

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, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200154091

Vítima: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

Data do Acidente: 12/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 12 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200154091**

Vítima: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

Data do Acidente: 12/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 000002512-5

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

016.967.313-80

4 - Nome completo da vítima:

Franklin Braga da Silveira

5 - Nome completo:

Franklin Braga da Silveira

6 - CPF:

016.967.313-80

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

9 - Número:

10 - Complemento:

14 - CEP:

64.008.070

15 - Tel.(DDD):

(65) 9947-2059

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

12/2020
Resende - RJ

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000097/2020-70

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Responsável:** Michelly Dayanne Soares Do Nascimento

Delegado: ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

Data/Hora: 20/04/2020 - 21:56

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

12/01/2020 - 21:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PEDRA MIÚDA

Endereço

BR 316, Nº: 00

Complemento

Ponto de Referência

LOCALIDADE PEDRA MIUDA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANKINILSON BRAGA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2434965 PI PI

Mãe: ANTONIA RODRIGUES DA SILVA

Pai: EXPEDITO BRAGA DE ABREU

Endereço: AVENIDA FRANCISCO DE ASSIS GARCIA, Nº 2802

Bairro: VILA IRMÃ DULCE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8874-7349

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

OBJETO(S) MATERIAL(IS) ENVOLVIDO(S)

1 - OUTROS.

Cor: Prata

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo: CHEVROLET / CLASSIC LS

Marca: CHEVROLET /CLASSIC LS

Nº Série:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE VINHA NA VIA CITADA COMO PASSAGEIRO DO VEICULO UM CHEVROLET / CLASSIC LS DE PLACA NXE8854 CHASSI 9BGSU19F0CB166593 ANO 2011/2012 DE PROPRIEDADE DE IRISMAR SILVA DOS S. SARMENTO . QUANDO O CONDUTOR FRANKEI BRAGA DA SILVA , PERDEU O CONTROLE E CAIU NA REBANCEIRA . A VITIMA NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT (PRONT. 124748)

Delegacia Virtual - WEB

FRANKINILSON BRAGA DA SILVA - Noticiante

Responsável pela Informação


Lucy Keiko Leal Parába
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

016.967.313-80

4 - Nome completo da vítima:

Franklin Braga da Silveira

5 - Nome completo:

Franklin Braga da Silveira

6 - CPF:

016.967.313-80

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

9 - Número:

10 - Complemento:

14 - CEP:

64.008.070

15 - Tel.(DDD):

(65) 9947-2059

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco Econômica

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<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:	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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (vai nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?

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

34. Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

1.º Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 00000002512-5

Nr. da Autenticação E90C0FAD31428E38



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA		KWH	DATAS DA LEITURA	
Atual:	13692		Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530		Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	FCAM	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162		Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL		Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fct.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	162 A R\$ 0,912203 = 147,77
AGO/19	158	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COISIP)	12,74
JUL/19	151	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,01
JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00	0,16
MAI/19	140	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,24
ABR/19	143	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,03
MAR/19	153	MULTA POR ATRASO 08/19-00	2,89
FEV/19	204	JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,43
JAN/19	133	JUROS POR ATRASO 08/19-00	6,47
DEZ/18	136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	
NOV/18	160		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 R 162 - 0,655318

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas opções de vencimento dia 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, informando sempre seu número da fatura e seu dia de vencimento.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Aliquota ICMS:	115,26
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	22,00%
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	32,50
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	1,40%
		Valor do CORF:	1,62
		Valor do CORF:	6,49%
		Valor do CORF:	7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DÍC		PÍC		DMIC		DÍCII	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00		0,00			0,00		
Conjunto	TERESINA-MACALIBA						Período de aprovação:	07/2019
							EUSI:	53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

0051867-0

TOTAL A PAGAR - R\$

164,27

equatorial
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyllly Marlene Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303.00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Frumknilton Braga de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.967.313-80

do sinistro de DPVAT cobertura Trouvaillez da Vítima Frumknilton Braga, Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.967.313-80, 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>Rew: 24 de Janeiro</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>64.000.902</u> Tel.(DDD): <u>(86)944728501</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 22-04-2020

Kyllly Marlene Oliveira

Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1066.	02 Data do chamado 12 01 20	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 21 - 35	05 Chegada ao local 21:50
Local da Ocorrência	06 Saída do local 08:21	07 Chegada ao 1º hospital 08:37	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço BR = 316 - Localidade Pedro min da -	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
Tipos de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome Franklin Braga da Silveira	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado		
Acidente de Transporte	16 Idade 09/08/89	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	
Assistência	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacetes Cinto de segurança Assento para criança	
Hospital de Destino	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 87 bpm Resp. PA 120/80 TAX. Sat02 96%	25 Local da lesão
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais	190 coricas 10 torregentos	29	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 7 Intensa 10	
	27 Pulso Radial 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	Central	30 Fratura 1-Sim X Exposta Fechada	2-Não 3-Suspeito	
	28 Sangramento 1- Sim 2- Não				
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso RL 500 cul Eu Medicamentos a) b) c)	
	32 Hospital de Destino HUT				<input type="checkbox"/> Não Removido
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado		34 Óbito 1-Sim Antes do socorro Antes do transporte	2-Não Antes do transporte	<input type="checkbox"/> Durante o transporte
	<p>Paciente vítima de Politrauma por capotamento em trânsito de Alta VE</p> <p>Esqueleto, Entorso! Hemodinâmica instável e Coagulante</p> <p>Paciente com quadro estabilizado e transportado</p> <p>Transporte sem intercorrência</p>				
	 <input checked="" type="checkbox"/> Responsável pela recepção		Socorristas Médico Dr. Hormônio AE/TE Dentro		Enfermeiro Mychell Condutor Vagner
	Versão: 27.11.2011				

Rayne Mendes R. de Oliveira
SAMU - HUT
Confere com o Original



NOME DO PACIENTE: Franklin Braga da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 124-748

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



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA		Prontuário: 124748
Mãe: ANTONIA RODRIGUES DA SILVA		Pai: EXPEDITO BRAGA DE ABREU
End. Resid.: AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 29/08/1987	Idade: 32a4m14d	Sexo: Masculino Fone: 86-99413-4268
Responsável: FRANKEL BRAGA		CNS: 161966922090004
Profissão: AUX DE COZINHA		Documento: RG: 2434965 - SSP-PI
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 761386	Entrada: 12/01/2020 22:40:32	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
--------------------------------	----------------	-----------------

Breve História Clas. Risco:

		?
--	--	---

SSVV: (Hora: ____ : ____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA POR CAPOTAMENTO EM VIA DE ALTA VELOCIDADE

EUPNEICO, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE E CONSCIENTE

QUADRO ESTABILIZADO E IMOBILIZADO

SINAIS VITAIS: PA: 120/80MMHG, FC: 87BPM, SAT: 96%SP02

- A) VIAS AEREAS PERTIVIAS, COM FONAÇÃO PRESERVADA, SEM CERVICALGIA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; EXPANSIBILIDADE PRESERVADA;
- C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL;
- D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15
- E) MEMBRO ISUPERIOR ESQUERDO COM SUSPEITA DE FRATURA EXPOSTA

RAIO-X REALIZADO

DATA: 13/01/2020

Técnico:

Diagnóstico Inicial:

CID:

?

Exames Complementares:

- (1410104) - MAO ESQUERDA
- (1410105) - BRAÇO ESQUERDO
- (1410106) - TORAX PA E PERFIL

RAIO-X REALIZADO

DATA: 13/01/2020

Técnico:

Prescrição Médica:

Ao Cc

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

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

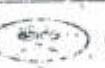
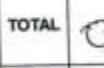
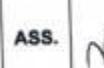
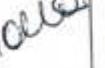
HORA: : -

MATHEUS VILARINHO SERRA
CRM 7423 Em: 12/01/2020 23:00:59

Assinatura Paciente ou Responsável

Marcelo Ribeiro
Médico Cirurgião Geral
CRM: 5472/PI 8588/MA

NOME	Francilson Broga da Silva		
	IDADE	32	anos
HORÁRIO DE ADMISSÃO	04 h 30 min	TIPO DE ANESTESIA	<input checked="" type="checkbox"/> GERAL (<input type="checkbox"/> RAQUE (<input type="checkbox"/> BLOQUEIO (<input type="checkbox"/> PERIDURAL (<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA	Tratamento cirúrgico de fratura de		CIRURGÃO
SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	149 / 84		146 / 67
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	84		119
SATURAÇÃO DE O2 (%)	93%		98%
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			Gesiane da Silva Ribeiro COREN-PI: 514439-1E Assinatura
NOME/ MATRÍCULA	Assinatura		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 	TOTAL	09		10
ESCALA DE DOR ALTA	0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 	ASS.	mais		Américo Coutinho 14/9/2017

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

ÀO DE ENFERMAGEM:
04:30- Paciente chega na RPA no PDI de tratamento
cirúrgico de fratura de metacarpo "E", sonolento, re-
piradas espontânea, lba aps, normocárdico, on IAU
sem queixas

08:40 volta de SPPA. m/s (Cuiabá) 1º Anexo (Cuiabá) 08/01/2017 - Enviado por Caren M.

Ellayne Mendes de Oliveira
SAME-HUT
Confere com o Original

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRP

HORARI

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

ANESTHESIOLOGIST

POSTO: [11 | 12 | 13 |] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 14 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PEDIATRICA [] NEU [] CIR [] IM

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Franklin Braga da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Fx - Lesões exposto da mão e		
Operação - Tipo	Linc + Fixação com fios de Vicryl		
Cirurgião <i>Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra</i> CRM: 3918 TCRIT: 12135	1º Assistente		
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a) <i>Ronneide</i>	Anestesista <i>Dr. João</i>	Anestesia <i>Geral</i>	
Anestésico(a)			
Data da Operação 13/01/2020	Ínicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório	04132023198 - T009 + 04082023277 - 5673 (2x) 407020313518 (2x em cada dedo)		
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob anestesia Geral
- ② Desvascularização + Aplicação de Fáscia Estéril
- ③ Linc da mão e
- ④ Fixação de fx do 2º metacarpiano
- ⑤ Fixação de lesões metacarpofalângicas do 3º dedo
- ⑥ Sutura.

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3918 TCRIT: 12135

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº laudo

279890

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES
5828856

255834

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

6 - Prontuário: 124748

7-CNS: 161966922090004 8-Nascimento: 29/08/1987 9-Sexo: Masculino

RG: 2434965 - SSP-PI

11-Mãe: ANTONIA RODRIGUES DA SILVA

12-Fone: 86-99413-4268

13-Resp: FRANKEL BRAGA

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com fratura do 1º metacôndilo do 5º e +
Fr. luxação do 3º dedo

21 - Condições que justificam a internação:

Vernículo de TTO luxo

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

Fratura + fratura luxo R.

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.

(Informação Posterior)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

Tempo 999

0415030013 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

29-Clinica:

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

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra

02 01

PF

000.058.973-00

Ortopedia e Traumatologia

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CRM: 3918/2013/13135

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

12/01/2020

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

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

Elaine Mendes R. de Oliveira
SAMU - HUT
Confera com o Original

48-Documento: 49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Franknilson Braga da Silva

Usuário: (LAYLA MORAIS)
Consulta Local: 761386
Consulta SUS:
Impressão: 13/01/2020 03:24:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 279890
AIH: 2220100098513

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
702906536387271	FRANKNILSON BRAGA DA SILVA		29/08/1987	M	124748
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	RESPONSÁVEL		
		86994134268	FRANKEL BRAGA		
CEP	NOME DA MÃE		NUMERO / LOTE		
	ANTONIA RODRIGUES DA SILVA		2802		
BAIRRO	ENDERECO - LOGRADOURO		MUNICÍPIO		
VILA IRMA DULCE	RUA FRNCISCO DE ASSIS GARCIA		TERESINA		
UF					
PI					

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA POR CAPOTAMENTO EM VIA DE ALTA VELOCIDADE E UPNEICO. ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE E CONSCIENTE. QUADRO ESTABILIZADO E IMOBILIZADO. SINAIS VITAIS: PA: 120/80MMHG, FC: 87BPM, SAT: 96%SpO2A) VIAS AEREAIS PERVIAIS, COM FONADA PRESERVADA, SEM CERVICALGIA(B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; EXPANSIBILIDADE PRESERVADA; C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLACÍDO, PELVE ESTAVEL; D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15(E) MEMBRO ISUPERIOR ESQUERDO COM SUSPEITA DE FRATURA EXPOSTA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

0413040178 T009 LMC0408020377 S626 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA
CPF: 00005897300

CRM:

DATA ADMISSÃO
12/01/2020 22:40DATA ALTA
14/01/2020 09:00MOTIVO ALTA
ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° 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 SAMI / HUT
Confere com o OriginalANTONIO CASTELO BRANCO DE DEUS
CPF: 01309423326

CRM:

DATA ANALISE: 11/02/2020 16:15:22

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13/04/2020

NOME DO PACIENTE:	<u>Franklinen Braga da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>124748</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Ex - Laringo agudo retrocesso doloroso</u>	CIRURGIA:	<u>nc + finocar com</u>
ANESTESIA:	<u>Dr. João</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Silveira</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Col</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Geral</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Colinide</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>2</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>1</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>1</u>		LUVA Nº	PAR	<u>2</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>2</u>		LUVA Nº	PAR	<u>2</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>—</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>13</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>40</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>—</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>50</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>—</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>—</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>2</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>3</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>1</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>1</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>70</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>1</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>—</u>	
FORMOL	ML	<u>—</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>6</u>	
GASES	PAC.	<u>4</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>—</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>—</u>		<u>Elitrodes</u>	—	<u>5</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				atadura vaporom			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				incisa deprimanti			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<u>20 de Kitone 15</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				<u>Ellayne Mendes R. de Oliveira</u>			
ALCOFIL				SAME - HUT			
MONONYLON				Confere com o Original			
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Maria</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Breita</u>			
PROLENE							

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
<i>Franklin Braga da Silva</i>					124448	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
13/01/2020	140x90 mmHg	70 bpm	100%			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Paciente instável com queixas - Nega oligo, + comorbidades</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO RÉ-OPERTÓRIO						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO <i>55%</i>					
1	300	300	300	300	300	300
2	300	300	300	300	300	300
3	300	300	300	300	300	300
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	500	500	500	500	500
	400	400	400	400	400	400
	SANGUE 300	300	300	300	300	300
	200	200	200	200	200	200
	OUTROS 100	100	100	100	100	100
TEMPERATURA T	260	240	220	200	180	160
P. ARTERIAL V	200	180	160	140	120	100
O	180	160	140	120	100	80
PULSO	160	140	120	100	80	60
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	140	120	100	80	60	40
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	120	100	80	60	40	20
RESPIRAÇÃO O	100	80	60	40	20	10
SÍMBOLOS						
DURAÇÃO <i>Ativação: 07:55</i>						
TÉCNICAS <i>General</i>						
OPERAÇÕES <i>Tetra amyg, histero, melanoma</i>						
CIRURGIÕES <i>Dr. Alho + RL</i>						
ANESTESISTAS <i>Dr. João CNM- 5876</i>						
PARITICULARIDADES						
INCIDENTE - ACIDENTE						
<i>Ellayne Mendes R. de Oliveira SAME - HUT Conferiu com o Original</i>						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANKNILSON BRAGA DA SILVA** (Prontuário: 124748)

Endereço: AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 29/08/1987 Idade: 29a6m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 598181

Requisição: 726547 Solicitação: 12/03/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 904988 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 12/03/2017

MAO ESQUERDA

O estudo radiológico da mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/03/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAMU HUT
Confere com o Original



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANKNILSON BRAGA DA SILVA** (Prontuário: **124748**)
 Endereço: AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 29/08/1987 Idade: 32a4m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 761386
 Requisição: 1047638 Solicitação: 12/01/2020 Solicitante: MATHEUS VILARINHO SERRA
 Controle: 1410108 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 12/01/2020

MAO ESQUERDA

O estudo radiológico da mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes no colo do 2º e 3º metacarpos com desvio.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/01/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

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



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANKNILSON BRAGA DA SILVA** (Prontuário: 124748)
 Endereço: AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 29/08/1987 Idade: 32a4m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 761386
 Requisição: 1047638 Solicitação: 12/01/2020 Solicitante: MATHEUS VILARINHO SERRA
 Controle: 1410109 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 12/01/2020

BRACO ESQUERDO

O estudo radiológico do braço esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

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

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/01/2020

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

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





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200154091 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA **Data do acidente:** 12/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DA MÃO ESQUERAO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA.(P3/6FC/10/11/12/13)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERAO.

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 LEVE DA MÃO ESQUERAO.

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200154091 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA **Data do acidente:** 12/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DA MÃO ESQUERAO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA.(P3/6FC/10/11/12/13)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERAO.

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 LEVE DA MÃO ESQUERAO.

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Franknilson Braga da silva
RG: 2434965 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 016.967.313.80 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: Casado Profissão: Mercador de Idoso
Endereço: Rua. Fumacés de Amorim Gonçalves Nº 2802
Bairro: Vila Inocência Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-PI
Telefone: (86) 98887-7169 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte

Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí

Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Franknilson Braga da silva

CPF: 016.967.313.80 Data do Acidente: 12/01/2020

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Teresina, Piauí 17/02/2020

Local e data

Franknilson Braga da silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Límano Nogueira, 1223 - Centro - CEP: 64005-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4538 - E-mail: notarias@cartoriosampaio.com.br

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Titular: Antônio Gonçalves de Sampaio Dantas
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANKNILSON BRAGA DA SILVA DOU FE. EM TEST. Frank DA VERDADE.
Teresina-PI, 17/02/2020. Selo: AAU73187-1BY4
www.tjpi.jus.br/portalextra

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escrivente Autorizada
E-mail: 02 TJ: 0,80 FIMP: PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 5,18 - OP: 166
PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

3º OFÍCIO DE NOTAS

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

