTE**

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

## PRONTUÁRIO

510508

CLINICAL

Ortopédica

ENE OLIAR I EITO

LEITO

MÉDICO ASISTENTE

DATA/HORA  
CÓDIGO

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

07/05/19

166 Or young a robot  
Kala piper tucka piper

1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTESICO

2 SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN

3 | RANITIDINA 50 – 1 AMP + AD EV 12/12H

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 4 | CEFALOTINA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6H |
|---|------------------------------------|

5 DIPIRONA 1G - 1/2 AMP + AD EV 6/6 H

6TILATIL 20mg-AMP-1AMP+AD EV 12/12H

7 | TRAMAL 100mg-1 AMP+100ml SFO.9% 8/8H SN -

## 8 CURATIVO

CCGG\*SSW

Eden's Landing Dr  
Bryn Mawr PA

n. pien de  
Traumatologia  
CERN-PI 3920

RAIO-X REALIZADO

DATE 05/05/2014

### Técnico:



# FOLHA DE ANESTESIA

1ª Janu de 196  
(51) 1961



| NOME DO PACIENTE              |               | UNIDADE DE SAÚDE                 |                | Nº DE REGISTRO                     |            |
|-------------------------------|---------------|----------------------------------|----------------|------------------------------------|------------|
| DATA:                         | P. ARTERIAL   | PULSO                            | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA                        | PESO       |
| EXAMES DE SANGUE              | GR. SANGÜÍNEO | HEMATIMETRIA                     | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS                       | GLICEMIA   |
| EXAMES DE URINA               |               |                                  |                |                                    | DOS. URÉIA |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA           |               |                                  |                |                                    |            |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO          |               |                                  |                | ELETROCARDIOGRAMA                  |            |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO          |               |                                  |                | ASMA                               |            |
| SISTEMA DIGESTIVO             |               |                                  |                | BRONQUITE                          |            |
| ESTADO MENTAL                 |               |                                  |                | SISTEMA URINÁRIO                   |            |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO    |               |                                  |                | CORTICOIDES                        |            |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) |               |                                  |                | ATARAXICOS                         |            |
|                               |               |                                  |                | OUTROS                             |            |
|                               |               |                                  |                | FÍSICOS                            |            |
|                               |               |                                  |                | EFEITOS                            |            |
| AGENTES ANESTÉSICOS           |               | OXIGÊNIO                         |                | TOTAL DE DOSES                     |            |
|                               |               | 1                                |                | Reflexia                           |            |
|                               |               | 2                                |                | Cetorpro 100g                      |            |
|                               |               | 3                                |                | Diprion 2g                         |            |
| LÍQUIDOS                      |               | SO-UTO 500                       |                | Bupropion 100g                     |            |
|                               |               | 400                              |                | Dose 100g                          |            |
|                               |               | SANGUE 300                       |                | SEQUÊNCIA                          |            |
|                               |               | 200                              |                | 1                                  |            |
|                               |               | OUTROS 100                       |                | 2                                  |            |
| TEMPERATURA                   |               | Cº                               |                | 3                                  |            |
| T                             |               | 260                              |                | 4                                  |            |
|                               |               | 240                              |                | 5                                  |            |
|                               |               | 2                                |                | 6                                  |            |
| P. ARTERIAL                   |               | 200                              |                | 7                                  |            |
| V                             |               | 180                              |                | 8                                  |            |
| O                             |               | 160                              |                | 9                                  |            |
| PULSO                         |               | 140                              |                | 10                                 |            |
|                               |               | 120                              |                | 11                                 |            |
|                               |               | 100                              |                | 12                                 |            |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA        |               | 80                               |                | 13                                 |            |
| X                             |               | 60                               |                | 14                                 |            |
|                               |               | 40                               |                | 15                                 |            |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO         |               | 20                               |                |                                    |            |
|                               |               | 10                               |                |                                    |            |
| RESPIRAÇÃO                    |               | 100%                             |                |                                    |            |
| O                             |               | 100%                             |                |                                    |            |
|                               |               | 100%                             |                |                                    |            |
| SÍMBOLOS                      |               |                                  |                |                                    |            |
| TÉCNICAS                      |               | Bloqueio Axilar + Intubação      |                | DURAÇÃO                            |            |
| OPERAÇÕES                     |               | 51 pontos axiais                 |                | INCIDENTE - ACIDENTE               |            |
| CIRURGIÕES                    |               | Chaves                           |                |                                    |            |
| ANESTESISTAS                  |               | Rymer                            |                |                                    |            |
|                               |               | Bloqueio 01 suprarrenal autônomo |                |                                    |            |
|                               |               | 81 pontos de                     |                |                                    |            |
| PARTICULARIDADES              |               |                                  |                | 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





**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: **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: S U S

**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 PARANASAIS 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

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Dr. Ror. das Chagas B. Souza  
Anatomista e Traumatologista  
CRM-PI 3620

Atestado de Realização de Cirurgia  
Anatomista: Dr. Ror. das Chagas B. Souza  
Serviço: Anatomia Patológica  
CONFERIR COM O CIRURGIÃO





# 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

Pág: 1 de 1

## 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



**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: **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: S U S

**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 PARANASAIS 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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



*Edinaldo Alexandre de Lima*  
ASSINATURA DO TITULAR

0210256

CARTeira DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REQUISITO GERAL 2.252.631 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/06/13

NOME EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

PERIÇÃO

LAURA MARIA DE LIMA  
AFRO FRANCISCO DE LIMA

NATURALIDADE

BENEDITINOS-PI 27/06/1982

DOC. ORIGEM MATRICULA: CERT. CASAM.  
1405090252010200019126000005593

EXP BENEDITINOS-PI 26/08/10

TERCEIRA - PI

001.647.823-11 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93 - DECRETO Nº 89.200/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
E INFRA-ESTRUTURA NACIONAL DE TRANSPORTES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1556844549

1556844549

PROIBIDO PLASTIFICAR

1556844549

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

DOC. IDENTIFICAÇÃO EXISTENTE 2252631 SSP PI

CPF 001.647.823-11 DATA NASCIMENTO 27/06/1982

PERIÇÃO AFRO FRANCISCO DE LIMA  
LAURA MARIA DE LIMA

PERIÇÃO 001.647.823-11

APRESENTAÇÃO 05661270539

VALIDADE 01/12/2022

PRORROGAÇÃO 10/09/2012

OBSERVAÇÕES

*Edinaldo Alexandre de Lima*  
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL ALTOS, PI DATA DE EMISSÃO 07/03/2018

*Assinatura*  
ASSINATURA DO DIRETOR

88083214567  
#1319865287

PIAUI





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI  
Nº 0142092264683  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 01049507743  
000. RENAVAM. FUNTAC. EXERCÍCIO  
2019

EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF / CNPJ 00164782311 PLACA PIF-1923

PLACA ANT / UF - 9C2HB0210FR461782

ESPECIE TIPO PAB/MOTOCICLE/NENHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/POP100 ANO FAB. 2015 ANO INIC. 2015

CAP / POT / CL 02P/0097CC CATEGORIA PARTIDO COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1º IPVA

2º PAGO

3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00

PREMIO TOTAL (R\$) 000,00

DATA DE PAGAMENTO 06/11/2019

A/STID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA

BENEDITINOS LOCAL

06/11/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PI Nº 0142092264683 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAO DPVAT 0800 022 1204

1 00164782311  
EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 06/11/2019

PLACA PIF-1923

01049507743 HONDA/POP100

ANOS FAB. 2015 CAL. TIME. 09 Nº CHASSI 9C2HB0210FR461782

PREMIO TARIFARIO 000,00

000,00

000,00

084,58

DATA DE CONTROLE 14/08/2019

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.346.608/0001-04

000 / NET

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019970/20

**Vítima:** EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

**CPF:** 001.647.823-11

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 07/05/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

## 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](http://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



# Mendes & Almeida

Advogados Associados

## 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](mailto: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](mailto: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

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE EDINALDO ALEXANDRE DE  
LIMA, DOU FÉ. EM TEST. ml DA VERDADE.  
BENEDITINOS-PI, 23/12/2019. Selo:AAQ16053-3992  
[www.tjpi.jus.br/portalexta](http://www.tjpi.jus.br/portalexta).

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 JUDICIAL





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019970/20

**Vítima:** EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

**CPF:** 001.647.823-11

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 07/05/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDINALDO ALEXANDRE DE LIMA

## 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](http://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

KLEBER MENDES PESSOA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa