

Control de documentos x Sistema SAJ - Conveni x Sistema SAJ - Conveni x Acesso 1º Grau - Proce x Consulta processos - Proce x 0000073-87.2019.8.18.0079 x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=277621&ca=2887ad9b9fa9226abdf7fd93c37e4d4d6ae5820e2...

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

PJE ProceComCiv 0000073-87.2019.8.18.0079
HELITON LIMA ALVES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPV...

10675530 - Manifestação (2607962 MANIFESTACAO SOBRE DOCS 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 08/07/2020 10:29:48

08 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO

- 10675527 - MANIFESTAÇÃO
 - 10675530 - Manifestação (2607962 MANIFESTACAO SOBRE DOCS 01)
 - 10675531 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2607962 MANIFESTACAO SOBRE DOCS Anexo 02)
 - 10675534 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2607962 MANIFESTACAO SOBRE DOCS Anexo 03)

10:29

09 Mar 2020

CONCLUSOS PARA DESPACHO

13:24

downloadBinario.seam 1 / 2

2607962- CS/ 2019-02941/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ANGICAL DO PAU/PI

PROCESSO: 00000738720198180079

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos

PT 10:29 08/07/2020

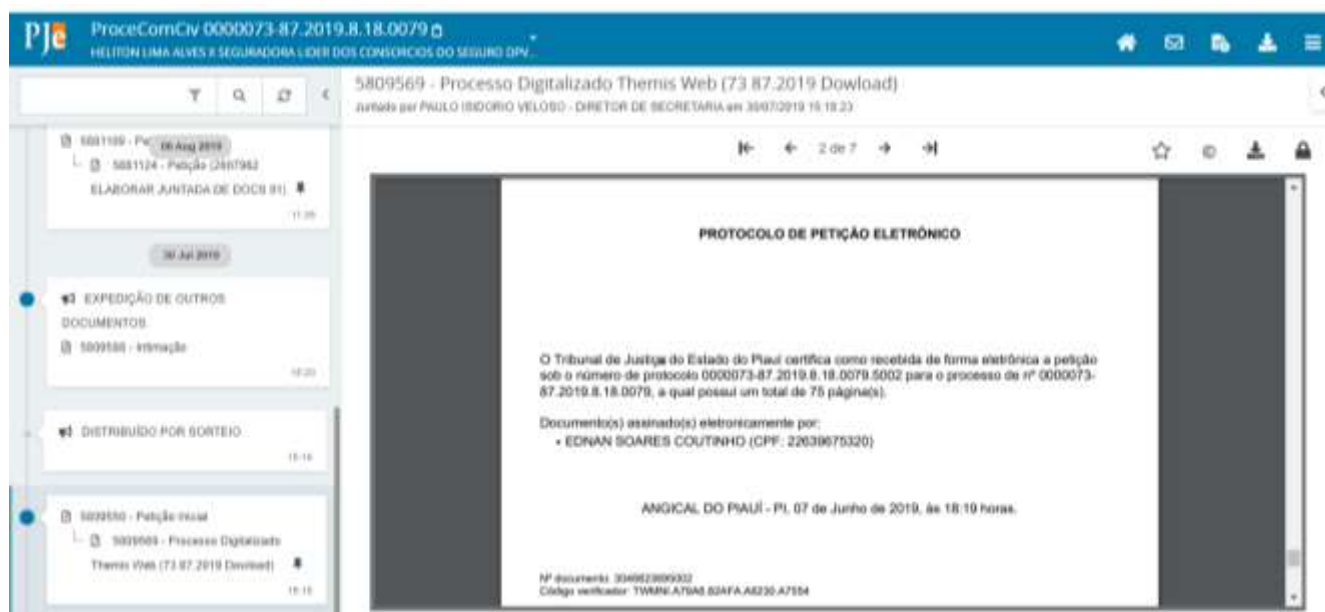


EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ANGICAL DO PAUÍ/PI

PROCESSO: 00000738720198180079

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **HELITON LIMA ALVES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar para ao final requerer o que segue:

Conforme telas abaixo do processo em epígrafe a parte requerida realizou o protocolo da contestação em 07/06/2019, dentro do prazo de 15 dias. O mesmo encontra-se na id 5809569, onde a consulta era disponibilizada pelo Themis Web de fls. 70 a 149.





Desta forma, a requerida remete a contestação já juntada aos autos e requer o devido prosseguimento do feito.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ANGICAL DO PAUI, 7 de julho de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA Vara Única
COMARCA DE ANGICAL DO PIAUÍ
Praça Gov. Helvídio Nunes, s/n, ANGICAL DO PIAUÍ-PI

PROCESSO Nº 0000073-87.2019.8.18.0079

CLASSE: Procedimento Comum Cível

Nº Protocolo 0000073-87.2019.8.18.0079.5002

Data: 07/06/2019 18:19

Advogado(a) manifestante: HERISON HELDER PORTELA PINTO

PROTOCOLO DE PETIÇÃO ELETRÔNICO

O Tribunal de Justiça do Estado do Piauí certifica como recebida de forma eletrônica a petição sob o número de protocolo 0000073-87.2019.8.18.0079.5002 para o processo de nº 0000073-87.2019.8.18.0079, a qual possui um total de 75 página(s).

Documento(s) assinado(s) eletronicamente por:

- EDNAN SOARES COUTINHO (CPF: 22639675320)

ANGICAL DO PIAUÍ - PI, 07 de Junho de 2019, às 18:19 horas.

Nº documento: 3046823695002

Código verificador: TWMNI.A79A6.82AFA.A6230.A7554

A autenticidade deste termo e o inteiro teor dos documentos enviados podem ser verificados em:

<http://www.tjpi.jus.br/themisconsulta/documento>



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ANGICAL DO PAUI/PI

Processo: 00000738720198180079

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **HELITON LIMA ALVES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **26/11/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **26/11/2017**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, após a regulação do sinistro.

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:	05/06/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.350,00
*****TRANSFERIDO PARA:	
CLIENTE:	HELITON LIMA ALVES
BANCO:	104
AGÊNCIA:	03827
CONTA:	000000011931-4
Nr. da Autenticação 1E4A1B973C13E3BB	

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DA PROVA PARTICULAR (fl. 30) – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular de fls. 30, colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP,

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁴, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁵.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁶.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

⁴“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁶art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrito sob o nº **1841/PI**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
ANGICAL DO PAUI, 7 de junho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexó de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **HELITON LIMA ALVES**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ANGICAL DO PAUI**, nos autos do Processo nº 00000738720198180079.

Rio de Janeiro, 7 de junho de 2019.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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: 05/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELITON LIMA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000011931-4

Nr. da Autenticação 1E4A1B973C13E3BB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180205833 **Cidade:** Angical do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELITON LIMA ALVES **Data do acidente:** 26/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura de Mandíbula.

Descrição do exame médico pericial: Paciente com fratura de mandíbula, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica, referindo dor à mastigação de alimentos muito sólidos, deformidade, e limitação dos movimentos da boca.
Apresentando abertura bucal de 4 cm, fazendo uso normal da alimentação; no momento apresentando peso dentro da normalidade e sem sinais de desnutrição;

Resultados terapêuticos: Paciente com fratura de mandíbula; realizado tratamento cirúrgico; não realizado tratamento fisioterápico; evolui com cicatriz cirúrgica, referindo dor à mastigação de alimentos muito sólidos, deformidade, e limitação dos movimentos da boca.

Sequelae permanentes: Cranio-facial

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 28/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Floriano.

Médico examinador: Abdias Viana dos Santos Junior

CRM do médico: 2031

UF do CRM do médico: PI

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

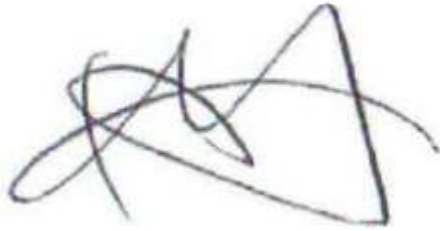
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180205833**

Nome do(a) Examinado(a): **HELITON LIMA ALVES**

Endereço do(a) Examinado(a):

rua luis alves, s/n - luis alves - Angical do Piauí - PI - CEP 64410-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2.555.863**

Data e local do acidente: [**26/11/2017**] **Via pública**

Data e local do exame: [**28/05/2018**] **Floriano** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de Mandíbula.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Paciente com fratura de mandíbula; realizado tratamento cirúrgico; não realizado tratamento fisioterápico; evolui com cicatriz cirúrgica, referindo dor à mastigação de alimentos muito sólidos, deformidade, e limitação dos movimentos da boca. Apresentando abertura bucal de +/- 4 cm, fazendo uso normal da alimentação; no momento apresentando peso dentro da normalidade e sem sinais de desnutrição;

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Paciente com fratura de mandíbula, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica, referindo dor à mastigação de alimentos muito sólidos, deformidade, e limitação dos movimentos da boca.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Deformidade com DANO de 10%.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Mandíbula (face)

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

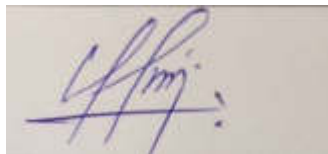
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Abertura Bucal= 04 cm;



Abdias Viana dos Santos Junior - CRM: 2031 - PI

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2018

Carta nº: 12937767

A/C: HELITON LIMA ALVES

Nº Sinistro: 3180205833
Vítima: HELITON LIMA ALVES
Data do Acidente: 26/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **HELITON LIMA ALVES**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000003827**

Conta: **0000011931-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PI Nº 012508390358
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - QDA RENOVAR - 1 - RUA - 2017
01036510201

LILIANA DE SOUSA CARVALHO



PIB-9601
RUA - 2017
RUA - 2017

PAS/MOTOCICLETA/MENELIA

HONDA/NXR160 BROS ESDD

02P/0162CC

1 - COTA ÚNICA

2 - 1ª E 2ª

3 - 3ª

4 - 4ª

5 - 5ª

6 - 6ª

7 - 7ª

8 - 8ª

9 - 9ª

10 - 10ª

11 - 11ª

12 - 12ª

PI Nº 012508390358 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA LAIS INFORMações, LEIA NO VERSO AS CONdições GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0200 022 1504

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 01/02/2017

VIA 02474574344 RUA - 2017

RENAVAM 01036510201 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB 2014 CATEG 09 Nº CLASSE 9C2KND0810FR409373

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 DESATUAL (R\$) 000,00

000,00 CUSTO DO ESCRITO (R\$) 000,00

000,00 CUSTO DO ESCRITO (R\$) 185,50

000,00 COTA ÚNICA PARCELADO 19/01/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 03.348.800/0001-04

www.seguradoralider.com.br

OUT





REGENERAÇÃO

Horário do atendimento:

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Nome do Solicitante:

Fone Solicitante:

DADOS DO CHAMADO

DATA: 26/11/12 DIA DA SEMANA: Seg. ☐ Ter. ☐ Qua. ☐ Qui. ☐ Sex. ☐ Sab. ☐ Dom. ☒

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

Endereço: Salão Sentença Teresina

Ponto de referência:

DADOS DO PACIENTE

Nome: Arilton Lima AlvesIdade: 31 anos Sexo: M ☒ F ☐

CONTROLE DA UNIDADE

1 Saída do P.A. 4:13 h 2 Chegada ao Local 4:20 h 3 Saída do Local 4:33 h4 Chegada ao Hospital 4:36 h 5 Saída ao Hospital 6:31 h 6 Chegada ao P.A. 6:39 h

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital Maria de Lourdes Leal Nunes ☒H.U.T. ☐Outros:

APOIO SOLICITADO

Polícia Militar ☒ Polícia Civil ☐ CAPS ☐ Outros:

TIPO DE OCORRÊNCIA

Acidente de Trânsito ☒ Queimadura ☐ Choque Elétrico ☐ Queda ☐ Transferência ☐Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Suicídio ☐ Urg. Obstétrica ☐ Já removido ☐Urg. Psiquiátrica ☐ Urg. Pediátrica ☐ Envenenamento ☐ Falso Chamado ☐Urgência Clínica ☐ Outros:

INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA

Sim ☒ Não ☐GLASGOW 08

NÍVEL DE CONCIÊNCIA

Consciente ☒ Inconsciente ☐

EXAME FÍSICO

ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea ☐3 - Ao Som ☐2 - À Pressão ☐1 - Ausente ☐NT - Não Testável ☐

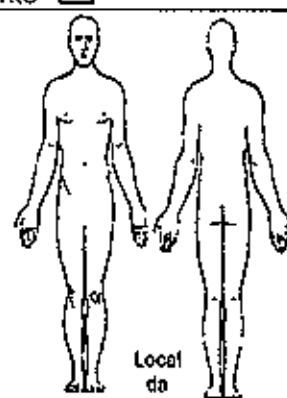
RESPOSTA VERBAL

5 - Orientada ☐4 - Confusa ☐3 - Palavras ☐2 - Sons ☐1 - Ausente ☐NT - Não Testável ☐

RESPOSTA MOTORA

6 - A ordens ☐5 - Localizadora ☐4 - Flexão normal ☐3 - Flexão anormal ☐2 - Extensão ☐1 - Ausente ☐NT - Não Testável ☐

HEMORRAGIA

Ausente ☐Mínimo ☐Moderado ☐Intenso ☐

Local da Lesão

SCO %

PUPILAS

Iguais ☐Desiguais ☐

PULSO

Forte ☐Fino ☐Ausente ☐

SINAIS VITAIS 1º

FC 98 bpmR 18 rpmT 35,4 °CP.A. 140/90 mmHgSat. O₂ 95 %GCAP 131 mg/dL

SINAIS VITAIS 2º

FC bpmR rpmT °CP.A. mmHgSat. O₂ %GCAP mg/dL

PROC. REALIZADOS

RCP ☐Prancha ☒Acesso Venoso ☒Outros: Aspiração ☒Monitorização ☐Imobilização de extremidades ☐Oxigênio ☒Colar Cervical ☐Conduta médica ☐Curativos ☒KED ☐Hemostasia ☐Ass. Obstétrica ☐

ENTRADA NO HOSPITAL

Melhorado ☐Piorando ☐Inalterado ☐Óbito antes do Socorro ☐Óbito no transporte ☐OBSERVAÇÕES: Placenta rotunda de acidente de trânsito com a ch
mula do chagaram no local encontrando-se em decúbito
dorsal em via pública. Feito avaliação das vias aéreas
sem contato cervical. Aspiração das vias aéreas com LAR-
que). No momento mantém perseguição tímida vesível.
do 2º seu Glasgow - 08. Sinais vitais apresentados assimétricos
da região torácica, lesão costal contusa em região viril!!

EQUIPE DE ATENDIMENTO

Enfermeira: RosaTéc. Enfermagem: Conductor:

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSPITAL

ROSA PESSOA

Médica

CRM: 1169-PI

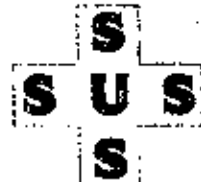
frontal e, sinais de quadrim (Tce grave?), suspeita
de fraturas na base e algumas escoriações pelo corpo, a
avaliação removi-lo para o Hospital em suporte de O₂ com
mascara e reservatório.

RT
JUNIA DA COSTA
Téc. Enferm
COREN-PI 5



ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO
MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone 86 3293-1964 - 64490-000 / REGENERAÇÃO-PI



☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Nome: Heliton Luis Alves
Data de Nascimento: 18-07-1986
CNS: _____ Hora: _____ 1ª Vez () Subsequente () Cor ()
Endereço: Rua Principal de Serpente (Rua Luis Alves)
Município: Surgente
História Clínica: Doença crônica, acidente de
carro
Exame Físico: _____
Sinais vitais: P.A: 140 x 80 mm Hg Glicemia capilar 171 MG/dl
TAX: 35.4 °C Sat. O2 96 % P.: 105 bpm F.R.: _____ irpm
Outros Exames: Oximetria
Hipótese Diagnóstica: TC Crânio
Exame ou Tratamento Solicitado: _____
Data: 26-11-17

ROSA PESSOA

Médica

CRM 1109-PI

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

XAVIER DO S. DA COSTA

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.



ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO**MARIA DE LOURDES LEAL NUNES**

Av. Alberto Leal Nunes, S/N / FONE: (86) 3293-1964 - CEP 64.490-000

Regeneração - Piauí - CNPJ: 00.621.625/0001-44

Coral

**LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE A. I. H.**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome: <u>Helitana Lima Alves</u>			
End. Residencial: <u>Rua Principal do Hospital</u>		N.º	
Bairro: <u>Leis Alves</u>	Cidade: <u>Regeneração</u>	Estado: <u>Piauí</u>	
Endereço em Regeneração ()		Em caso de Procedência de outro Munic. ou Zona Rural	
Rua: <u>Leis Alves</u>	N.º	Bairro: <u>Leis Alves</u>	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	POSSUI PLANO DE SAÚDE	
<u>18.10.7.1986</u>	(x) Masc. () Fem.	() Sim () Não Qual?	
Acid. Trânsito (x) Sim () Não	Acid. Trabalho	IAPEP	
Seguradora	() Sim () Não	() Sim () Não	
RESPONSÁVEL			
Nome: _____			
End. Residencial: Rua/Av./Pça.: _____			
N.º: _____		Cidade: _____	UF: _____ CEP: _____
CPF Médico Solicitante	Cód. do Procedimento Solicitado	Tipo Internação	Clínica
HISTÓRICO/ EXAME DO PACIENTE			
<u>paciente com trauma craniano, ferido no</u> <u>superfície parietal direito - provocado por queda de</u> <u>eletrodoméstico em via pública.</u>			
RESULTADOS EXAMES COMPLEMENTARES			
<u>GA - 140x80 mm Sat O2 96. Pul 105</u> <u>TAX 35.4 em O2 úmido</u>			
DIAGNÓSTICO INICIAL:		CID	
<u>TC de Crânio</u>			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____			
LOCAL / DATA		ROSA PESSOA	
<u>26-11-2017</u>		<u>Médica</u> <u>CRM 1169-P1</u>	
		Assinatura/Carimbo do Médico Solicitante	
Assinatura do Paciente ou Responsável			



SISTEMA
UNIFICADO
DE SAÚDE

Município: Veneziano

Unidade: UR

FOLHA DE ADMISSÃO

NOME DO PACIENTE			Nº REISTRO	
Hilton Jaime Pires			32.234	
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	NOME DA MÃE		
M	18.07.1986	Geneci Vieira Junior Pires		
NOME DO PAI		RESPONSÁVEL		
Francisco da Chagas Pires		Pai		
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		
Rua Luis Pires		Veneziano		
PIS / PASEP / Nº INDIVIDUAL	CARTEIRA DE IDENTIDADE	REGISTRO DE NASCIMENTO	CIP F	
	2.555.863.1E		029-822-973-02	
TIPO DE SAÍDA		DATA DE SAÍDA	DATA DE INTERNAÇÃO	
31		26/11/17	26.11.17	

RESUMO DE ALTA

DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS	PROCEDIMENTOS REALIZADOS
TC de Crânio	

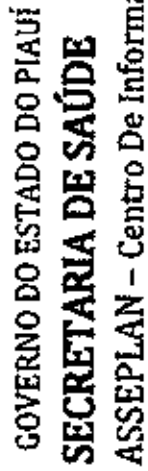
ANAMNESE

Paciente chegou com TC de crânio por acidente de moto em via pública às 4:35, sentindo dor e não conseguindo se mexer, segundo foi informado, a vítima é liberado pelo fone e mandado esperar de 2 a 3 horas para ser liberado, como o paciente não se apressava, os médicos sem a sentença, por isso o SAMU liberou a ambulância.

Saiu às 06:27.

Foi liberado a vítima às 06:28.

ROSA PESSOA
Médica
CRM 1169-PI



FOLHA DE EVOLUÇÃO / PRESCRIÇÃO Unidade: _____

Unidade: _____

ASSEPLAN – Centro De Informações De Saúde

[illegible]

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO		ENF.:	LEITO:	REGISTRO:	RUBRICA
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
		HORARIO MEDICAÇÃO	26.04.17	OBSERVAÇÕES	
		Às 4:55' Dem entrada pela SE, tra- zido pelo SSMU paciente com TCE por acidente automobilístico. Assen- tando lesão corbocombina em região frontal, no graveto arap + nuca de quadril. Glorioso (?). Apresenta conduta desviada para o corpo, nu- travando de fratura. Segue sob caze da equina. Mandando a liberação da nuca para regulação - 06:20' Pt grave, nuca, nuca, nuca, travando (?). Mandando Arbor, para regulação. Solicitado região da sara amical para in- parte do pt. Médica plantonista desidit enviada paciente nuca alto quadro grave e sob orientação do atar de regulação - 06:28' Mandando nuca para regu- larize e encaminhado pt -			
		Assistente Social: Vânia Enfermeira Edição - M 372.103			
		Assistente Social: Vânia Enfermeira Edição - M 372.103			

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO
HOSPITAL MUNICIPAL MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

NOME: Heliton Junior Alves

IDADE:	SEXO:	ENDEREÇO:
34	M	Rua L. A. Alves
		Alagoinha

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO: (escrever com letra legível)

Leitura e interpretação do V.O. de Heliton, após TC de crânio realizado por quem se encontra no momento.

DIAGNÓSTICO:

TC de crânio

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

aspiração

MOTORISTA: Não foi liberado para dirigir para aspirar o C.A. 3 horas para este mês para não se tornar expulso.

VEÍCULO:

MODELO: Fiat 435 PIACA 2 SP seco

HOSPITAL:

SENHA: ID 7818 / 66291720 as 6:28

ROSA PESSOA

Médica
CRM: 1109-PI

DATA: 20/11/2017

Assinatura do médico c/ letra legível e carimbo



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Helton Lima Alves

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 460693

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 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BUKU-UK

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 26/11/2017 08:06:33

DADOS DO PACIENTE:

(Data): VALOR: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

(Local): VALOR: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Nome:	HELITON LIMA ALVES	Prontuário:	460691
Mãe:	GENECI VIEIRA LIMA ALVES	Pai:	FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA
End. Resid.:	RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI - CEP: 64410-000		
Nascimento:	18/07/1986	Idade:	31a:4m:8d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99432-6684
Responsável:	FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA	CNS:	702008362589087
Profissão:		CPF:	029.822.973-02 - RG: -
G. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Casado(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	638777	Data:	26/11/2017 08:02:34	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	Não	Trajetos:	Não	Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente trazido pelo SAMU com história de acidente motociclistas há 4 horas; VA periorbital com dor de caráter crível; torax simétrico, MV(+) bilateralmente; Tachicárdico sem sangramento lesões; ECG: 3 (AD: 3; RV: 20; RM: 4); Abdom. doloroso a palpação, equimose, obiliterado & expulso

SatO2: 95% sem aporte de O2

PA	150 x 80 mmHg	Pulso:	113 bpm	FC:	
Diagnóstico Inicial:	EXAME: <i>Exame físico completo</i>				
	DATA: 26.11.2017 CID: <i>H99.0</i>				

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

DTC de crânio, coluna cervical, tórax e abdome

Atestado de óbito de Castro e Silva
Márcia de Castro e Silva
CRM-PI: 104750
Sócio-HUT
CORRIGIR COM ORIGINAL

ALTA:	☐ Melhoria ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem: ☐ Transferência:
DESTINO:			DATA SAÍDA: ____/____/____
☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs			HORA: ____:____:____
☐ Família ☐ IMPL ☐ Anat. Patol.			☐ Internação na Unidade
			Proced. Solicitado: 04040 20 120 F. Melo
			5026
			CID Compatível:
			Dr. Maria do Amparo F. Melo Cirúrgica e Traumatologia Rua Nelson Faccini - Implantodontista CEP: 64017-770 Fone: 239.978.933-49
			Dr. Leonardo Lima MÉDICO CRM-PI: 6875
			Interação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Cerimbo- Assinatura - Profissional - BE

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

100-100000

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29 / 11 / 12

NOME DO PACIENTE: Heliton Lima Alves	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Geral	Nº DA SALA: 08
CIRURGIÃO: Dr. Ana Luiza	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Geral	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:

Alexandre Bruno Pereira de Sá
Médico - 079758
FONE-FIXO
CONFERE COM ORIGINAL

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 21	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	05		LUVA Nº 7,5	PAR	05	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	200		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL N: 16	UNID.	01	
JELCO Nº 18	UNID.	01		urepom	u	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				• Eletrodo --	unid	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				• Escovas --	"	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				• Tot aramado N: 7	"	01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				• Lido cerina gel	+ b	01	
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	unid	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 4-0	unid	02		CIRCULANTE: Alcantara			
PROLENE Nylon 5-0	"	02					

NOME DO PACIENTE <u>Heliton Lima Alves</u>				Nº DE REGISTRO <u>460691</u>			
DATA: <u>29/11/12</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICÓIDES		ATARÁXICOS OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100					
TEMPERATURA T		SpO ₂ 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO		99-100 99-100 99-100 99-100 99-100 99-100 99-100 99-100 99-100 99-100 99-100 99-100 99-100 99-100					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		V V V V V V V V V V V V V V V V					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		A A A A A A A A A A A A A A A A					
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS <u>General</u>							
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES <u>Dra Ana Luiza</u>							
ANESTESISTAS							
Dra. Amanda Belizário e Silva Médica Anestesiologista - 1829 CRM-PI 3839							
PARTICULARIDADES							
INCIDENTE - ACIDENTE <u>Não</u> CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS = <u>OK</u>							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Heliton Lima Alves

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião Dra. Ana Luiza

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a) Solange Anestesista Genal

Anestesia Dra. Amanda

Anestésico(a)

Data da Operação 29.11.17

Início 10:00 hs

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidentes Durante a Operação

Não Houve

Alameda Bruno César e Castro e Silva
Matrícula: 079758
CONFERE COM ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Indução anestésica + intubação nasotranqueal + antiespasmódico +
apexização dos dentes inferiores + temporamento Unoprix + Isoniazida +
infiltração local + Injeção intravenosa vestibulomaxilar em porção superior
de ângulo (E) + Redução + Fixação com placa 2.0 mm / 2 em porção superior (E)
e 1 placa em ângulo (E) + Alças para Frontozigomático + Inframaxilar (E) +
Vestibulomaxilar (E) + Redução + Fixação com placa 1.5 mm em cada
alça + Remoção do tempor + Bim + Sutura + Remoção do tempor
+ Entrega ao anestesiologista

[Assinatura]
Dra. Ana Luiza
Cirurgiã Especialista em Otorrinolaringologia
Especialização
CR-000000

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 31526
	AIH: 2217102405639

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 702008362589087	NOME DO PACIENTE HELITON LIMA ALVES	NASCIMENTO 18/07/1986	SEXO M	PRONTUÁRIO 460691
DOCUMENTO CPF 8694731769	TELEFONE 8694731769	NOME DA MÃE GENGCI VIEIRA LIMA ALVES	RESPONSÁVEL FRANCISCO	
CEP 64410000	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 000
BAIRRO ZONA RURAL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE MANDIBULA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A CIDMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE FACE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S02.6 - FRATURA DE MANDIBULA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404020500 - OSTEOSINTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA

LEITO/CLÍNICA CLINICA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARIA DO AMARO DE SOUSA FARIAS MELO CPF: 23997893349
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 26/11/2017
DATA ADMISSÃO 26/11/2017 08:02	DATA ALTA 01/12/2017 10:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

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 "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CELSON PINES FERREIRA FILHO CPF: 76356353791	NOME DO PROFISSIONAL / FARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA Alexandre Bruno Oliveira de Castro e Silva Mandato: 020758 SAMH-HUT CONFERE COM ORIGINAL
CRM	CRM
DATA ANALISE: 26/11/2017 12:15:57	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

[illegible]

Mod: 007



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



CONFERENCE ORIGINAL

Mod: 007

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE Heliton de Almeida	PRONTUÁRIO 460691	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO					
DIAGNÓSTICO ATUAL E CONDIÇÕES Inf. Obstr. + Doença Inflamatória	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE							
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 26/10/11 HORA: 10:00		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES							
1) Dieta líquida pastosa	Normal		H	P	A	T	P	R	DIAPYSE	GLUCOSIA
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h			12	18	24	06				
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h										
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h										
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h										
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h										
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h										
7) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia										
8) SSVV										

Dr. Maria do Amparo de S. Melo
Clínica e Radiologia
Rua da Bahia, 238 - 918-933-49
CRO-PI 88371

Marcelo Berto Junior de Castro e Souza
Médico - 078758
CONFERE COM ORIGINAL

MÉDICO/CRM:

12h - Realizado AVPO em glicose
nº 22 em MS
Téc. de Enfermagem
COREN-PI 473 784

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

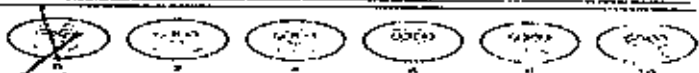
NOME Hililton Lima Alves IDADE _____ anos DATA 29.11 /2017
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA fratura de mandíbula CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>141 / 79</u>	<u>145 / 79</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>59</u>	<u>80</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>93%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Adelina</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desorienta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 80%, mesmo com suprimento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

ASS.

20
 Mario José de Oliveira
 Enfermeiro
 COREN-PI 484.168

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() JVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POE de fratura mandíbula, após exame, monitorado em oxigênio.

Mario José de Oliveira
 Enfermeiro
 COREN-PI 484.168

Ass. Maria José de Oliveira
 Matrícula 1079158
 SAME-PI
 CONFERE COM ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

CRM-PI 6024

MÉDICA

Mário José de Oliveira

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

460691

Internação:

202977

Nome: **HELITON LIMA ALVES**

End. Resid.: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO

Cidade: ANGICAL DO PIAUI - PI

CEP: 64410-000

Sexo:

Masculino

Nascimento:

18/07/1986

Idade:

31a:4m:8d

Estado Civil:

Casado(a)

Profissão:

Internação

Alta

Permanência

Data

26/11/2017

Hora

10:52

Data

01/12/17

Hora

07:55

Diagnósticos:

Cod. CID:

CID Principal:

S 0 2 6

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Paciente melhorado

MEDICAÇÕES:

Antibióticos e Anti-inflamatório

CIRURGIA:

Data:

24/11/17

Tipo:

Redução de fratura

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Atestado para fins de transferência
Márcula - HUT
CONTAR COM ORIGINAL

Tipo de Alta:

() Curado

(X) Melhorado

() Pedido

() Evasão

() Administrativa

() Óbito

() Transferência outro serviço

() Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

460691

Interação:

202977

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: HELITON LIMA ALVES				
End. Resid.: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO				
Cidade: ANGICAL DO PIAUI - PI				
CEP: 64410-000				
Sexo: Masculino	Nascimento: 18/07/1986	Idade: 31a:4m:8d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão:
Admissão: 26/11/2017	G. Instrução: Não informado	Fone: 86-99432-6684	Cartão SUS (CNS): 702008362589087	Procedência: ANGICAL DO PIAUI
Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA			Mãe: GENECI VIEIRA LIMA ALVES	
Responsável: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA				
End. Responsável: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO				
ANGICAL DO PIAUI - PI				
64410-000				
Documento: CPF: 029.822.973-02				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):				
ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 26/11/2017	Hora: 10:52	Data: 01/12/17	Hora: 08:00	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0404020500 - OSTEOSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA				
CID 10: S026 - Fratura de mandíbula				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: 0404020500				
CID 10: S026				
Tratamento Realizado: Redução de fratura.				
Exames Realizados: TC de face.				

Alexandre Diniz Oliveira Escobar Silva
Matrícula: 079758
SALA HUT
CONFERE COM ORIGINAL

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

01/12/17

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 26/11/2017 08:06:33

(VALDENICE MENDES)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: HELITON LIMA ALVES		Prontuário: 460691
Mãe: GENECI VIEIRA LIMA ALVES		Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA
End. Resid.: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI - CEP: 64410-000		
Nascimento: 18/07/1986	Idade: 31a:4m:8d	Sexo: Masculino Fone: 86-99432-6684
Responsável: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA		CNS: 702008362589087
Profissão:		Documento: CPF: 029.822.973-02
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638777	Data: 26/11/2017 08:02:34	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 26/11/17 10:00h	ESPECIALISTA: NCM
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TC Crânio/Cervical: NDN G-lacuna 11, fraturas de verga de do lado esquerdo CO: C2b lacuna	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 26/11/17 10:40

Fratura em uma face P1 superior do crânio com fratura de linha de fratura na face posterior do crânio. TC do crânio com lacuna C2b e fratura de verga de do lado esquerdo. TC do crânio com lacuna C2b e fratura de verga de do lado esquerdo. CO: TC crânio com lacuna C2b e fratura de verga de do lado esquerdo.

Dra. Maria do Amparo de S. F. Melo
Cirurgia Traumatologia
Boca Maxilo Facial - Implantodontista
CRM-PI 9983 / CPF: 029.978.933-49
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: ___/___/___	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT.**

Rua Dr. Otto Tilo 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HELITON LIMA ALVES** (Prontuário: 460681)
Endereço: **RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000**
Nascimento: 18/07/1986 Idade: 31a:4m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638777
Requisição: 793162 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELÉ DE SOUSA LIMA
Controle: 983738 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- CONSOLIDAÇÕES ALVEOLARES HETEROGÊNEAS EM SEGMENTOS POSTERIORES DOS LOBOS INFERIORES.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Assentada em 26/11/2017 na Central de
Matrícula: 079738
SABE HUT
CONFERE COM ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HELITON LIMA ALVES** (Prontuário: 460691)
Endereço: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000
Nascimento: 18/07/1986 Idade: 31a:4m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638777
Requisição: 793162 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 983738 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- CONSOLIDAÇÕES ALVEOLARES HETEROGÊNEAS EM SEGMENTOS POSTERIORES DOS LOBOS INFERIORES.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.503-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Atividade Dividida: Diagnóstico de Causa e Efeito
Matrícula: 4079758
SAÚDE-HUT
CONFERE COM ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICOPaciente: **HELITON LIMA ALVES** (Prontuário: 460691)Endereço: **RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000**

Nascimento: 18/07/1986 Idade: 31a:4m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638777

Requisição: 793161 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA

Controle: 983737 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

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

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Alexandre Bruno Gomes de Castro e Silva
Matrícula: 079766
HUT
CONFERE COM ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HELITON LIMA ALVES** (Prontuário: 460691)
Endereço: RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000
Nascimento: 18/07/1986 Idade: 31a:4m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638777
Requisição: 793160 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 983736 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FÔRAMES NEURAIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Alexsandro Bruno Oliveira de Castro e Silva
Matrícula: 0799758
SAC HUT
CONFERE COM ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tílo 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICOPaciente: **HELITON LIMA ALVES** (Prontuário: 460691)Endereço: **RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000**

Nascimento: 18/07/1986 Idade: 31a:4m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638777

Requisição: 793159 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA

Controle: 983735 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E Pelve DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Alexandre Bruno Oliveira da Costa e Silva
Médico R. 079758
SAÚDE-HUT
CONFERE COM ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 33229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **HELITON LIMA ALVES** (Prontuário: 460691)
Endereço: **RUA LUIZ ALVES S/N - CENTRO - ANGICAL DO PIAUI - PI CEP: 64410-000**
Nascimento: 18/07/1986 Idade: 31a:4m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 638777
Requisição: 793158 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: NAGELE DE SOUSA LIMA
Controle: 983734 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 26/11/2017

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS FACIAIS ASSIM LOCALIZADAS:
 - . PAREDE LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA.
 - . ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
 - . PAREDE POSTERIOR DO SEIO MAXILAR ESQUERDO.
 - . CORPO E RAMO ESQUERDO DA MANDÍBULA.

- HEMOSSINUS MAXILARES.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 26/11/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Alexandre Bruno Oliveira de Castro S22
Matrícula: 028758
HUT
CONFERE COM ORIGINAL

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352-Centro
CEP: 64.001-000 Teresina - PI
CNPJ: 06.553.564/0104-43

RECEITUÁRIO

Nome: Helton Lima Alves

Data Nascimento: 18/07/86

Paciente Helton Lima Alves,
vindo de atendimento odontológico
submetido à tomografia Encefalo
& Face lateral & Mandibular
CETO. S.O.D. 1 e Face &
Mandibular CETO S.O.D. 4.
apresentando lesões nos
máxilas mandibulares

Data: 18/01/18

Maria Cândida de Almeida Lope.
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Dr. CRO 1212 - CPF 000.002.503-48



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

Nome	HELITON LIMA ALVES
Sexo	MASC Idade 31 anos
Médico	MARIA CÂNDIDA DE A. LOPES
Data	14/12/2017
Código	1110104.01

RADIOGRAFIA PANORÂMICA DIGITAL

Exame radiográfico realizado em aparelho panorâmico digital Kodak 8000C, com planos de Frankfurt e Sagital mediano paralelo e perpendicular ao solo, respectivamente, com fatores de exposição: 70 kV, 10 mA e 13 seg.

ACHADOS:

AVALIAÇÃO GERAL

- Microimplantes entre os dentes: 14/13, 11/ 21, 24/25, 35,34, 31,41 e 45/46
- 3ºs molares inferiores semi-inclusos em posição disto-angular

AVALIAÇÃO CORONÁRIA E RADICULAR

- Imagem radiolúcida distal no dente 16
- Restauração radiopaca no dente 46

AVALIAÇÃO ENDODÔNTICA E PERIAPICAL

- Sem imagens sugestivas de lesão óssea de origem endodôntica

AVALIAÇÃO PERIODONTAL E ÓSSEA

- Nível ósseo alveolar de acordo com idade cronológica
- Fixações internas por placas e parafusos metálicos em maxila esquerda, ramo mandibular esquerdo e corpo mandibular direito

O exame radiográfico é um meio auxiliar de diagnóstico que deve ser analisado pelo profissional para correlação clínica e decisão terapêutica.

Sônia Teixeira

Dr.ª Sônia Teixeira
CRO PI - 1159



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Biliana de Sousa Carvalho.RG nº 2.361.213, data de expedição 31/05/2002Órgão SSP, portador do CPF nº 024.745.743.44, comdomicílio na cidade de ANGICAL DO PIAUÍ, no Estado dePIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA LUIS ALVES / BAIRRO LUIS ALVES, nº 511,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima HELITON LIMA ALVES; cujo o condutor eraHELITON LIMA ALVES.Veículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA / NXP 160 BROS.Ano: 2014 MODELO 2015Placa: PSB - 9603Chassi: 9C 2K D0 830 FR 40 9373Data do Acidente: 26 DE NOVEMBRO DE 2017Local e Data: ANGICAL DO PIAUÍ.Biliana de Sousa Carvalho.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Assinatura(s) firmada(s) verdadeira(s) -
na de Biliana de Sousa Carvalho

 Angical do Piauí (PI), 32/04/2018
Mosquit
 Maria Olineide da Silva Freitas
 Analista Judicial
 Mat. 405339-7





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO-PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



SAMU
192

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR		Nome do Solicitante: Fone Solicitante:
DATA: 30/11/13 DIA DA SEMANA: Seg ☐ Ter ☐ Qua ☐ Qui ☐ Sex ☐ Sab ☐ Dom ☒		
DADOS DO CHAMADO	LOCAL DA OCORRÊNCIA: Endereço: <u>Colônia Santíssima Teresina</u> Ponto de referência:	
	DADOS DO PACIENTE Nome: <u>Waldemar Lima Alves</u> Idade: <u>31 anos</u> Sexo: M ☒ F ☐	
	CONTROLE DA UNIDADE 1 Saída do P.A. <u>4:13</u> h 2 Chegada ao Local <u>4:20</u> h 3 Saída do Local <u>4:33</u> h 4 Chegada ao Hospital <u>4:36</u> h 5 Saída do Hospital <u>6:31</u> h 6 Chegada ao P.A. <u>6:39</u> h	
	HOSPITAL DE DESTINO Hospital Maria de Lourdes Leal Nunes ☒ H.U.T. ☐ Outros: _____	
	APOIO SOLICITADO Polícia Militar ☒ Polícia Civil ☐ CAPS ☐ Outros: _____	
TIPO DE OCORRÊNCIA	Acidente de Trânsito ☒ Queimadura ☐ Choque Elétrico ☐ Queda ☐ Transferência ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Suicídio ☐ Urg. Obstétrica ☐ Já removido ☐ Urg. Psiquiátrica ☐ Urg. Pediátrica ☐ Envenenamento ☐ Falso Chamado ☐ Urgência Clínica ☐ Outros: _____	
	INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA Sim ☒ Não ☐	
EXAME FÍSICO	GLASGOW <u>08</u> NÍVEL DE CONCIÊNCIA Consciente ☒ Inconsciente ☐	
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea ☐ 3 - Ao Som ☐ 2 - À Pressão ☐ 1 - Ausente ☐ NT - Não Testável ☐	RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada ☐ 4 - Confusa ☐ 3 - Palavras ☐ 2 - Sons ☐ 1 - Ausente ☐ NT - Não Testável ☐
	PUPILAS Iguais ☐ Desiguais ☐	RESPOSTA MOTORA 6 - A ordens ☐ 5 - Localizadora ☐ 4 - Flexão normal ☐ 3 - Flexão anormal ☐ 2 - Extensão ☐ 1 - Ausente ☐ NT - Não Testável ☐
	PULSO Forte ☐ Fino ☐ Ausente ☐	HEMORRAGIA Ausente ☐ Mínimo ☐ Moderado ☐ Intenso ☐
PROC. REALIZADOS	SINAIS VITAIS 1º FC <u>98</u> bpm R <u>18</u> rpm T <u>35,4</u> °C P.A. <u>140/90</u> mmHg Sat. O ₂ <u>95</u> % GCAP <u>131</u> mg/dL	
	SINAIS VITAIS 2º FC _____ bpm R _____ rpm T _____ °C P.A. _____ mmHg Sat. O ₂ _____ % GCAP _____ mg/dL	
RCP ☐ Prancha ☒ Aspiração ☒ Oxigênio ☒ Curativos ☒ Hemostasia ☐ Acesso Venoso ☒ Monitorização ☐ Colar Cervical ☐ KED ☐ Ass. Obstétrica ☐ Outros: _____ Imobilização de extremidades ☐ Conduta médica ☐		
ENTRADA NO HOSPITAL Melhorado ☐ Piorando ☐ Inalterado ☐ Óbito antes do Socorro ☐ Óbito no transporte ☐		

OBSERVAÇÕES: Doente vítima de acidente de trânsito, queda de moto, ao chegar ao local encontrava-se em decúbito dorsal em via pública. Fez avaliação das suas funções com controle cardíaco, respiração e hemodinâmica estável. No momento não houve nenhuma alteração vital. Ao ser avaliado Glasgow - 08, segue representando a vítima da região Teresina, sendo encaminhado ao Hospital Maria de Lourdes Leal Nunes em Teresina - PI.

ENFERMEIRA: Rosa Pessoa
Téc. Enfermagem: Carla da Conceição
Condutor: Edilson da Silva

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSPITAL
ROSA PESSOA
Médica
CRM: 1169-PI



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 029.822.973-02	Nome completo da vítima HELITON LIMA ALVES
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo HELITON LIMA ALVES	CPF titular da conta 029.822.973-02	Profissão AUTÔNOMO
Endereço RUA LUIS ALVES	Número 514	Complemento
Bairro LUIS ALVES	Cidade ANGICAL DO PIAUÍ	Estado PIAUÍ
Email LILICARVALHO@OUTLOOK.COM	CEP 64.410-000	Telefone (DDD) (96) 99622-0502

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3823	D/V 	CONTA NRO. 00033931	D/V 4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome 	NRO
AGÊNCIA NRO. 	D/V
CONTA NRO. 	D/V
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

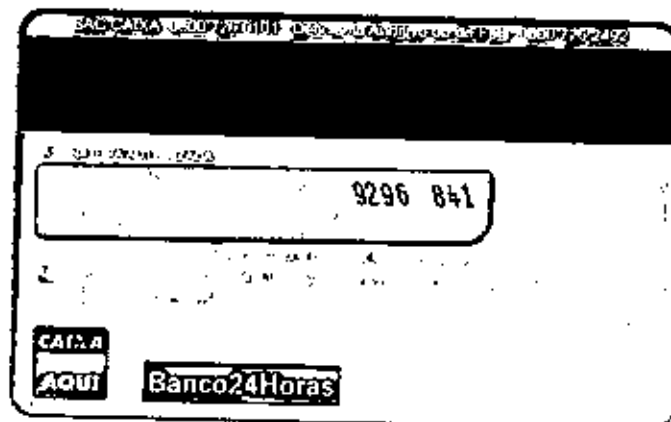
ANGICAL DO PIAUÍ, 16 de **ABRIL** de 2018

Local e Data

Heliton Lima Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Loteria

Loterias CAIXA

CAIXA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

106-377687547-1

10/ABR/2018

HORA DE 11:03:49

107.16.018187-9
LOCALIDADE: ANGICAL DO PIAUI
NO. VINCULADA: 3827

TERM 016547

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

3827.00011931-4

NOME: HELITON LIMA ALVES

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE: 04/03/2012
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO	
20/03	33,89 C	
30/04	0,64 C	
RESUMO EM 13/04	34,53	
SALDO		
RESUMO DO DIA	0,00	
SALDO BLOQUEADO	34,53 C	
SALDO DISPONIVEL	34,53 C	
SALDO TOTAL		

106-377687547-1

10 VIA



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1245 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 132579.000099/2018-73

Unidade de Registro: DP DE AMARANTE

Resp. pelo Registro: Paulo Henrique Lopes Maranhão

Data/Hora: 22/03/2018 - 11:28

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE REGENERAÇÃO

26/11/2017 - 04:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

REGENERAÇÃO

Endereço

BR 343 PRÓXIMO A ENTRADA DE REGENERAÇÃO, Nº:

Complemento

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: HELTON LIMA ALVES

RG: 2555863 SSP PI

Mãe: GENECI VIEIRA LIMA ALVES

Pat: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES PEREIRA

Endereço: RUA LUÍS ALVES, Nº SN

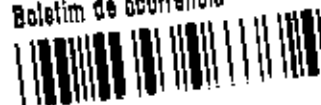
Complemento: PRÓXIMO A IGREJA

Bairro: LUIS ALVES

Cidade: ANGICAL DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Boletim de ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. Outros

2015 PIB9601

9C2KD0810FR409373

01036510201

Vermelha

Condutor: HELTON LIMA ALVES

RG: 2555863 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA LUÍS ALVES Número: SN Complemento: PRÓXIMO A IGREJA

Cidade: ANGICAL DO PIAUÍ UF: PI Bairro: LUIS ALVES

Proprietário: LILIANA DE SOUSA CARVALHO

End: RUA LUIS ALVES Número: SN

Cidade: ANGICAL DO PIAUÍ UF: PI Bairro: LUIS ALVES

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL NO DIA E HORÁRIO SUPRACITADO PARA INFORMAR QUE TRANSITAVA NA RODOVIA NA ENTRADA DE REGENERAÇÃO PRÓXIMO A BR 343 NA MOTOCICLETA HONDA/NDR 160 BROS PLACA PIB 9601, COR VERMELHA, CHASSI 9C2KD0810FR409373, RENAVAM 01036510201, ANO 2014 MODELO 2015 DA CIDADE DE ANGICAL DO PIAUÍ EM NOME DE LILIANA DE SOUSA CARVALHO; QUE TRAFEGAVA NA RODOVIA PRÓXIMO A ENTRADA DE REGENERAÇÃO SENTIDO REGENERAÇÃO PARA ANGICAL, QUANDO DE REPENTE UM CACHORRO ENTRA NA FRENTE DA MOTOCICLETA, CHEGANDO O NOTICIANTE COLIDIR NO CACHORRO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAINDO AO SOLO; QUE O NOTICIANTE DESMAIOU E FOI ATENDIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) DE REGENERAÇÃO E LEVADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE REGENERAÇÃO, MARIA DE LOURDES LEAL NUNES, DEPOIS PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA (HUT); QUE DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO MÉDICO O NOTICIANTE APRESENTOU TC DE CRANIANO POR QUEDA DE MOTO. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

CERTIDÃO

Certifico que a presente fotocópia
conferiu com original que me foi apresentado
para autenticação. O referido é verdade.
Angical do Piauí (PI).

05/04/2018

Maria Ulmeide da Silva Freitas
Analista Judicial



26-488-2918 09:18 587744 1/1
LIDER NANT GP
N 132579.000099



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1245 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 132579.000099/2018-73

Paulo Henrique Lopes Maranhão - Mat. 2990857
AGENTE DE POLÍCIA

x *Helton Lima Alves*
HELTON LIMA ALVES - Noticiante
Responsável pela Informação

Bel. Orony Norberto Neto
Delegado de Polícia
Delegado de Polícia Civil-PI
Matrícula: 272256-9
Max 272-256-9



CERTIDÃO

Certifico que a presente fotocópia
conferir com original que me foi apresentado
para autenticação. O referido é verdade.
Angical do Piauí (PI). *05/04/2018*

Maria Olineide da Silva Freitas
Analista Judicial
Mat. 405339-7