

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Audiências, PJe Consulta p..., PJe 0821344-96, Baixar o arq..., Telefones d..., (31) Whats..., +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=571035&ca=59d34eaa49b64c109fd1ee83741fed5...

Processo Virtual Na..., sAdministrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

PJe ProceComCiv 0821344-96.2020.8.18.0140
WELISON DE SOUSA SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

12980472 - CONTESTAÇÃO (2763616 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 09/11/2020 09:26:14


09 Nov 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 12980468 - CONTESTAÇÃO
 - 12980472 - CONTESTAÇÃO (2763616 CONTESTACAO 01)
 - 12980474 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12980475 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12980477 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12980483 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

2763616- C3/ 2020-04085/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
— ADVOCADOS ASSOCIADOS —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PT 09:26 09/11/2020



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	
WELISON DE SOUSA SANTOS (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12980474	09/11/2020 09:26	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 097.391.003.84. 3 - CPF da vítima: 097.391.003.84. 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: WELISON DE SOUSA SANTOS. 6 - CPF: 097.391.003.84. 7 - Profissão: RECURSO. 8 - Endereço: RUA BELCHIOR BARROS. 9 - Número: 2905. 10 - Complemento: 11 - Bairro: HORTO ROBERTAL. 12 - Cidade: TERESINA. 13 - Estado: PI. 14 - CEP: 64052500. 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 86 99905 4014.

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: 19 - Profissão do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: Nome do BANCO: JTCU AGÊNCIA: 0344 CONTA: 82678

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 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 do 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 (palmarão)? ☐ 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 do ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF 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, Teresina 22 de junho 2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

CONDUTORES

Veículo Nº 1	Conductor	esmivaldo de sousa Lima			
Placas DSU1350	Sexo	Masculino	Idade	58	CNH 01351332905
	Endereço	Rua paraíba número 1513 bairro Vila operária município de TERESINA			
	Proprietário	esmivaldo de sousa Lima			
	Veículo: Marca / Modelo	FIAT/SIENA HLX FLEX		Espécie	Passageiro
Veículo Nº 2	Conductor	welson de sousa Santos		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	

DANOS NOS VEÍCULOS

Veículos	Danos
DSU1350	Lateral direita [setor lateral posterior direita PARA lama porta traseira e para brisa]
QRU0600	Garfo dianteiro [frontal avarias conforme fotos anexadas]

Vítimas

Nome	welson de sousa Santos	Sexo	Masculino	Idade	21
Endereço	Rua belchior Barros	Condição	Problema clínico		

Testemunhas

RELATÓRIO RESUMIDO: Informo que a 2ª 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. Conductor e vítima welson de sousa Santos foi socorrido pelo Samu para o HUT, o mesmo conduzia a moto Honda POP 110 de placa QRO HONDA/POP 110i (QRU0600) PI de cor preta V -2 cond Sr Esmivaldo de Sousa Lima Véic fiat siena cinza de placa DSU1350 HOVE 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 Belcho Barros nº2905 PLANALTO ininga Cel 9 9541 6347.

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

Óbito	Lesões Corporais	Invalidez Permanente
Certidão de Óbito	Prova das despesas médicas	Prova das despesas médicas
Registro de Ocorrência Policial	Registro de Ocorrência Policial	Registro de Ocorrência Policial
Prova de Qualidade de beneficiário		Rel. médico atestando 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:



Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



5/9



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



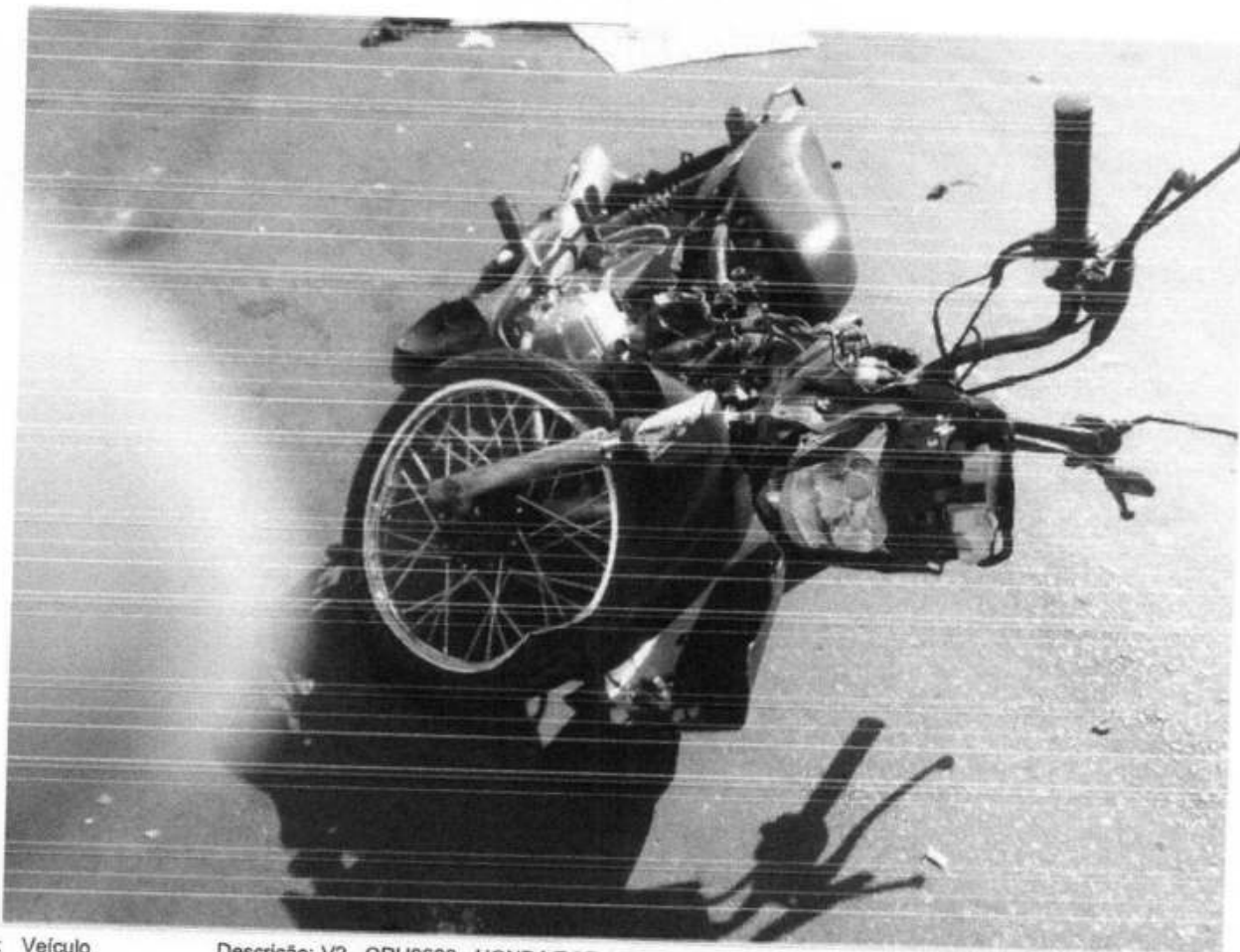
Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - DSU1350 - FIAT/SIENA HLX FLEX



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I



Tipo: Veículo

Descrição: V2 - QRU0600 - HONDA/POP 110I

NOME DO
PM:

SENGLETON PESSOA DOS SANTOS

Id. Func.:

14300





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 097-391.003 84. 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: WELISON DE SOUSA SANTOS. 6 - CPF: 097.391.003 84.

7 - Profissão: REOUJO. 8 - Endereço: RUA BELCHIOR BARROS 9 - Número: 3905 10 - Complemento:

11 - Bairro: HORTO NOGUEIRA. 12 - Cidade: TERESINA. 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64052500

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 86 99905 4014

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

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

18 - CPF do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

Nome do BANCO: JICA

AGÊNCIA: 0344 CONTA: 82.678

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 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 (s) (menor)? ☐ 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 do ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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, 22 de junho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

ITAÚ – 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:

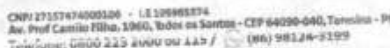
EC7EF1A736BA78A127C0AB491A5B6852416F1D0E70AD65800B1DBF34BBBC62F6



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



MATRICULA	FATURA Nº	153592993
13326376-2	MÊS / ANO	11/2019

NOME / ENDERECO
MORADOR MARIA JOSE ALVES DA SILVA
RUA BELCHIOR BARROS, 2905-HORTO
FLORESTAL-TERESINA-PI-cep: 64052500

LOCALIZAÇÃO
026-00037-004260

GRUPO	NÚMERO DO HIDRÔMETRO
006	A14F258644

MÊS / ANO	TIPO	LEDO	FATURADO
10-2019	L120	16	14
09-2019	L120	10	10
06-2019	L120	11	11
07-2019	L120	09	09
06-2018	L120	14	14
05-2018	M120	02	11

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

	DATA	LEITURA
ANTERIOR	09/10/2019	431
ATUAL	12/11/2019	443

CONSOLIDADO MES MAR	12	LB 12.740000 PL PASER 13.42x1.65N= 8.71 COFINS 13.42x7.69N= 3.29
---------------------	----	--

RESIDENCIAL		
TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (D)		
0	10	2.0640 60
10	20	5.7120 60
20	999999	9.8610 00

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 42,08	12 0 m3	42,08
> Residencial-Normal	001/001	0,04
JUROS POR ATRASO	001/001	1,30
MULTA POR ATRASO		

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
21/11/2019	43,42

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
 A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE
 MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO

Quale dei dati qui presentati è il tuo indirizzo della tua casa? Il tuo numero di telefono?
 conforme L. n. 454/1997, Art. 40, comma 1 lett. b) - 11/07/98, Art. 1°, 2° e 3° comma 1°.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2960	2926	34	1,30	0,2-5,0 mg/l
ODOR APARENTE	3286	3257	29	5,29	Inferior a 15
PH	2363	2268	45	6,91	6,00-9,50
TURBIDEZ	3284	3245	39	1,43	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	SÉRIAS/MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COL.	1311	1310	1	Ausência	Ausente
	1311	1311	0	Ausência	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 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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-01-09 | SAC (para defeitos em produtos e de falha): 0800-022-12-06 | Central Ombudsman: 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 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 COAP.

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

Peço exposto, eu Luis Carlos Cunha Lima
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.340.073-60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Wilson de Sousa Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 09739100884
do sinistro de DPVAT cobertura Inteligência Permanente da Vítima Wilson de Sousa Santos
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 09739100384, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Colombia</u>	Número: <u>347A</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Três Andares</u>	Cidade: <u>Turizina</u>	CEP: <u>64056570</u>
E-mail: _____		Tel. (DDD): <u>8619905 4034</u>

Local e Data: Turizina 08/05/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município/UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Sexo	16 Idade			
Tipo de ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
	19 Vitima	20 Meio de locomoção			
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança			
	23 Glasgow	24 Sinais Vitais			
Exame Físico	25 Local da lesão	26 Pupilas			
	27 Pulso	28 Sangramento			
Assistência	29 Escala de Dor	30 Fratura			
	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino			
Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito			
	35 Condições de saída	36 Condições de transporte			

Observações Interdisciplinares:

Charles vítima de acidente de trânsito moto + carro, usando capacete, realizou primeiro atendimento pela equipe muito rápido, Charles apresenta suspeita de fratura de fêmur, braço, bacia, imobilizado com gesso, encaminhado para o hospital de destino.

Socorristas: Médico: Tayane de Castro Costa, Enfermeiro: Siroso, Condutor: Siroso





NOME DO PACIENTE: WELSON DE SOUSA SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 531124

Dina ^{NA}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

Alexis S. Durvone
NEURO-OR
CIR-GERAL
ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	WELISON DE SOUSA SANTOS			Prontuário:	24
Mãe:	ERISMEIRE ALVES DE SOUSA			Pai:	
End.Resid.:	RUA BELCHIOR BARROS N 2905 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	04/03/1999	Idade:	20a9m4d	Sexo:	Masculino
Responsável:	ERISMEIRE ALVES DE SOUSA			Fone:	86-95573-389
Profissão:	VERDUREIRO			CNS:	
G. Instrução:	Não informado			Documento:	RG: 2607067 - SSP PI
				E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	755709	Entrada:	08/12/2019 15:13:10	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV:

(Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM USO DE CAPACETE(SIC). RELATA INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO.

A) VIAS AEREAS PERVIAS, 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 IMOBILIZAÇÃO). 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:

?

Exames Complementares:

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

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 08/12/19 HORA 16:55h.
EXAME CRANIO + ABDOME SUP.
TECNÓLOGO: *[assinatura]*

Prescrição Médica:

- 1- DIETA ZERO
- 2- RINGER LACTATO 1000ML, EV *[assinatura]*
- 3-DIPIRONA 1G/2ML- AMP + AD, EV *[assinatura]*
- 4-TRAMAL50MG7ML - 1 AMP + 100ML SF 0,9% EV, SE DOR REFRATÁRIA *[assinatura]*

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto) DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SA
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	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	254144

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: WELISON DE SOUSA SANTOS	6 - Prontuário: 531124		
7-CNS: 898050027361006	8-Nascimento: 04/03/1999	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .
11-Mãe: IRISMEIRE 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	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior 0408050624	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)		
21-Cod. Mudança Procd. 0415030013	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO		
27-CID Prim: ?	26-Diagnóstico: ?	28-CID Sec:	29-CID C.Ass.:

38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF	
Data Solicitação: 18/12/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91	
41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, POLITRAUMATIZADO, COM FRATURA DE RÁDIO DIREITO + FÊMUR DIREITO +

RNOZELO DIREITO

408050624 S724 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL) **0413040178**

T009 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

0408020407 S525 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

AUTORIZAÇÃO

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

(AMPARO LEAL)



NW - 08/12/19 - 17:55

Relatório de TCE

sem queixas neurológicas

Evo: 15

TC de crânio sem lesões
neurocirúrgicas

em Alta da NW

Dr. Alisson Meneses
Neurocirurgião
CRM - PI 4512 / CRM - MA 10794

Amegno Geral às 18:20

Paciente vítima de acidente automobilístico, referindo dor em MTD
Ao exame: consciente, orientado, eufórico, RR

CP: fraturas

Abdom: plano, flácido, indolor a palpação

Dina Viana e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

Exame em face, Torax: TC drenado com cateter
TC de Torax: sem sinal de hemothorax ou pneumotórax

TC de Abdom: sem sinais de líquido livre ou pneumoperitônio

Conduto: Alta do Amegno Geral em segurança

às 18:28.

Rx com fratura de tíbia e fêmur de D.
Juntos distal e Rando distal
Fim de Pajudo O exposto

Dr. Daniel F. Mendes
Médico
CRM PI 6732

Dr. Monalisa C. L. de Freitas
Médica
CRM-PI 6679



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 273224
	AIH: 2219102470761

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	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	MUNICÍPIO	UF	
PLANALTO ININGA		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL	0408050624		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO 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)	<p><i>Dina Vieira e Silva</i> SAME - HUT Confere com o Original</p>
-------------------------------	---

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, POLITRAUMATIZADO, COM FRATURA DE RÁDIO DIREITO + FEMUR DIREITO + TORNOZELO DIREITO 0408050624 S724 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR (METAFISE DISTAL) 0413040178 T009 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA 0408020407 S325 TRATAMENTO CIRURGICO 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

4 14





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

273224

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>part com fadiga bnd, pulso y- p/mg</i>		
21 - Condições que justificam a internação: <i>o de</i>		
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>M</i>		
3-Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade distal do fêmur	24-CID Prin: 8724	25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050624	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	Tempo SDS: 4	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 18/12/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) <i>Dr. Ricardo Ortopedia - Traumatologia CRM: 3766 - TEO: 11300 Tel: (86) 98884-0561</i>	

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: Dina Viana e Silva	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto	SAME - HUT Confere com o Original		
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 22.01.20	50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho) <i>Daniel Dutra dos Santos ASSESSOR DE AUTORIA - DICA/SMS CRM 2680-RLCP: 740.318.053-49 CNS 125315714600001</i>
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	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 URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO, FRATURA DE FÊMUR E RADIO 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 FÊMUR	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Wilton de Souza Santos

Sala:

Alergia: Não

Data:

Procedimento: Exatome de punção de punção

Observações:

Agentes	Unid.	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Anestesiologista	5mg												
2													
3 Bpm													
4 Sinais													
5													
6 Ufagelone													
7 BSA													
8 Sinais													
9 Sinais													
10													
11 Sinais													
Oxigênio	32/100												
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☐ Periférico na 2
- ☐ Cat. Venoso na 2
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- ☐ Gastos cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IOT nº
- ☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raquianestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: DOU

SPO2 (%)	ETCO2 (mmHg)	Aces. Venoso	Aces. Venoso	Diurese	Perdas Sanguíneas
100	40	500	500		

Dina Vieira e Silva
SAME - HU
Confere com o

Descrição da Anestesia:

BSA: Bpm e Sinais, A+A no pul, em 1/2 de 264 amw, 100%
Do mg: y os mlt kwl seu mlt mlt

CRM: 91430 IOR: 588
Anestesiologista
Dr. Ednaldo CoutinhoRampa
Alada



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: WELISON DE SOUSA SANTOS	6 - Prontuário: 531124		
7-CNS: 898050027361006	8-Nascimento: 04/03/1999	9-Sexo: Masculino	CPF: -
1-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 FÊMUR (METÁFISE DISTAL)	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030821	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Ricardo Soares Valença CRM: 37861, RCP: 11305 Tel: (86) 99813-0561
41-Data Solicitação: 18/12/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	 Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 20.01.20	52-CNS/CPF: Daniel Dutra dos Santos ASSessor de Auditoria - DMSA/345 CRM 1680 - RCP 740.318.054.49 CNS 125315714600001
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(SOLIMAR BRITO)



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: VELISOM DE J. SANTOS Nº PRONT 53124 Nº LAUDO 5544

- ☐ 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
☐ EVASÃO
☐ ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: 26/12/13

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

Sergio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Wulison de Sousa Santos IDADE 18 anos DATA 18/12/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 h 00 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO

CIRURGIA REALIZADA Trat. cirúrgico de fratura de fêmur CIRURGIÃO mauro

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>106 / 54</u>	<u>114 / 60</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>107</u>	<u>106</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>99%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<u>/</u>	<u>/</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>	<u>/</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Adelino</u>	<u>mauro</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

TIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	<u>2</u>	<u>2</u>
Movimenta dois membros	<u>1</u>	<u>1</u>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	<u>0</u>	<u>0</u>
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	<u>2</u>	<u>2</u>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	<u>1</u>	<u>1</u>
Tem apnéia	<u>0</u>	<u>0</u>
PA em 20% do nível pré-anestésico	<u>2</u>	<u>2</u>
PA em 20-49% do nível anestésico	<u>1</u>	<u>1</u>
PA em 50% do nível pré-anestésico	<u>0</u>	<u>0</u>
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	<u>2</u>	<u>2</u>
Desperta, se solicitado	<u>1</u>	<u>1</u>
Não responde	<u>0</u>	<u>0</u>
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	<u>2</u>	<u>2</u>
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	<u>1</u>	<u>1</u>
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	<u>0</u>	<u>0</u>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 09 ASS. mauro

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21:00 - Paciente chega na RPA no POI de tratamento cirúrgico de fratura de fêmur D e antebraço D, consciente, respiração espontânea, boa spO₂, em HV, sem queixas

RAIO-X REALIZADO

DATA 18/12/2019

Técnico: [assinatura]

Moema Tavares de Barros
COREN - PI 157450 - ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

Alta da RPA
Dr. Fernando R. S. Matos Gonçalves
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 4924

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

HORÁRIO 235 / 29 ANESTESIOLOGISTA

**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: 253469
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

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: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253594
Requisição: 1038134 Solicitação: 18/12/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1389952 Convênio: S U S 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

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: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253504
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

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: **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)

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

TERESINA - PI 06/01/2020

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: 20a10m2d

Sexo: Masculino

Origem: INTERNAÇÃO

Atendimento: 254668

Requisição: 1041219

Solicitação: 26/12/2019

Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

Controle: 1396395

Convênio: SUS

CLINICA ORTOPEDICA - P11

ENFERMARIA 235

LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

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

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

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: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 254668
Requisição: 1041219 Solicitação: 26/12/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1396396 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 26/12/2019

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

(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: 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

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

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: 20a10m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 253469
Requisição: 1034029 Solicitação: 09/12/2019 Solicitante: CELSO ANTÔNIO MENDES COIMBRA
Controle: 1381351 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 29

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

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

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: URGENCIA/EMERG Atendimento: 755709
Requisição: 1033847 Solicitação: 08/12/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
Controle: 1381017 Convênio: S U S

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 íntegros.
- 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





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: 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 diáfise femural.
- Fraturas obliquas completas recentes desalinhadas na diáfise distal da tibia e fíbula.
- 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





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 SA
Controle: 1381016 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

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 LINFONODOMEGALIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.
- 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





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 SA
Controle: 1381015 Convênio: S U S

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.
- LITÍASE RENAL DIREITA NÃO OBSTRUTIVA.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- SINAIS DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL CRÔNICA.

(JOAO ANTONIO)

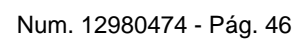
TERESINA - PI 08/12/2019

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

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





[illegible][illegible]

OUTORGANTE: <u>Welison de Sousa Santos</u>			
NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>		ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	
RG: <u>2.607.067</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP PI</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>09/05/18</u>	CPF: <u>09759500384</u>
PROFISSÃO: <u>Picapeiro</u>	ENDEREÇO: <u>Rua Bulchior Barros</u>		
Nº: <u>2905</u>	BAIRRO: <u>Horto Florestal</u>	CIDADE: <u>Teresina</u>	
ESTADO: <u>Piauí</u>		CEP: <u>64052500</u>	

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

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENTIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO - 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 SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O MEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDADOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

VITIMA: Welison de Sousa Santos
 CPF: 097.391.00384 DATA DO ACIDENTE 08/12/2019
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS ☐ MORTE
 Local/Data: Teresina 08/05/2020



Welison de Sousa Santos
 ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina
 AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 159 Nº 17, Itararé, TERESINA - PIAUÍ
 RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE WELISON DE SOUSA SANTOS
 NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR, EM TEST. João Paulo Cavalcanti Coutinho
 VERDADE. DOU FÉ, TERESINA, 07/02/2020 11:41:17
 SELO AAR38451-CVB1 CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portalexta
João Paulo Cavalcanti Coutinho
 JOSÉ PAULO CAVALCANTI COUTINHO - ESCRIVENTE AUTORIZADA
 Emissão: R\$ 4,02 TJ R\$ 0,80 MP R\$ 0,10 Selo 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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WELISON DE SOUSA SANTOS

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 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



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 DÉFICIT 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
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

