

Screenshot of a web browser showing a legal document from the PJe (Portal do Advogado) system. The document is a contestation (Contestação) for case number 12980472, dated 09 Nov 2020. The document is titled "12980472 - CONTESTAÇÃO (2763616 CONTESTACAO 01)" and is juntado by EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO on 09/11/2020 at 09:26:14. The document is a PDF titled "downloadBinario.seam" and is page 1 of 10. The PDF contains the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". The browser toolbar shows various icons for file operations, and the status bar at the bottom right shows the date and time as 09/11/2020 09:26.



Número: **0821344-96.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **24/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>WELISON DE SOUSA SANTOS (AUTOR)</b>	<b>ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12980 474	09/11/2020 09:26	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200266610**      **Vítima: WELISON DE SOUSA SANTOS**

**Data do Acidente: 08/12/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), WELISON DE SOUSA SANTOS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%  
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =      R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%  
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.687,50

**Recebedor: WELISON DE SOUSA SANTOS**

**Valor: R\$ 6.412,50**

**Banco: 341**

**Agência: 000000344**

**Conta: 0000082678-9**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<b>DADOS CADASTRAIS</b> 17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - N° do sinistro ou ASL: 097391.00384. 4 - Nome completo da vítima: WELISON DE SOUSA. SANTOS REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012 5 - Nome completo: WELISON DE SOUSA SANTOS. 6 - CPF da vítima: 097391.00384. 7 - Profissão: REUJO. 8 - Endereço: AVA BELCHIOR BARROS 11 - Bairro: HORTO PROTESTAL. 12 - Cidade: TEREZINA 15 - E-mail: 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: <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA <small>(Somente para os bancos abertos. Adicione uma opção)</small> <input type="checkbox"/> Bradesco (257) <input type="checkbox"/> Itaú (340) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGENCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <small>(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</small> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul> 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 do 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no CIVI) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vámos): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <small>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.</small>	
<b>REVO ALTA/DETALHADO</b> 34	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) 40 - Local e Data, <i>Teresina 23/01/2020</i> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>Welson de Sousa Santos</i> 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) <i>Ednan Soares Coutinho</i> 43 - Assinatura do Procurador (se houver) <i>Ednan Soares Coutinho</i> FPS.001 V002/2019





ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO - Nº 3011700037**

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA:** Acidente de trânsito (Com pessoa ferida ou morta)  
**TIPO DE ACIDENTE:** Colisão com outro veículo **DATA:** 08/12/2019 **HORA:** 14:52:36  
**MUNICÍPIO:** TERESINA LOGRADOURO: avenida Miguel Rosa com Rua desembargador Pires Nº: de Castro

<b>CONDUTORES</b>					
Veículo Nº 1	Condutor	esmivaldo de sousa Lima			CNH 01351332905
Placas DSU1350	Sexo	Masculino	Idade	58	
	Endereço	Rua paraíba número 1513 bairro Vila operária município de TERESINA			
	Proprietário	esmivaldo de sousa Lima			
	Veículo: Marca / Modelo	FIAT/SIENA HLX FLEX			
Veículo Nº 2	Condutor	welison de sousa Santos	Espécie	Passageiro	Ano
Placas QRU0600	Sexo	Masculino	Idade	21	CNH
	Endereço	Rua belchior Barros número 2905 bairro PLANALTO ininga município de TERESINA			
	Proprietário				
	Veículo: Marca / Modelo	HONDA/POP 110I			
		Espécie	Passageiro		Ano

<b>DANOS NOS VEÍCULOS</b>	
<b>Veículos</b>	<b>Danos</b>
DSU1350	Lateral direita [setor lateral posterior direita PARA lama porta traseira e para brisa]
QRU0600	Garfo dianteiro [frontal avarias conforme fotos anexadas]

<b>Vítimas</b>					
<b>Nome</b>	welison de sousa Santos	<b>Sexo</b>	Masculino	<b>Idade</b>	21
<b>Endereço</b>	Rua belchior Barros	<b>Condição</b>	Problema clínico		

**Testemunhas**

**RELATÓRIO RESUMIDO:** Informo que a 2º GU da ciptran foi acionada via via copom pra atender um acidente de trânsito com vítima, ao chegar no local já se encontrava a vtr comandada pelo 2º tn Paulo Roberto e cb Carvalho, a ocorrência não foi gerada pelo Mobile. Condutor e vindima welison de sousa Santos foi socorrido pelo Samu para o HUT, o mesmo conduzia a moto Honda POP 110 de placa QRO PERICIA NO LOCAL PERITO SAULO. OBS A MOTO de placa QRO HONDA/POP 110I (QRU0600) foi entregue para o Sr Genilson Silva dos Santos Rg2607094 CPF 05297457394 Res na Rua Belchior Barros nº2905 PLANALTO ininga Cel 9 9541 6347.

Informações sobre o DPVAT - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de vias Terrestres:

<b>Óbito</b>	<b>Lesões Corporais</b>	<b>Invalidade Permanente</b>
Certidão de Óbito		
Registro de Ocorrência Policial	Prova das despesas médicas	Prova das despesas médicas
Prova de Qualidade de beneficiário	Registro de Ocorrência Policial	Registro de Ocorrência Policial Rel. médico elestando o tipo e grau definitivo de invalidez

**ONDE SOLICITAR:** O benefício deve ser solicitado através de requerimento encaminhado a Seguradora Consorciada do beneficiário ou seu representante legal, acompanhado dos documentos acima.

**Imagens**





Tipo: Local

Descrição:



2/9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>  
Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 4

Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Local

Descrição:



3/9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>  
Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 5

Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Local

Descrição:



4/9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>  
Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 6

Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



5/9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>  
Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 7

Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



6/9

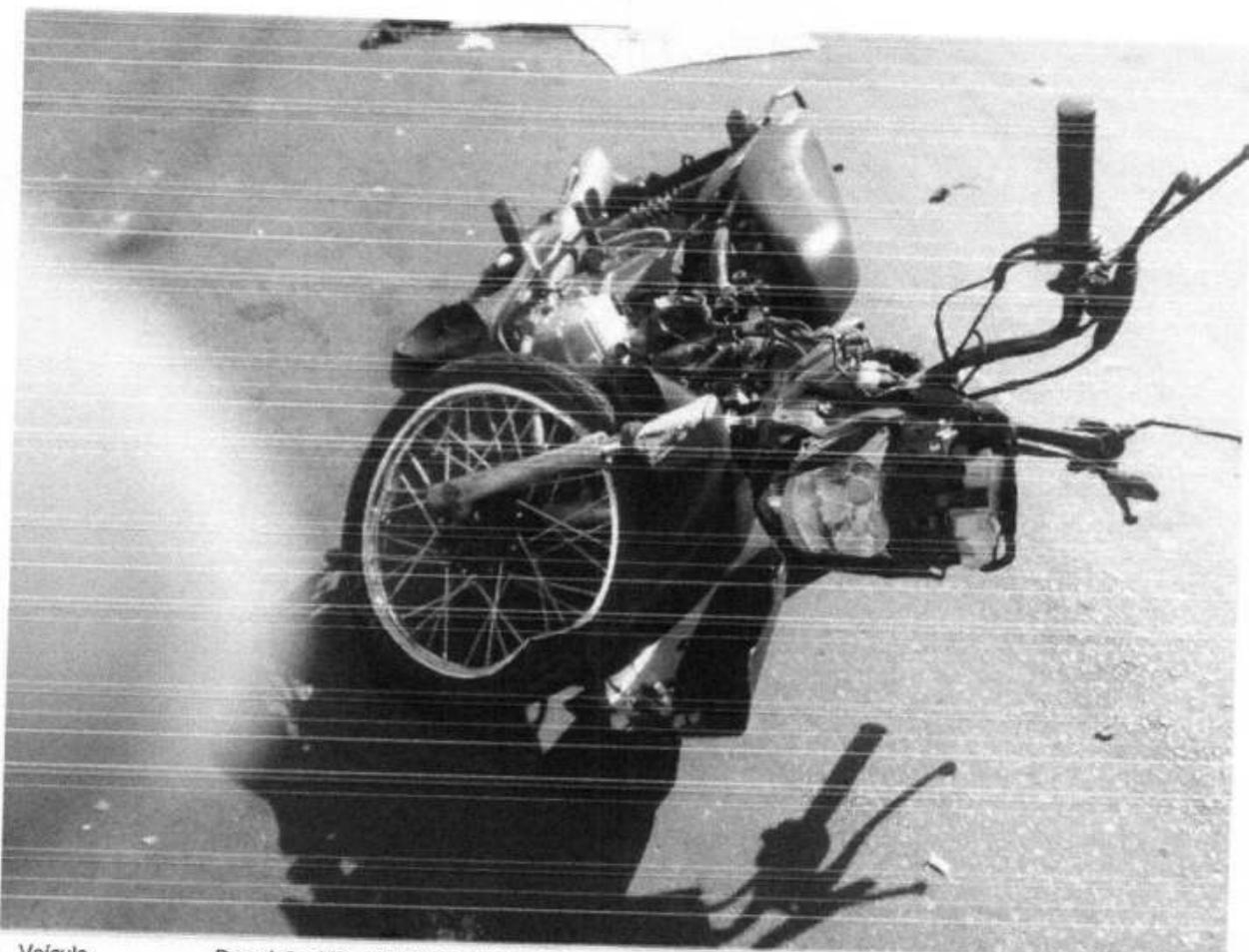


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>  
Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 8

Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I



7/9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>  
Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 9

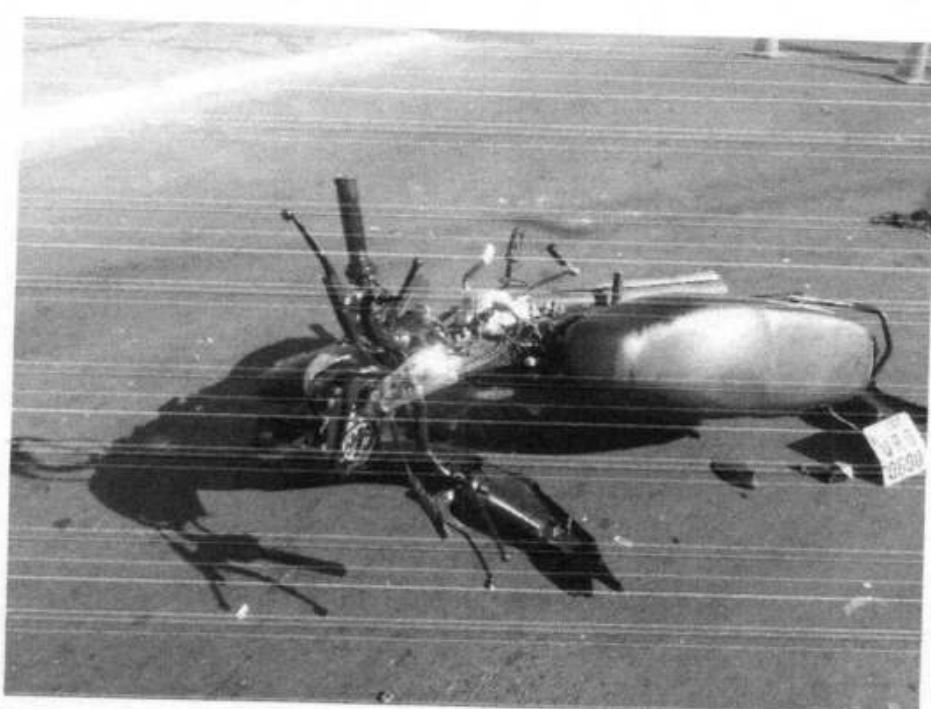
Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I



8/9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>  
Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 10

Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I

NOME DO  
PM:

SENGLETON PESSOA DOS SANTOS

Id. Func.: 14300

9/9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>  
Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 11



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<b>DADOS CADASTRAIS</b>		<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)</b> - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012																	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE																	
2 - Número do sinistro ou ASL: <input type="text" value="097391.00384."/>		3 - CPF da vítima: <input type="text" value="097391.00384."/>		4 - Nome completo da vítima: <input type="text" value="WELISON DE SOUSA SANTOS"/>															
5 - Nome completo: <input type="text" value="WELISON DE SOUSA SANTOS."/>		6 - CEP: <input type="text" value="09739100384."/>																	
7 - Profissão: <input type="text" value="REVENDO."/>		8 - Endereço: <input type="text" value="AV. BELCHIOR BARROS"/>		9 - Número: <input type="text" value="2905"/>		10 - Complemento: <input type="text" value="TERESSINA"/>													
11 - Bairro: <input type="text" value="HORTO FLORESTAL."/>		12 - Cidade: <input type="text" value="TERESINA"/>		13 - Estado: <input type="text" value="PI"/>		14 - CEP: <input type="text" value="64052500"/>													
15 - E-mail: <input type="text" value=""/>						16 - Telefone: <input type="text" value="86 97705 4014"/>													
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b>																			
17 - Nome completo do Representante Legal: <input type="text" value="WELISON DE SOUSA SANTOS."/>					18 - CPF do Representante Legal: <input type="text" value="09739100384."/>														
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).																			
<b>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</b>																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR         </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00         </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SEM RENDA         </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00         </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00         </td> </tr> </table>										<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00																	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00																	
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b>																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA           </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO           </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Bradesco (257)         </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Itaú (341)         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)         </td> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">           AGÊNCIA: <input type="text"/> </td> <td style="text-align: center;">           CONTA: <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">           (Informar o dígito se existir)         </td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> Bradesco (257)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO																		
<input type="checkbox"/> Bradesco (257)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)																		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)																		
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>																		
(Informar o dígito se existir)																			
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>																			
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 regiões do acidente ou da minha residência; ou																			
• O IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou																			
• O IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência não 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, as custas do 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.																			
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>																			
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo						24 - Data do óbito da vítima:													
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:													
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (váneco)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:											
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.																			
<b>34</b>		35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)		36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		38 - 1º   Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha													
<b>40</b>		37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)		41 - Local e Data: <input type="text" value="Teresina 23/01/2020"/>		39 - 2º   Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha													
<b>42</b>		42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)		43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		44 - Assinatura do Procurador (se houver)													
FPS.001 V002/2019																			

INVALIDEZ PERMANENTE

NÃO AUTORIZADO

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WELISON DE SOUSA SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00344

CONTA: 000000082678-9

---

Autenticação:

EC7EF1A736BA78A127C0AB491A5B6852416F1D0E70AD65800B1DBF34BBC62F6



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>

Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 13

**ÁGUAS DE  
TERESINA**

CNPJ 27157474000106 - IE 1059953374  
Av. Prof Camilo Filho, 1060, Bairro das Sombra - CEP 64020-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2990 ou 112 / (086) 98124-2395

MATRÍCULA 1.42.324 20191112121054	FATURA Nº 13326376-2 MÊS/ANO 11/2019	153592993			
<b>NOSSO ENDERÉCOS</b> <b>MORADOR MARIA JOSE ALVES DA SILVA</b> <b>RUA BELCHIOR BARROS, 2905-HORTO</b> <b>FLORESTAL-TERESINA-PI-cep:64052500</b>					
LOCALIZAÇÃO <b>006-00037-004260</b>	GRUPO <b>006</b>	NÚMERO DO MEDIDOR/METRÔ <b>A14F258644</b>			
HISTÓRICO DE CONSUMO: MÊS / ANO TIPO UDO FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA				
18/2019 L1do 16 16 09/2019 L1do 18 18 06/2019 L1do 11 11 07/2019 L1do 09 10 05/2019 L1do 14 14 06/2019 Rústico 00 10	<b>1 Residencial - Normal</b>				
DATA LEITURA ANTERIOR 09/10/2019 431 ATUAL 12/11/2019 443	CONSUMO MÊS M3 12	L0 1074440476 PIS/PASEP 13,42% 0,65% = 8,71 COFINS 43,42% 0,68% = 3,29			
TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA				
<b>RESIDENCIAL</b> FAZ. DE CONSUMO R\$ /M3 E DO 0 16 3.0640 68 14 26 5.7120 49 25 999997 9.8610 99	DESCRIÇÃO <b>VALOR REFERENTE ÁGUA - 42,08</b> > Residencial-Normal 17,0 m3 42,08 <b>JUROS POR ATRASO</b> 001/001 0,94 <b>MULTA POR ATRASO</b> 001/001 1,30	REF. VALOR			
NÃO RESIDENCIAL FAZ. DE CONSUMO R\$ /M3 E DO					
	VENCIMENTO <b>21/11/2019</b>	TOTAL A PAGAR <b>43,42</b>			
IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES					
<b>MENSAGEM</b> A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.					
<b>NOTIFICAÇÃO</b> Aviso de que o seu fornecimento de água é suspenso devido ao consumo excessivo. Neste caso, o fornecimento de água é suspenso automaticamente. Para reiniciar o fornecimento de água é necessário entrar em contato com a concessionária. O fornecimento de água é suspenso automaticamente quando o consumo excede 100% da capacidade de consumo permitido. O fornecimento de água é suspenso automaticamente quando o consumo excede 100% da capacidade de consumo permitido.					
<b>CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)</b>					
<b>PARÂMETROS</b> CÁDRO LIVRE OXIGENÍDICO PH TURBIDEZ COLIFORMES TOTais	<b>AMOSTRAS REALIZADAS</b> 2960 3286 2363 3284	<b>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</b> 2926 3257 2268 3245	<b>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</b> 34 29 15 39	<b>MÉDIA / MÊS</b> 1,30 5,29 6,91 1,43	<b>VALOR PERMITIDO</b> 0,2-5,0 mg/l Inferior a 15 6,00-9,50 Inferior a 5
<b>CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)</b>					
<b>PARÂMETROS</b> ESCHERICHIA COLI	<b>AMOSTRAS REALIZADAS</b> 1311 1311	<b>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</b> 1310 0	<b>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</b> 1 0	<b>MÉDIA / MÊS</b> Ausencia Ausencia	<b>VALOR PERMITIDO</b> Ausente Ausente

DATA DA EMISSÃO: 12/11/2019 HORA DA EMISSÃO: - - -







## 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 prestações, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):

Capital e regiões metropolitanas: 0800-12306 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 00 | SAC (para denúncias anônimas e da fiscal): 0800 022 12 05 | Central Creditrans: 0800 021 01 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da base de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações da 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>.

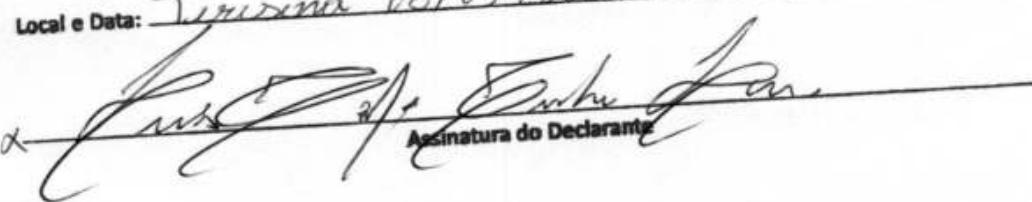
<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTERNADE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE INSPECIONAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luis Carlos Cunha Lima  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 011 310 073 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Wilison de Souza Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 097 391 008 84,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalido Permanente / Vítima Wilison de Souza Santos  
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 097 391 003 84, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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. 298 do Código Penal.

Endereço:	Rua Colômbia	Número:	317A	Complemento:
Bairro:	Tres Andares	Estado:	85	CEP:
Cidade: <u>Tijucina</u>		Tel.(DDD): <u>61 036570</u>		Tel.(DDD): <u>8619905 A054</u>
E-mail:				

Local e Data: Tijucina 08/05/2020

  
Assinatura do Declarante

DLR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/iew.seam?x=2011090926076390000012277957>  
Número do documento: 2011090926076390000012277957

Num. 12980474 - Pág. 16



Dados do Chamado		01 N° do chamado <b>1233</b>	02 Data do chamado <b>08/12/19</b>	03 PRO (código) <b>2900</b>	04 Saída do PA <b>14:44</b>	05 Chegada ao local <b>14:46</b>	
Local da Ocorrência		06 Saída do local <b>18:07</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>15:30</b>	08 Saída do 1º hospital <b>15:40</b>	09 Chegada ao 2º Hospital <b>15:40</b>		
Ponto de referência		10 Endereço <b>Av. Miguel Rosa Com Dezena - Rua de Castro</b>	11 Bairro <b>Centro</b>	12 Município-UF <b>TERESINA - PI</b>	Código IBGE		
Ponto de referência		13 Ponto de referência <b>Prox. Escola São Paulo</b>					
Ponto de referência		14 Nome <b>Welyson de Souza Porto</b>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado				
Ponto de referência		16 Idade <b>01/03/99</b>	17-1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	17- Se idade ignorada, preencha com 999	17- Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
Tipo de ocorrência		18-1-Accidente de transporte 2-Agressão física-espancamento 3-Agressão física-FAF 4-Agressão física-FAB 5-Urgência psiquiátrica	19-06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Queimadura 10-Choque elétrico	20-11-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares	21-16-Outros 17-Já removido 18-Falso chamado		
Acidente de Transporte		19-Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pedestre <input type="checkbox"/> 2-Condutor <input type="checkbox"/> 3-Passageiro <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	20-Meio de locomoção <input checked="" type="checkbox"/> 1-A pé <input type="checkbox"/> 5-Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 2-Autómovel <input type="checkbox"/> 6-Outro <input type="checkbox"/> 3-Motocicleta <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 4-Bicicleta	21-1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta	22-1-Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> 1-Capacete <input type="checkbox"/> 2-Airbag <input type="checkbox"/> 3-Cinto de segurança <input type="checkbox"/> 4-Assento para criança		
Exame Físico		23-Glasgow- <b>15</b>	RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> 4-Espontânea <input type="checkbox"/> 3-A voz <input type="checkbox"/> 2-À dor <input type="checkbox"/> 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> 5-Orientada <input type="checkbox"/> 4-Confusa <input type="checkbox"/> 3-Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2-Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1-Nenhuma	24-Sinais Vitais Pulso- <b>88</b> Resp- <b>20/80</b> PA- <b>99/90</b> TAX- <b>99%</b> Sat02	25-Local da lesão 	
Assistência		26-Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> 1-Iguais <input type="checkbox"/> 2-Desiguais	27-Pulso <input checked="" type="checkbox"/> 1-Radial <input type="checkbox"/> 2-Central <input type="checkbox"/> 3-Ausente	28-Sangramento <input type="checkbox"/> 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não	29- 30-Fratura <input checked="" type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Exposta <input type="checkbox"/> 3-Fechada <input type="checkbox"/> 4-Intensa	31-ESCALA DE DÓR DE 0 A 10 	
Hospital de Destino		31-Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) <input checked="" type="checkbox"/> 1-Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> 2-Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> 3-Curativos <input type="checkbox"/> 4-Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> 5-Colar cervical <input type="checkbox"/> 6-Kred	32-Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> 1-Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> 2-Assistência obstétrica	33-Siclermia <input type="checkbox"/> 1-Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> 2-Medicamentos a) b) c) Confere com o Original	34-Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não	35- 36- 37- 38- 39- 40- 41- 42- 43- 44- 45- 46- 47- 48- 49- 50- 51- 52- 53- 54- 55- 56- 57- 58- 59- 60- 61- 62- 63- 64- 65- 66- 67- 68- 69- 70- 71- 72- 73- 74- 75- 76- 77- 78- 79- 80- 81- 82- 83- 84- 85- 86- 87- 88- 89- 90- 91- 92- 93- 94- 95- 96- 97- 98- 99- 100- 101- 102- 103- 104- 105- 106- 107- 108- 109- 110- 111- 112- 113- 114- 115- 116- 117- 118- 119- 120- 121- 122- 123- 124- 125- 126- 127- 128- 129- 130- 131- 132- 133- 134- 135- 136- 137- 138- 139- 140- 141- 142- 143- 144- 145- 146- 147- 148- 149- 150- 151- 152- 153- 154- 155- 156- 157- 158- 159- 160- 161- 162- 163- 164- 165- 166- 167- 168- 169- 170- 171- 172- 173- 174- 175- 176- 177- 178- 179- 180- 181- 182- 183- 184- 185- 186- 187- 188- 189- 190- 191- 192- 193- 194- 195- 196- 197- 198- 199- 200- 201- 202- 203- 204- 205- 206- 207- 208- 209- 210- 211- 212- 213- 214- 215- 216- 217- 218- 219- 220- 221- 222- 223- 224- 225- 226- 227- 228- 229- 230- 231- 232- 233- 234- 235- 236- 237- 238- 239- 240- 241- 242- 243- 244- 245- 246- 247- 248- 249- 250- 251- 252- 253- 254- 255- 256- 257- 258- 259- 260- 261- 262- 263- 264- 265- 266- 267- 268- 269- 270- 271- 272- 273- 274- 275- 276- 277- 278- 279- 280- 281- 282- 283- 284- 285- 286- 287- 288- 289- 290- 291- 292- 293- 294- 295- 296- 297- 298- 299- 300- 301- 302- 303- 304- 305- 306- 307- 308- 309- 310- 311- 312- 313- 314- 315- 316- 317- 318- 319- 320- 321- 322- 323- 324- 325- 326- 327- 328- 329- 330- 331- 332- 333- 334- 335- 336- 337- 338- 339- 340- 341- 342- 343- 344- 345- 346- 347- 348- 349- 350- 351- 352- 353- 354- 355- 356- 357- 358- 359- 360- 361- 362- 363- 364- 365- 366- 367- 368- 369- 370- 371- 372- 373- 374- 375- 376- 377- 378- 379- 380- 381- 382- 383- 384- 385- 386- 387- 388- 389- 390- 391- 392- 393- 394- 395- 396- 397- 398- 399- 400- 401- 402- 403- 404- 405- 406- 407- 408- 409- 410- 411- 412- 413- 414- 415- 416- 417- 418- 419- 420- 421- 422- 423- 424- 425- 426- 427- 428- 429- 430- 431- 432- 433- 434- 435- 436- 437- 438- 439- 440- 441- 442- 443- 444- 445- 446- 447- 448- 449- 4410- 4411- 4412- 4413- 4414- 4415- 4416- 4417- 4418- 4419- 4420- 4421- 4422- 4423- 4424- 4425- 4426- 4427- 4428- 4429- 4430- 4431- 4432- 4433- 4434- 4435- 4436- 4437- 4438- 4439- 4440- 4441- 4442- 4443- 4444- 4445- 4446- 4447- 4448- 4449- 44410- 44411- 44412- 44413- 44414- 44415- 44416- 44417- 44418- 44419- 44420- 44421- 44422- 44423- 44424- 44425- 44426- 44427- 44428- 44429- 44430- 44431- 44432- 44433- 44434- 44435- 44436- 44437- 44438- 44439- 44440- 44441- 44442- 44443- 44444- 44445- 44446- 44447- 44448- 44449- 444410- 444411- 444412- 444413- 444414- 444415- 444416- 444417- 444418- 444419- 444420- 444421- 444422- 444423- 444424- 444425- 444426- 444427- 444428- 444429- 444430- 444431- 444432- 444433- 444434- 444435- 444436- 444437- 444438- 444439- 444440- 444441- 444442- 444443- 444444- 444445- 444446- 444447- 444448- 444449- 4444410- 4444411- 4444412- 4444413- 4444414- 4444415- 4444416- 4444417- 4444418- 4444419- 4444420- 4444421- 4444422- 4444423- 4444424- 4444425- 4444426- 4444427- 4444428- 4444429- 4444430- 4444431- 4444432- 4444433- 4444434- 4444435- 4444436- 4444437- 4444438- 4444439- 4444440- 4444441- 4444442- 4444443- 4444444- 4444445- 4444446- 4444447- 4444448- 4444449- 44444410- 44444411- 44444412- 44444413- 44444414- 44444415- 44444416- 44444417- 44444418- 44444419- 44444420- 44444421- 44444422- 44444423- 44444424- 44444425- 44444426- 44444427- 44444428- 44444429- 44444430- 44444431- 44444432- 44444433- 44444434- 44444435- 44444436- 44444437- 44444438- 44444439- 44444440- 44444441- 44444442- 44444443- 44444444- 44444445- 44444446- 44444447- 44444448- 44444449- 444444410- 444444411- 444444412- 444444413- 444444414- 444444415- 444444416- 444444417- 444444418- 444444419- 444444420- 444444421- 444444422- 444444423- 444444424- 444444425- 444444426- 444444427- 444444428- 444444429- 444444430- 444444431- 444444432- 444444433- 444444434- 444444435- 444444436- 444444437- 444444438- 444444439- 444444440- 444444441- 444444442- 444444443- 444444444- 444444445- 444444446- 444444447- 444444448- 444444449- 4444444410- 4444444411- 4444444412- 4444444413- 4444444414- 4444444415- 4444444416- 4444444417- 4444444418- 4444444419- 4444444420- 4444444421- 4444444422- 4444444423- 4444444424- 4444444425- 4444444426- 4444444427- 4444444428- 4444444429- 4444444430- 4444444431- 4444444432- 4444444433- 4444444434- 4444444435- 4444444436- 4444444437- 4444444438- 4444444439- 4444444440- 4444444441- 4444444442- 4444444443- 4444444444- 4444444445- 4444444446- 4444444447- 4444444448- 4444444449- 44444444410- 44444444411- 44444444412- 44444444413- 44444444414- 44444444415- 44444444416- 44444444417- 44444444418- 44444444419- 44444444420- 44444444421- 44444444422- 44444444423- 44444444424- 44444444425- 44444444426- 44444444427- 44444444428- 44444444429- 44444444430- 44444444431- 44444444432- 44444444433- 44444444434- 44444444435- 44444444436- 44444444437- 44444444438- 44444444439- 44444444440- 44444444441- 44444444442- 44444444443- 44444444444- 44444444445- 44444444446- 44444444447- 44444444448- 44444444449- 444444444410- 444444444411- 444444444412- 444444444413- 444444444414- 444444444415- 444444444416- 444444444417- 444444444418- 444444444419- 444444444420- 444444444421- 444444444422- 444444444423- 444444444424- 444444444425- 444444444426- 444444444427- 444444444428- 444444444429- 444444444430- 444444444431- 444444444432- 444444444433- 444444444434- 444444444435- 444444444436- 444444444437- 444444444438- 444444444439- 444444444440- 444444444441- 444444444442- 444444444443- 444444444444- 444444444445- 444444444446- 444444444447- 444444444448- 444444444449- 4444444444410- 4444444444411- 4444444444412- 4444444444413- 4444444444414- 4444444444415- 4444444444416- 4444444444417- 4444444444418- 4444444444419- 4444444444420- 4444444444421- 4444444444422- 4444444444423- 4444444444424- 4444444444425- 4444444444426- 4444444444427- 4444444444428- 4444444444429- 4444444444430- 4444444444431- 4444444444432- 4444444444433- 4444444444434- 4444444444435- 4444444444436- 4444444444437- 4444444444438- 4444444444439- 4444444444440- 4444444444441- 4444444444442- 4444444444443- 4444444444444- 4444444444445- 4444444444446- 4444444444447- 4444444444448- 4444444444449- 44444444444410- 44444444444411- 44444444444412- 44444444444413- 44444444444414- 44444444444415- 44444444444416- 44444444444417- 44444444444418- 44444444444419- 44444444444420- 44444444444421- 44444444444422- 44444444444423- 44444444444424- 44444444444425- 44444444444426- 44444444444427- 44444444444428- 44444444444429- 44444444444430- 44444444444431- 44444444444432- 44444444444433- 44444444444434- 44444444444435- 44444444444436- 44444444444437- 44444444444438- 44444444444439- 44444444444440- 44444444444441- 44444444444442- 44444444444443- 44444444444444- 44444444444445- 44444444444446- 44444444444447- 44444444444448- 44444444444449- 444444444444410- 444444444444411- 444444444444412- 444444444444413- 444444444444414- 444444444444415- 444444444444416- 444444444444417- 444444444444418- 444444444444419- 444444444444420- 444444444444421- 444444444444422- 444444444444423- 444444444444424- 444444444444425- 444444444444426- 444444444444427- 444444444444428- 444444444444429- 444444444444430- 444444444444431- 4444	



NOME DO PACIENTE: WELISON DE SOUSA SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 531124

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**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

*Alegre e Devorene* NCURSOOK  
CIR-GERAL  
→ ORTOPEDIA

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> WELISON DE SOUSA SANTOS		<b>Prontuário:</b> * 24
<b>Mãe:</b> ERISMEIRE ALVES DE SOUSA	<b>Pai:</b>	
<b>End. Resid.:</b> RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<b>Nascimento:</b> 04/03/1999	<b>Idade:</b> 20a9m4d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-95573-389
<b>Responsável:</b> ERISMEIRE ALVES DE SOUSA		<b>CNS:</b>
<b>Profissão:</b> VERDUREIRO		<b>Documento:</b> RG: 2607067 - SSP PI
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)
<b>DADOS DO ATENDIMENTO:</b>		
<b>Órgão:</b> 755709	<b>Entrada:</b> 08/12/2019 15:13:10	<b>Convênio:</b> S U S
<b>Motivo da Procura</b> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU		

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b>
Breve História Clas. Risco:		Laranja
Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original		
Em: 08/12/2019 15:18:02		

<b>SSVV:</b>	<b>(Hora:</b> : )			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM USO DE CAPACETE(SIC). RELATA INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO.  
A) VIAS AERAS PERTURBADAS, FÁSICO, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA  
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS  
C) ABDOME PLANO FLÁCIDO, DOLOROSO À PALPAÇÃO. DOR À MANIPULAÇÃO DA PELVE (EM IMOLILIZAÇÃO). FC 88, PA 120/80MMHG.  
D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15  
E) ESCORIAÇÕES E LESÕES CORTO CONTUSAS EM FACE. DOR EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO - IMOBILIZADOS, SOCORRISTA DO SAMU RELATA FRATURA EXPOSTA.

**Diagnóstico Inicial:**

CID:

**Exames Complementares:**

- (1381014) - T.C. DE CRANIO
- (1381015) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR
- (1381016) - T.C. DE PELVE

**Prescrição Médica:**

- 1- DIETA ZERO
- 2- RINGER LACTATO 1000ML, EV *20/12/19*
- 3-DIPIRONA 1G/2ML- AMP + AD, EV *alegria*
- 4-TRAMAL50MG?ML - 1 AMP + 100ML SF 0,9% EV, SE DOR REFRATÁRIA *JT-75*

**TOMOGRAFIA REALIZADA**

**DATA** 08/12/19 **HORA** 16:55 hs.  
**EXAMES** CRANIO + LIGAMENTOS  
**TECNÓLOGO:** *...*

**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

**DATA:** / / . **HORA:** : .

Assinatura Paciente ou Responsável

MOÍSES FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ  
CRM 6780 PI Em: 08/12/2019 15:31:21





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:  
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

3-Nome do estabelecimento executante:  
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES  
**5828856**

4-CNES  
**5828856**

Código da Internação:  
**254144**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b>	6 - Prontuário: <b>531124</b>		
7-CNS: <b>898050027361006</b>	8-Nascimento: <b>04/03/1999</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>...</b>
11-Mãe: <b>IRISMEIRE ALVES DE SOUSA</b>	12-Fone: <b>86-95573-389</b>		
13-Resp: <b>IRISMEIRE ALVES DE SOUSA</b>	14-Fone: <b>86-95573-389</b>		
15-Ender: <b>RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010</b>	17-Cod. IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b>		
16-Munic: <b>TERESINA</b>			

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd. Anterior <b>0408050624</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL)</b>
21-Cod. Mudança Proced. <b>0415030013</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO</b>
27-CID Prin: 26-Diagnóstico: ?	28-CID Sec.: 29-CID C.Ass.:
38-Profissional Responsável: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	40-Tp. Documento: CPF
Data Solicitação: <b>18/12/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>787.098.575-91</b>
41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, POLITRAUMATIZADO, COM FRATURA DE RÁDIO DIREITO + FÉMUR DIREITO + TROXOZOLO DIREITO  
**408050624 8724 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL)** 0413040178 R-3  
**T009 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA**  
**0408020407 8525 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:  <i>Dina Vieira e Silva</i> SAME - HUT Confere com o Original	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	
50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>20/12/20</b>	52-CNS/CPF:  <i>Daniel Dutra dos Santos</i> ASSESSOR DE AUDITORIA - DRCAA / SMS CRM-PI 2680-PI CPF: 740.318.053-49 CRN-PI 2253151-14600001
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)  <b>(AMPARO LEAL)</b>



NR - 08/12/19 - 17:55

Rechts am TCE

sun species numbers

Exo: 15

Ex: 15  
TL de ciômis seu lesmís  
nuncupações

in Alte dor Nor

CRM - PI 4512 / CRM - MAT0784  
Neurocrinologia  
Dr. Alisson Meneeses

Energy Grid as 18:20

Punkte VfL von der ersten Meldung, reformuliert in MEL  
An einem konkreten, realen Beispiel

*Dina Vianna e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

U.S.P. *fructuosa*

*Stibornea*: plan, fleudo, color a polvoroso

~~Enormous~~ and ~~large~~, ~~massive~~, ~~immense~~ a ~~prodigious~~  
~~enormous~~ and ~~large~~, ~~Tons~~: The ~~dimensions~~ are ~~enormous~~

Tod Torre: um anel de humorox (de pneumonia)

TC de Shwartz: Son sens de l'humour devrait prouver utile

Conduct: She do anything bad one return

18:28

Rx com features da fibrose e  
fumar dentro e fumar dentro  
Fumar o cigarro é exagerado

  
Dr. Francisco Daniel Fernandes  
Médico  
CRM PI 6732

CRMPI 66/9  
MEDICA  
Mamonea C. de Freitas



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS  
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 273224

AIH: 2219102470761

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

##### ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

##### ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	WELISON DE SOUSA SANTOS		04/03/1999	531124	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		IRISMEIRE ALVES DE SOUSA	ERISMEIRE DE SOUSA SANTOS		
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)		NUMERO / LOTE		
64000010	RUA BELCHIOR BARROS		2905		
BAIRRO	COMPLEMENTO		UF		
PLANALTO ININGA			PI		

#### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Descrição do procedimento principal	Cód. procedimento principal
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

#### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Descrição do procedimento solicitado - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL	0408050624		
Descrição do procedimento solicitado - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR	S724		

#### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

##### PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

#### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, POLITRAUMATIZADO, COM FRATURA DE RÁDIO DIREITO + FEMUR DIREITO + TORNOCÉLO DIREITO 0408050624 S724. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR (METAFISE DISTAL) 0413040178 T009 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA 0408020407 S525 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

#### PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	07/01/2020

#### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
AARAO CRUZ MENDES		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
203833996150008		07/01/2020 17:19:02

blank



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>254144</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b>	6 - Prontuário: <b>531124</b>
7-CNS: <b>898050027361006</b>	8-Nascimento: <b>04/03/1999</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	RG: <b>2607067 - SSP PI</b>
11-Mãe: <b>ERISMEIRE ALVES DE SOUSA</b>	12-Fone: <b>86-95573-389</b>
13-Resp: <b>ERISMEIRE ALVES DE SOUSA</b>	14-Cor: <b>Sem Informação</b>
5-Ender: <b>RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
<i>Pain com fadiga profunda, inchaço e edema</i>

21 - Condições que justificam a internação:
<i>Fratura da extremidade distal do fêmur</i>

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
<i>Fratura da extremidade distal do fêmur</i>

23-Diagnóstico Inicial:	24-CID Prin: <b>8724</b>	25-CID Sec.: <b>26-CID C.Ass.: </b>
Fratura da extremidade distal do fêmur		

PROCEDIMENTO SOLICITADO		Tempo SUS
28-Cod.Proced.: <b>0408050624</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL)</b>	4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b> 31-Docum.: <b>01</b> 32-Doc. Méd. Solic.: <b>787.098.575-91</b>	<i>Dr. Ricardo Ortopedia - Traumatologia CRM: 3766 - TEC (86) 988184-0561</i>
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	34-Data Solicitação: <b>18/12/2019</b>	35-Ass.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				
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa: <b>Dina Vieira e Silva</b> SAME - HUT	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:	
45 - Vínculo com a Previdência:	Confere com o Original			
( ) Empregado      ( ) Empregador      ( ) Autônomo      ( ) Desempregado      ( ) Aposentado      ( ) Não Segurado				

AUTORIZAÇÃO		47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:	50-Ass. (Rg. Conselho)
46 - Nome do Profissional Autorizado:		<i>22/01/20</i>			
( ) CNS	( ) CPF				
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:					Usuário: (SOLIMAR BRITO) Consulta Local: 755709



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 273224 AIH: 2219102470761
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE WELISON DE SOUSA SANTOS		04/03/1999	M	531124
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	RESPONSÁVEL		
			ERISMEIRE DE SOUSA SANTOS		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO 64000010   RUA BELCHIOR BARROS		NUMERO / LOTE		
BAIRRO	COMPLEMENTO PLANALTO ININGA		TERESINA	UF	PI

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO , FRATURA DE FÉMUR E RÁDIO DISTAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
AS ACIMA CITADO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)  
RX E EXAME FÍSICO

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÉMUR	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO		Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original	
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050624 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR METAFISE DISTAL			
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 18/12/2019	RICARDO SOARES VALENCA CPF: 78709857591	CRM:
DATA ADMISSÃO 18/12/2019 20:02	DATA ALTA 26/12/2019 13:48	MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR REOPERACAO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)						
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESÃO

### AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))  FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA CPF: 20171471334 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA  DATA ANALISE: 18/12/2019 20:12:29 CPF CRM DATA ANALISE
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



### Descrição da Anatomia:

Descrição da Anestesia: BSA Pomerleau Lado, A+A no peito, PNL de Lágrimas c/ AVA 66 mm, C02z  
D. Enseada de São Paulo  
CRM-BR-0001-ROE-2884

Dr. Egon Schröder  
Ausstellungsauswahl  
CRM - 19.09.1999 / RDE 388



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Wilson de Souza Santos

Diagnóstico pré-operatório

Fractura de fêmur e, perna, P/F

Operação - Tipo

Fractura Plataforma

Cirurgião

Dr. Ricardo Valença  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 3786 - TEOF: 11305  
Tel: (86) 98884-0561

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

CRM: 7256 - TEOF: 11305  
Tel: (86) 98884-0561

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

1/6/19

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

① Fracso Femur → 0108050624 - 5724 (Perna)  
② Fracso Femur → 0108020407 - 5525 (R Perna)

Acidente Durante a Operação

D. M. P. D → 013080178 - 1989

*MS*  
Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

D. Ponto D'Or de antea  
orientando sutura com 4 cm  
contra e contra fio de  
Nylon 2/0 e Poliglof 1/0  
cada.

D. Reduziu + fechou as feridas  
não rompeu

D. Ponto D'Or de antea + largura da  
cada + fio e náilon

Dr. Ricardo Valença  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 3786 - TEOF: 11305  
Tel: (86) 98884-0561

Mod. 76 HUT





# Braga & Braga Importação e Exportação

1022

*ex DMS.*  
**COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS**

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198		
FABRICANTE : <i>Pontiniano</i>		CNPJ:		
PACIENTE: <i>Welison de Souza Soutos</i>				
RG.HOSPITAL: <i>HUT</i>				
DATA: <i>18/12/19</i>		ALTA:	COD.SIG TAP: <i>0702030821</i>	
PROCEDIMENTO: <i>Fixação supracondiliana de fíbula</i>		USADO:		
MEDICO: <i>D. Ricardo</i>		CPF: <i>(17)</i>	CRM: <i>(17)</i>	
Produtos Utilizados/Implantados:				
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD

01 placa PCS 95€  
01 parafuso deslizante  
parafuso

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - MCT  
Confere com o Original

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 18, 12, 19

Dr. Ricardo Valente  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 3766 - TEOT: 11306  
Tel: (86) 98884-0561

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento





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

#### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>254144</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	WELISON DE SOUSA SANTOS			6 - Prontuário:	531124
7-CNS:	898050027361006	8-Nascimento:	04/03/1999	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	ERISMEIRE ALVES DE SOUSA			12-Fone:	86-95573-389
13-Resp:	ERISMEIRE ALVES DE SOUSA			14-Fone:	86-95573-389
15-Ender:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - CEP: 64000-010				
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.  0408050624	30 - Procedimento Principal / Descrição:  TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL)
31-Cod.Procedimento Especial  0702030821	32 - Descrição do Procedimento Especial:  PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS
	Quant. Solicidata:  1

Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA

38-Profissional Responsável: <b>RICARDO SOARES VALENÇA</b>	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Ricardo Soares Valença Ortopedista CRM-3786 Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20030-000 Tel: (21) 2252-1000 / 2252-1001 E-mail: ricardovalenca@uol.com.br
41-Data Solicitação: <b>18/12/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>787.098.575-91</b>	

#### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

### NOTORIEGÃO

AUTORIZAÇÃO		
46 - Nome do Profissional Autorizador:	47 - Data Autorização:	48 - CNS/CPF:
51 - Justificativa da 'NÃO' autorização:	 Dina Vieira de Silva SAME - HUT Confere com o Original	
		49 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:   Daniel Dutra do Carimbo Assessor de AUTORIA CRM 7600-RCB 740.318.059 CRM/CNS 13315714600001
	<u>22/07/20</u>	53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:  
**REGISTRO DE ALTA**

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
PACIENTE: VELISON BEJ. SANTOS Nº PRONT. 531124 Nº LAUDO 55414

- ALTA HOSPITALAR  
 PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO  
 PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO  
 PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA  
 PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO  
 PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA  
 TRANSFERÊNCIA  
 EVAISÃO  
 ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: 26/12/19

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

*Mastum Sergio Leal Teixeira*  
CRM - 3131  
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



SE. JPI/12/2020





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - PI

HOS  
EURGÊN

PRESCRIÇÃO MÉDICA





HOSPITAL DE URGENCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011090926076390000012277957>  
Número do documento: 2011090926076390000012277957

Num. 12980474 - Pág. 31

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA**

NOME Wulison de Souza Soárez IDADE anos DATA 18/12/11

HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 h 00 min TIPO DE ANESTESIA  GERAL  RAQUE  BLOQUEIO  PERIDURAL  SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Trat. cirúrgico de fratura de fêmur CIRURGIÃO D

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAIDA
			D
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	106 / 54		114 / 60
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	107		106
SATURAÇÃO DE O2 (%)	99%		98%
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			/
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Adilina</u>		<u>mais</u>

**ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK**

INTVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	SAL	ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK						SAL
			2	1	0	2	1	0	
Movimenta os quatro membros	2	2	2	1	1	2	1	1	2
Movimenta dois membros	1	1	1	1	0	1	1	0	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SPIRAÇÃO	ADMISSÃO	SAL	ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK						SAL
			2	1	0	2	1	0	
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	1	2	1	1	2
Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1	0	1	1	0	1
Tem apneia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	ADMISSÃO	SAL	ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK						SAL
			2	1	0	2	1	0	
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	1	2	1	1	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	0	1	1	0	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	ADMISSÃO	SAL	ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK						SAL
			2	1	0	2	1	0	
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	1	2	1	1	2
Desperta, se solicitado	1	1	1	1	0	1	1	0	1
Não responde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O2	ADMISSÃO	SAL	ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK						SAL
			2	1	0	2	1	0	
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando ar ambiente	2	2	2	2	1	2	1	1	2
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	0	1	1	0	1
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO						
ESCALA DE DOR ALTA						

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21:00 - Paciente chega na RPA no P01 de tratamento urinário de fratura de fêmur D e antebraço D consciente, respiração espontânea, coxa sp'02, ém HV, sem queixas

Moema Tais Farias das  
COREN - PI 157450 - ENF

**RAIO-X REALIZADO**

DATA: 1/12/11

Técnico: ...

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dina Vieira e Silva  
SAMM - HUT  
Confere com o Original

ALTA SRPA

Alto da, RPA  
s/ queixas  
Dr. Fernando R. S. Neto - Gomariz  
CRM-PI 4924

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

235 / 29.

ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]

[ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] IQUEIM CI NÍCIA: [ ]



**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:	<b>WELISON DE SOUSA SANTOS (Prontuário: 531124)</b>			
Endereço:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	04/03/1999	Idade:	20a10m2d	Sexo: Masculino
Requisição:	1034029	Solicitação:	09/12/2019	Solicitante: CELSO ANTÔNIO MENDES COIMBRA
Controle:	1381353	Convênio:	S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 09/12/2019

**PE OU PODODACTILO DIREITO**

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

- Fratura recente no calcâneo.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

MA  
Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confira com o Original

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
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:	<b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b> (Prontuário: 531124)		
Endereço:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	04/03/1999	Idade:	20a10m2d
Requisição:	1038134	Solicitação:	18/12/2019
Controle:	1389952	Convênio:	S U S
		Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
		Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	Atendimento: 253594
		CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 235 LEITO 29

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 18/12/2019

**PUNHO DIREITO**

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

- Fratura recente alinhada no rádio distal fixada com fios metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

*Dina Vieira e Silva*  
 SAME - HUT  
 Confere com o Original

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
 CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
 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: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)

Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNACÃO Atendimento: 263804

Requisição: 1038134 Solicitação: 18/12/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

Controle: 1389953 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

#### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 18/12/2019

#### JOELHO DIREITO

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

- Fratura cominutiva recente no fêmur distal.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

*MA*  
Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
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: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)

Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253594

Requisição: 1038134 Solicitação: 18/12/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

Controle: 1404925 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 18/12/2019

### COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva recente no fêmur distal.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

*Dina Vieira e Silva*  
SAMIE - HUT  
Confere com o Original

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável





## HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

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

Pag: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: **531124**)  
Endereço: **RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 254668  
Requisição: 1041219 Solicitação: 26/12/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
Controle: 1396395 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29  
Cod. SIA: 0204060168

### RELATÓRIO:

Data Exame: 26/12/2019

#### PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas recentes distais nos ossos da perna.
- Fratura cominutiva recente no calcâneo.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

*MS*  
Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
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:	<b>WELISON DE SOUSA SANTOS (Prontuário: 531124)</b>		
Endereço:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	04/03/1999	Idade: 20a10m2d	Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 254668
Requisição:	1041219	Solicitação: 26/12/2019	Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle:	1396396	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 26/12/2019

**RELATÓRIO:**
**TORNOZELO DIREITO**

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas recentes distais nos ossos da perna.
- Fratura cominutiva recente no calcâneo.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

*MA*  
 Dina Vieira e Silva  
 SAME - HUT  
 Confere com o Original

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
 CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
 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:	<b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b> (Prontuário: 531124)		
Endereço:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	04/03/1999	Idade: 20a10m2d	Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253469
Requisição:	1034029	Solicitação: 09/12/2019	Solicitante: CELSO ANTÔNIO MENDES COIMBRA
Controle:	1381352	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 09/12/2019

**COXA DIREITA**

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diáfise femural.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

*DA*  
 Dina Vieira e Silva  
 SAME - HUT  
 Confere com o Original

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

 CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
 Profissional Responsável


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011090926076390000012277957>

Número do documento: 2011090926076390000012277957

Num. 12980474 - Pág. 39

**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

Pag: 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente:	<b>WELISON DE SOUSA SANTOS</b> (Prontuário: 531124)		
Endereço:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	04/03/1999	Idade: 20a10m2d	Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253469
Requisição:	1034029	Solicitação: 09/12/2019	Solicitante: CELSO ANTÔNIO MENDES COIMBRA
Controle:	1381351	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

Cod. SIA: 0204060087

**RELATÓRIO:**

Data Exame: 09/12/2019

**TORNOZELO DIREITO**

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas recentes distais nos ossos da perna com desvio.
- Fratura cominutiva recente no calcâneo.
- Presença de fixador externo na tibia.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
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

Pag: 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)

Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20 anos Sexo: Masculino Origem: URGENCIA/EMERG Atendimento: 755709

Requisição: 1033847 Solicitação: 08/12/2019

Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ

Controle: 1381017 Convênio: SUS

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 08/12/2019

**MEMBRO SUPERIOR DIREITO**

O estudo radiológico do membro superior direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/12/2019

*DU*  
Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
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: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)

Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a9m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755709  
Requisição: 1033847 Solicitação: 08/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ  
Controle: 1381018 Convênio: SUS

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 08/12/2019

**MEMBRO INFERIOR DIREITO**

O estudo radiológico do membro inferior direito foi realizado nas incidências em pa/perfil da coxa e da perna.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura fragmentada recente desalinhada na diafise femoral.
- Fraturas obliquas completas recentes desalinhadas na diáfise distal da tibia e fibula.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/12/2019

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>

Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 42

**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

Pag: 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)  
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a9m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755709  
Requisição: 1033846 Solicitação: 08/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ  
Controle: 1381016 Convênio: SUS

Cod. SIA: 0206030037

**RELATÓRIO:**

Data Exame: 08/12/2019

**T.C. DE PELVE**

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

**RELATÓRIO:**

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.
- SINAIS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/12/2019

*DM*  
Dina Vieira e Silva  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**  
CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591  
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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **WELISON DE SOUSA SANTOS** (Prontuário: 531124)  
Endereço: RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/03/1999 Idade: 20a9m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 755709  
Requisição: 1033845 Solicitação: 08/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ  
Controle: 1381015 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 08/12/2019

### T.C. DE ABDOME SUPERIOR

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

#### RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- LITIASE RENAL DIREITA NÃO OBSTRUTIVA.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS.
- SINAIS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/12/2019

*Dina Vieira e Silva*  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**  
CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591  
Profissional Responsável





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>  
Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 45

17268



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
CERT. N.º 2.607.067	Data (D) 09/05/18
(Assinatura)	
WELISON DE SOUSA SANTOS	
ERISMEIRE ALVES DE SOUSA	
ELIO MAR PEREIRA DOS SANTOS	
TERESINA-PI	
04/03/1999	
CERT. NASC. 4093 L 14AE F 193	
EXP TERESINA-PI 30/07/62	
1696452	
(Assinatura)	
LEI Nº 2.716 (DE 26/03/1962) - DECRETO Nº 662 (S/06/1963)	

卷之三



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>  
Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 46

OUTORGANTE:		<i>Welison de Souza Santos</i>		
NACIONALIDADE:		Brasileiro		
RG:	2.607.067	ORG. EMISSOR:	SSP PI	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO:	Recepcionista	ENDEREÇO:	Rua Belchior Barros	
Nº:	2905	BAIRRO:	Horto Florestal	
ESTADO:	Piauí	CIDADE:	Terezina	
CEP:	64052500			

OUTORGADO: LUIS CARLOS CUNHA LIMA				
NACIONALIDADE: BRASILEIRO		ESTADO CIVIL: DIVORCIADO		
RG: 0269743620032	ORG. EMISSOR: SSPMA	DATA DE EXPEDIÇÃO: 19/01/2019		CPF: 011.310.073-60
PROFISSÃO: TEC. SEG. DO TRABALHO	ENDEREÇO: RUA COLOMBIA			
Nº: 3474	BAIRRO: TRÊS ANDARES	CIDADE: TERESINA		
ESTADO: PIAUI	CEP: 64016-570			

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELECEM E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIM E PERÍCITO CUMPRIMENTO DESTE MANDADO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

VITIMA: *Welison de Souza Santos*  
 CPF: 097.391.003-84 DATA DO ACIDENTE 08/12/2019  
 COBERTURA SOLICITADA:  INVALIDEZ PERMANENTE  DAMS  MORTE  
 Local/ Data: *Terezina 08/10/2020*

6º OFÍCIO

*Welison de Souza Santos*  
 ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

Cartório 6º Ofício de Notas de Terezina  
 AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 139 N° 17, Itaré, TERESINA - PIAUÍ  
 RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE WELISON DE SOUSA SANTOS  
 NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR, EM TESTE, *facilmente de*  
 VERDADE, DOU FÉ, TERESINA, 07/02/2020 11:41:17  
 SELO AAR38451 - CVB1 CONSULTE EM [www.tpi.jus.br/portalextra](http://tpi.jus.br/portalextra)  
*Jur. Pode valer extrato*  
 JOSÉ PAULO CAVALCANTI COUTINHO - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
 Email: R\$ 4.02 TJ: R\$ 0.80 MP: R\$ 0.10 Sel: R\$ 0.26 Total: R\$ 5.18

CARTÓRIO 6º OFÍCIO DE  
 NOTAS DE TERESINA-PI  
 José Paulo Cavalcanti Coutinho



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209468/20

**Vítima:** WELISON DE SOUSA SANTOS

**CPF:** 097.391.003-84

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/12/2019

**Titular do CPF:** WELISON DE SOUSA SANTOS

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

#### WELISON DE SOUSA SANTOS : 097.391.003-84

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: 28/07/2020  
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA  
CPF: 011.310.073-60

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/07/2020  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

\_\_\_\_\_  
LUIS CARLOS CUNHA LIMA

\_\_\_\_\_  
JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/11/2020 09:26:09  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110909260763900000012277957>  
Número do documento: 20110909260763900000012277957

Num. 12980474 - Pág. 48

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200266610      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WELISON DE SOUSA SANTOS      **Data do acidente:** 08/12/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.  
FRATURA SUPRACONDILIANA DO FÊMUR DIREITO.  
FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PUNHO COM FIOS DE KIRSCHNER E DO MEMBRO INFERIOR COM FIXADOR EXTERNO. ALTA MÉDICA.

P4 / P8 / P10 / P11 / P18 / P19 / P20 / P23 / P24

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO E DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFÍCIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO E DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>47,5 %</b>	<b>R\$ 6.412,50</b>

