

# 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: 31/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: DOMINGOS FRANCA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03834

CONTA: 000000029532-3

---

Nr. da Autenticação 658B683B286E6950

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180497974

**Cidade:** Esperantina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** DOMINGOS FRANCA PEREIRA

**Data do acidente:** 22/06/2018

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

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

**Data da análise:** 26/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180497974 **Cidade:** Esperantina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOMINGOS FRANCA PEREIRA **Data do acidente:** 22/06/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 26/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



MAL DEODORO, CENTRO  
CENTRO, ESPERANTINA/PI - 64180-000  
CNPJ: 06553564000308  
(86) 3383-1193 - ( )

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0163119  
Data: 22/06/2018  
Funcionario: DANILO

Registro: 61413  
Hora: 17:31:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 106

SUS

**DOMINGOS FRANCA PEREIRA**

Nasc.: 19/02/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 3 DIAS Profissão:

End.: VIEIRA, 0

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: ESPERANTINA/PI

Cor: PARDA

Telefone: ( )

Mãe: ERENITA DE FRANCA

Pai: RAIMUNDO NONATO PEREIRA

Clinica: ENFERMAGEM

Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DR JULIO HARTMAN

Responsavel: DOMINGOS FRANCA PEREIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

**Procedimentos**

22/06/2018 17:31 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☒ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

doença de novo

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Frases tibol ①

Procedimentos/exames realizados:

\* Valtarin 75 (m)

\* Dipirona - 2400 (m)



Ass. Técnico

Dr. Alexandre Fontes Ribeiro  
Clínica Médica - Cardiologia  
CRM-PI 2407

Jessica Ferreira da Silva

Responsavel: DOMINGOS FRANCA PEREIRA

1 - HOSPITAL ESTADUAL DR JULIO HARTMAN



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS  
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRANSFERÊNCIA

DATA: 22/06/18 HORA: 18:40 Nº DO TELEFONE: 3383-1193  
HOSPITAL SOLICITANTE: Julio Hartman MUNICIPIO: Esperantina  
MÉDICO: Alexandre CRM: 2497

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetria ( ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outros

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 898.0040.3027.0389

Nome: Domingos Franca Pereira dm: 19/02/84

Idade: 34 anos Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino

HDA: Idade dentro de idade adequada, com  
quebra da moto.  
Fratura humeral (D).

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

COMPANHIA SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Teresina-PI CEP: 64.002-470

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localizado
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax:      °C P:      bpm R:      mrm PA:      mmHg Sat O<sub>2</sub>:      Glicemia:      mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venosa
- ( ) Aspiração ( ) Medicação
- ( ) Curativo ( ) Outros

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DESTINO

Hospital: HEA

Clinica / Posto:     

Senha: 2018 06 22 06 2581

Assinatura e Carimbo do Médico

P.A.:

1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

2 - CNES  
8015899  
4 - CNES  
8015899

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
DOMINGOS FRANCA PEREIRA  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
898004030270389  
10 - NOME DA MÃE  
EREMITA DE FRANCA  
12 - ENDEREÇO  
LOCALIDADE VIEIRA, 0 - ZONA RURAL  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
ESPERANTINA

8 - DATA DE NASCIMENTO  
19/02/1984

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
170787  
9 - SEXO  
Masculino X 1 Feminino 2  
11 - TELEFONE DE CONTATO  
(86) 9955-52695

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO  
1707405  
15 - UF  
PI  
16 - CEP  
64180-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Acidente e fratura  
em pé e u  
lar, fratura*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

*Necessidade de todo o corpo*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

*Fratura no pé E.*

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO  
(x) CNS (x) EPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
23/06/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

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

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS (x) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## LAUDO CIRURGICO

Nº DO ATEND.: 1022499	PACIENTE: DOMINGOS FRANCA PEREIRA	
DIAGNOSTICO: Fratura omb. pma E	OPERACAO:	Redup cirurgica
DATA: 28.08.18.	INTERVENCAO:	
CIRURGIAO: Dr. Bruno.	AUXILIARES:	Dr. Osmar.
ANESTESISTA:	PRE-MEDICACAO	
INTERVENCAO: INICIO	TERMINO	DURACAO

DESCRICAO DO ATO OPERATORIO  
(TECNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)

(TECNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)

- 1) ~~Trate~~ em seguida sel 10h  
após esse
- 2) Sep e ligue de prova E.
- 3) Fritas mais claras e limpas por  
per
- 4) Ligar mais forte e furar y  
procria DCL colar e pastar esse

LAUDO DO ANESTESISTA	
ANESTESISTA: INICIO	TERMINO
TIPO DE ANESTESIA	AGENTE

DURACAC®

VOLUME

MEDICACAO NA S. O.

Dr. Bernardo Suarez F.  
Presidente del Jurado  
2022 TERCER SEMESTRE

[illegible]

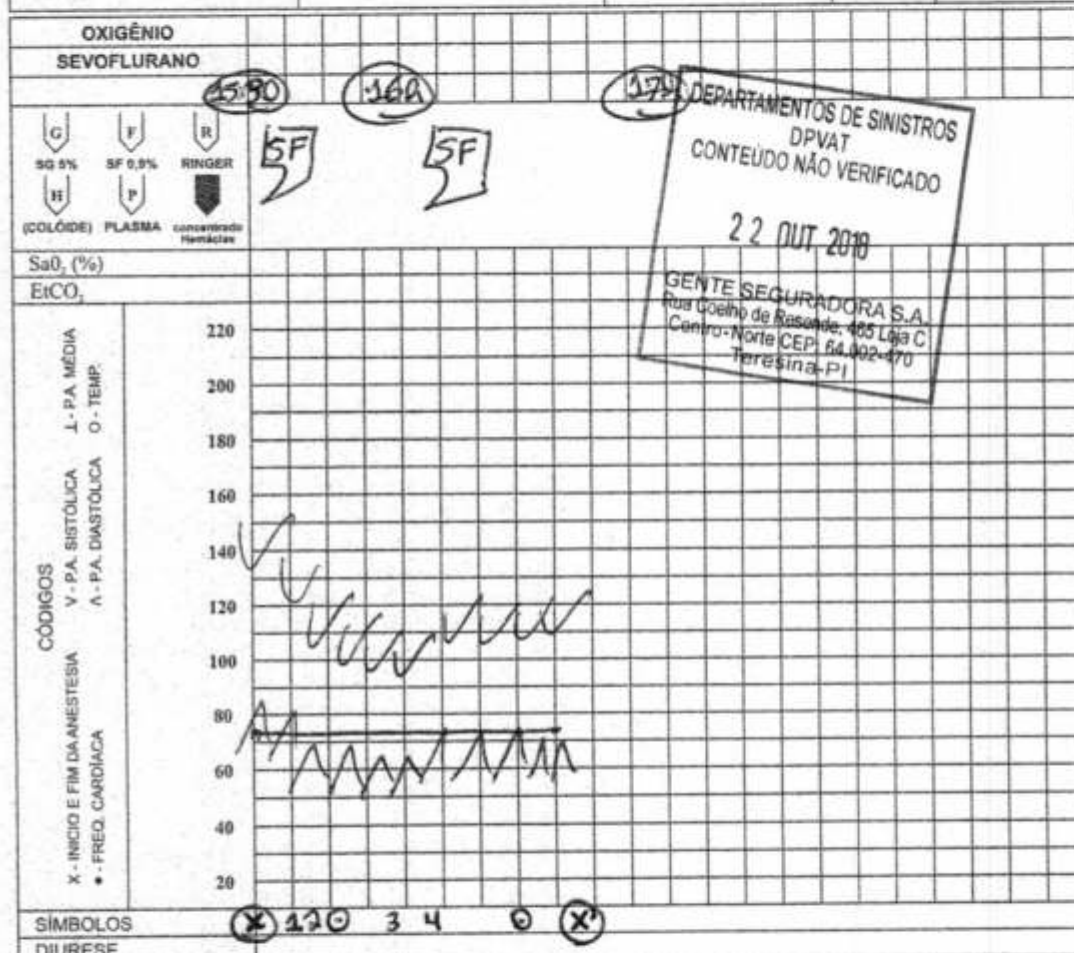
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
22 OUT 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro, Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi



### BOLETIM DE ANESTESIA

DATA:	28/06/18	SALA:	03
PRONTUÁRIO	170787		

PACIENTE		IDADE		DATA DE NASC		PESO	SEXO
Domingos França Pereira							M
PROCEDIMENTO		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		ESTADO FÍSICO ASA	
Cateterismo de t. br. direita						I	
PRESSÃO ARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS	
HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	CREATININA			



### SEQUÊNCIA

- Testado o aparelho de anestesia + Monitorização + Remoção da via aérea em 15:30
- Requisição: pessoa saudável, sem sintomas, via aérea, L3-L4, com agulha de Quek. 28G, agulha de Supracardio 18G, agulha 22G, Suf + Mid + Prop + Ket + Etomidato 100mg IV + Tranquilizante 100mg IV + Etomidato 100mg IV (Anestesia no Sono)
- Midazolam 5mg IV + Propofol 50mg IV
- Etomidato 10mg IV
- A SRPA

INÍCIO 15:30 FIM 16:40  
DURAÇÃO 70min

Técnica Anestésica: Ragusaetia + Sedação Vênosa

Observações:

Taxima > 6 litros

<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub>	
<input type="checkbox"/> PAM	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/>	
GASES	l/min.	Início	Fim	Tempo
Oxigênio				
Ar Medicinal				

### MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Remifentanil	Fras
Adrenalina	Amp	Dormonid	Amp	Nipride	Amp	Ranitidina	Amp
Água dest. 10ml	Amp	Efortil	Amp	Noradrenalina	Amp	Ringer-Lactado	Fras
Cipro 200mg	Fras	Efedrina	Amp	Neocaina 0,5% pesada	Amp	Sufentanil	Amp
Cefazolina 1g	Amp	Fentanil (s/cons)	Amp	Neocaina 0,5% isobar	Amp	S. Fisiol. 0,9%	Fras
Clonidina	Amp	Fentanil (frasco)	Fras	Omeprazol	Fras	S. glicosado 5%	Fras
Colóide ( )	Fras	Sevoflurano	MI	Pancurônio	Amp	Atracúrio	Amp
Dexametasona	Amp	Hidrocodiona	Fras	Propofol	Fras	Transamin	Amp
Diazepam	Amp	Isoflurano	MI	Propofol	Fras	Novabupr 0,5% v	Fras
Dimorf	Amp	Manitol	Fras	Protamina	Amp	Lidocaina 2% v	Fras
Dipirona	Amp	Metronidazol	Fras	Quelcin	Fras		
Dobutamina	Amp	Narcan	Amp	Quetamina	Fras		

Anestesiologista - CRM Dr. Samuel Darcy Vêras F. de Araújo  
Médico Anestesiologista  
CRM-PI: 4497 ROE: 2855  
CPF: 014.347.283-66

Secretaria de Estado da Saúde / SESAPI  
Avenida Pedro Freitas, 51N, Bloco A, Centro Administrativo  
CEP 64018-900 - Teresina, Piauí, Brasil  
Telefone: 86 3216.1583  
www.saude.pi.gov.br



## GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



## NOTA DE SALA DE CIRURGIA

NOME: Domingos J. R. R. R.

INICIO: \_\_\_\_\_ HORA. TÉRMINO: \_\_\_\_\_ HORA DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Bernardo1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: Samuel

## MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Adrenalina	amp		Neocaína pesada	amp	01
Água estéril 10mL	amp		Neocaína s/ vaso	amp	
Atropina	amp		Ocitocina	amp	
Clorpromazina	amp		Pancurônio	amp	
Dexametazona 4mg/2mL	amp	01	Petidina 50mg/2mL	amp	01
Diazepam 10mg	amp		Plasil 10mg	amp	
Dimorf	amp	01	Propofol 1%, 20mL	amp	
Dopamina	amp		Prostigmine	amp	
Dormonid 15mg/3mL	amp		Soro Fisiológico 0,9%, 500mL	fr	03
Efortil 10mg/1mL	amp		Soro Glicosado 5%, 500mL	fr	
Enflurano	mL		Soro Ringer c/ lactato	fr	
Fenergam 50mg	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Fentanil	fr		Suxametônio 100mg	fr	
Halotano	mL		Tionembutal	fr	
Haloperidol	amp		Transamin	amp	
Ketalar	fr		Xilocaina 2% s/ vaso	fr	
Methergim	amp		Xilocaina 2% c/ vaso	fr	
Naloxona	amp		Xilocaina 5% (pesada)	fr	
Neocaína c/ vaso	amp		Tenoxicam		01
Etilefrina	AMP	01	Bromoprida		01
Clonidina		01	azulatina		02

## MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Abocath n° 20	um		Algodão c/ agulha n°	env	
Agulha descart. 40x12,25x7	uma	3,2	Algodão c/ agulha n°	env	
Agulha p/ raque n° 27	uma		Algodão s/ agulha n°	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha n°	env	
Atadura de crepom tam.: 30 cm	rolo	03	Cat gut simples c/ agulha n°	env	
Atadura gessada tam.:	rolo		Cat gut simples c/ agulha n°	env	
Dreno de tórax	um		Cat Gut Crom. c/ agulha n°	env	
Dreno penrose	um		Cat Gut Crom. c/ agulha n°	env	
Equipo p/ macrogotas	um	01	Mononylon n° 2-0	env	02
Equipo p/ transfusão sanguínea	um		Mononylon n°	env	
Lâmina p/ bisturi n° 24	uma	01	Prolene n°	env	
Luva estéril n° 7,8,5,8	par	1,1,1	Prolene n°	env	
Luva p/ proced. n° 8	par		Vicryl n°	env	
Scalp n°	um		Vicryl n°	env	
Sonda foley 2 vias n°	uma		escolas diámanete		03
Sonda foley 3 vias n°	uma		02	mm³	
Sonda nasogástrica n°	uma		alringas-10,20,5		3,2,1
Sonda vesical simples n°	uma				
Coletor de urina	um				
Clamp umbilical	um				

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM ☐ NÃO ☐

QUAL O MATERIAL USADO? \_\_\_\_\_

## CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:

DATA: 23/06/18

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIETA LIVRE

VOLTAREN 75 MG IM 12/12HS

DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6HS SN

ELEVAR MEMBRO

S VITAIS 6/6HS

HEDA

DOMINGOS FRANÇA

Dr. Bernardo Sousa Filho  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM 2623 TEOP/SS06

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Nº DO PRONTUÁRIO:

Nº FI

CORREDOIR

3

PAC COM FRATURA OSSOS PERNA  
SOLICITADO EXAMES PRE OP



PRESCRIÇÃO:

DATA: 24/06/10

HORARIO:

EVOLUÇÃO:

DIETA LIVRE ATE 22HS

VOLTAREN 75 MG IM 12/12HS

DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6HS SN

ELEVAR MEMBRO

S VITAIS 6/6HS

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*  
 Dr. Pernambuco Sousa Filho  
 Médica / Titular  
 CRM - 26371/01 6903

**HEDA**

HOSPITAL ESTADUAL DE MEDICINA VETERINÁRIA

DOMINGOS FRANÇA


PAC COM FRATURA OSSOS PERNA  
 HEMOGRAMA OK  
 CIRURGIA PROG P AMANHÃ

Nº DO PRONTUÁRIO:

Nº FI

CORREDOR

03

*Handwritten number 11*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2010

GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI

**PRESCRIÇÃO:**

**DATA:** 25/06/2018

DIETA LIVRE

DIPIRONA 1 CP VO 6/6 HS S/N<sub>4</sub>

DICLOFENACO 1 CP VO 12/ 12HS S/N<sub>4</sub>  
SSV + CCGG

**HORÁRIO**

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

FRATURA TÍBIA  
PRE OP OK

**HEDA**

DOMINGOS FRANCA PEREIRA

RESIDENTE EM ESTÁGIO DE ORTODONTIA

Nº DO PRONTUÁRIO:

Nº FI

11-03

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Dr. b. Linhares Jr  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 3354 / TEOT 9846



## CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:

DATA: 26/06/2018

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIETA LIVRE

DIPIRONA 1 CP VO 6/6 HS S/N

DICLOFENACO 1 CP VO 12/ 12HS S/N

HEPARINA 5000 UI SC 12/ 12HS

SSV + CCGG

20h. PA. 100x70mmHg

HEDA

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

DOMINGOS FRANCA PEREIRA


Nº DO PRONTUÁRIO:

11-03

Nº FI

FRATURA TIBIA  
PRE OP OKDEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coolho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI  
Ismar B. Linhares Jr.  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 13347 TFC 0846



GOVERNO  
DO PLAI

## GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

**PARNAIBA - PIAUI**

NOME

IDADE

LEITO 21/3

DATA 25 / 06 / 18

**EDDA**

HOSPITAL ESTADUAL DRICEU ARAUJO E FIDELIS

## PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  DPVAT  CONTEÚDO NÃO VERIFICADO    22 OUT 2018    GENTE SEGURADORA S.A.  Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  Centro-Norte CEP: 64.002-470  Teresina-PI </div>	<p>Às 16:55 pte. coorientado, fôse a sup-  nária, a filha, a coorienta-  dieta oral o porcida, Me-  momento seu que se a-  de dea. Cy- Para ad-  mento. <u>Manoel</u>  <u>66775</u></p> <p>26/06/18 às 18:10 pte. segue  consciente, coorientado,  fôse a sup-  nária, a coorienta-  dieta oral o porcida, Me-  momento seu que se a-  de dea. Cy- Para ad-  mento. <u>Manoel</u>  <u>66775</u></p> <p>26/06/18 às 18:10 pte. segue  consciente, coorientado,  fôse a sup-  nária, a coorienta-  dieta oral o porcida, Me-  momento seu que se a-  de dea. Cy- Para ad-  mento. <u>Manoel</u>  <u>66775</u></p>

## CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:

DATA: 27/06/2018

DIETA LIVRE

DIPIRONA 1 AMP IM 6/6 HS S/N

DICLOFENACO 1 CP VO 12/12 HS S/N

HEPARINA 5000 UI SC 12/12 HS

SSV + CCGG

(Suspendido)

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

FRATURA TIBIA

PRE OP OK

Dr. Fabrício O. Almeida  
Ortopedista Traumatologista  
CRM: 15019 - RQE: 15019

HEDA

DOMINGOS FRANCA PEREIRA

Nº DO PRONTUÁRIO:

Nº FI

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

11-03

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 JUL 2018

GENTE SEGURODORA S.A.  
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



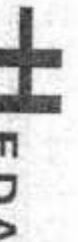
GOVERNO DO ESTADO  
**Piauí**

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNAÍBA - PI



Hospital Estadual Dirceu Arcoverde

Parnaíba - Piauí

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO

MÉDICA

NOME

Dr. Dirceu Arcoverde

IDADE

LEITO

11/3 DATA 24/08/18

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

QUANT.

EVOLUÇÃO MÉDICA

151 - opustein

1 Diste 2uo de

cena 4x/ds entress

2 Sfois 1000ml/ds

2 Ce faldotren 1,0g Tm

4 414m

4 1 pucua 12.81eu

4 61eu, 2

4 4ey. Andia 1000ml

4 2 112u

6 Vout 10u 12u

4 12u2u

3 S. can de

receto qu  
por fe Tm  
atua para E

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Dr. Benedito Sousa Filho  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - 2823 TEOT 8808

Dr. Benedito Sousa Filho  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - 2823 TEOT 8808









## CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:

DATA:30/06/2018

ALTA HOSPITALAR

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

PAC NO 2 PO DE RED CIRURGICA FRAT DE OSSOS

PERNA

FERIDA OK

RX CONTROLE OK

*[Signature]*  
Dr. Fabricio O. Almeida  
Ortopedista Traumatologista  
CRMPI 28727-7  
RQE 2488

**HEDA**

DOMINGOS FRANCA PEREIRA

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

N° DO PRONTUÁRIO:

N° FI

11-03

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



# HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

CNPJ: 06553564015593

Telefone: (86) 3323-7188

RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - RODOVIÁRIA - PARNAIBA/PI

Atendimento: E069970 *ee*



INTERNADO

Coletado:

Data: 23/06/2018

Paciente: DOMINGOS FRANCA PEREIRA

Médico(a): VITOR FIGUEIREDO CARNEIRO

Convênio: SUS

Leito: 1101 Enfermaria: 011

Sexo: MASCULINO

Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 4 DIAS

Impresso: 23/06/2018

## HEMOGRAMA

Material:

Método:

### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	5,04 milhões/mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 milhões/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINA	14,1 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	42,2 %	40 a 52 %
VCM	83,73 u <sup>3</sup>	80 a 100 u <sup>3</sup>
HCM	27,98 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,41 %	31 a 36 %
OBSERVAÇÕES		

### LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	8600 mm <sup>3</sup>	4.500 a 11.000 /mm <sup>3</sup>
MIELÓCITOS	00 %	
METAMIELOCITOS	00 %	
BASTONETES	02 %	0 a 1 % Até 100 /mm <sup>3</sup>
SEGMENTADOS	70 %	0 a 4 % Até 400 /mm <sup>3</sup>
BASÓFILOS	00 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm <sup>3</sup>
EOSINÓFILOS	00 %	0 a 1 % Até 100 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS	24 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm <sup>3</sup>
MONÓCITOS	04 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm <sup>3</sup>
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm <sup>3</sup>
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS		
OBSERVAÇÕES	230.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÃO GERAL: HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCRÔMICAS. LEUCÓCITOS SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS. PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

3860-VALDENISE CARVALHO DE SOUSA

## TERMO DE CONSENTIMENTO- PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Obs.: Na impossibilidade de assinatura pelo paciente, sempre preencher os dados Representante ou responsável Legal.

Nome do Representante: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima, podendo ocorrer infecções, sangramentos, problemas cardiovasculares

2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos (como, por exemplo, infecções, sangramentos, problemas cardiovasculares), benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.

3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.

4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: \_\_\_\_\_

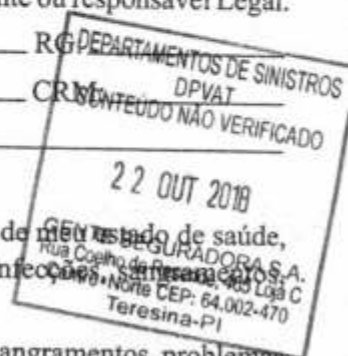
Parnaíba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

## TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo por todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Parnaíba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_



14. Responsável pelo  
Exame / Teste  
Data: 22/10/2018





### Controle dos Cuidados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

PACIENTE: <u>Domingos Trauca Pereira</u>	ALERGIA A:
DATA: <u>28/06/2018</u>	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <u>17:05</u>
CIRURGIA REALIZADA: <u>Inal. Tibial ①</u>	<u>Não</u>
TIPO DE ANESTESIA: <u>Raqui</u>	
INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATÓRIAS:	

SINAIS VITAIS	HORÁRIOS									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1h30	2h	2h30	3h	SAÍDA
P.A.	109x52	107x54	111x60	112x59	119x70					
F.C./PULSO	59	64	55	53	51					
TEMPERATURA	34,5	33,0	33,3	33,5	3					
OXIMETRIA	99	99	99	100						
FREQ. RESPIRATÓRIO	21	20	19	18						

### Escala de Aldrete e Krorlik:

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	Admissão	15'	30'	45'	60'		Saída
<b>CONSCIÊNCIA</b> Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao Chamado = 0	1	1	1	2	2		2
<b>ATIVIDADE MOTORA</b> Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	1	1	1	1	2		2
<b>RESPIRAÇÃO</b> Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispnéia = 1 Apnéia = 0	2	2	2	2	2		2
<b>CIRCULAÇÃO</b> 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	2	2	2	2	2		2
<b>SpO<sub>2</sub></b> Mantém SpO <sub>2</sub> > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO <sub>2</sub> > 90% em O <sub>2</sub> = 1 Mantém SpO <sub>2</sub> < 90% em O <sub>2</sub> = 0	2	2	2	2	2		2
<b>TOTAL DE PONTOS</b> APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS	8	8	8	9	10		

Alta da SRPA com 10 pontos, às 19 horas. Anestesista: Samuel Darcy Vitor de Araújo

### Escala da dor:

Ao Chegar na SRPA	Ao Sair da SRPA
<p>0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)</p>	<p>0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)</p>

### Escala Modificada de Bromage (para os pacientes submetidos a anestésias regionais: Raqui-anestesia ou Anestesia Peridural):

Parâmetro	Valor
Sem bloqueio motor	0
Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levanta a perna	1
Pode mover apenas o pé.	2
Não pode mover pé ou joelho	3

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
UPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Secretaria de Estado da Saúde  
Av. Pedro Freitas s/n - Centro Administrativo - Bloco A  
(86) 3216-3595 - 64018-200 - Teresina-PJ

22 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PJ

Hospital Estadual Dirceu Arcoverde  
Rua Rodrigo Coimbra, nº 1650 - Rodoviária  
(86) 3323-7188 - 64216-470 - Parnaíba-PI  
www.heda.pi.gov.br



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SRPA

Admissão:

Necessidades	Características	Observação
Necessidades neurológicas	Comportamento: <input checked="" type="checkbox"/> calmo; ( ) agitado; ( ) agressivo; ( ) apático. Nível de consciência: ( ) acordado; ( ) sonolento; ( ) lúcido; ( ) sonolento. Dor: <input checked="" type="checkbox"/> ausente; ( ) presente. Local	
Necessidade respiratória	Via aérea: <input checked="" type="checkbox"/> pérvia; ( ) parcialmente obstruída. AP: ( ) MV +; ( ) roncos; ( ) sibilos ( ) estertores. Nível ventilatório: ( ) Traqueostomia; ( ) Intubação traqueal; ( ) Oxigenoterapia por máscara de Venturi; ( ) Oxigenoterapia por cateter de O2; <input checked="" type="checkbox"/> ar ambiente.	
Necessidades cardiovasculares	FC: <input checked="" type="checkbox"/> normal ___ bpm; ( ) bradicardia ___ bpm; ( ) taquicardia ___ bpm.	
Necessidades gastrointestinais	( ) SNG; ( ) SNE; ( ) Gastrostomia; ( ) Jejunostomia; ( ) Ostomia Náuseas: <input checked="" type="checkbox"/> ausente; ( ) presente. Vômitos: <input checked="" type="checkbox"/> ausente; ( ) presente. Abdome: ( ) plano; ( ) globoso; <input checked="" type="checkbox"/> flácido; ( ) distendido.	
Necessidades renais	Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> ausente; ( ) espontânea; ( ) SVA; ( ) SVD.	
Necessidades tegmentares	<input checked="" type="checkbox"/> Hidratado; ( ) Desidratado; ( ) Corado; ( ) Ictérico; ( ) Edemaciado. Acesso: <input checked="" type="checkbox"/> AVP; ( ) dissecação venosa; ( ) punção jugular; ( ) punção de subclávia.	
Incisão cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Limpa ( ) Parcialmente embebida de sangue ( ) Totalmente embebida em sangue. Dreno: ( ) Penrose; ( ) torácico; ( ) sucção.	

Responsável: Adad. Enfermagem Rita

Intervenções de enfermagem para a SRPA Data: 28/06/18

Ação de Enfermagem	Horário	Executante
<input checked="" type="checkbox"/> Instalar monitoração.		
<input checked="" type="checkbox"/> Aquecer o cliente até melhora da temperatura corporal.		
( ) Administrar oxigênio úmido ___ litro/mim, de acordo com prescrição médica.		
<input checked="" type="checkbox"/> Observar sangramentos na incisão cirúrgica.		
<input checked="" type="checkbox"/> Controlar SSVV, segundo rotina.		
<input checked="" type="checkbox"/> Observar a presença de vômitos e/ou náuseas.		
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar nível de consciência.		
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar dor, segundo rotina.		
<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar Escala de Aldrete e Krorlik		
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Condições na alta da SRPA:

Estado de vigília	( ) acordado; ( ) sonolento; ( ) lúcido; ( ) sonolento.
Nível ventilatório	( ) Traqueostomia; ( ) Intubação traqueal; ( ) Oxigenoterapia por máscara de Venturi; ( ) Oxigenoterapia por cateter de O2; ( ) ar ambiente.
Curativo	
Dreno	Tipo: Observação:
Diurese	( ) espontânea; ( ) SVA; ( ) SVD.
Pertences	( ) roupas; ( ) joias; ( ) prótese dentária; ( ) outros.

Responsável: \_\_\_\_\_

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385880/18

**Vítima:** DOMINGOS FRANCA PEREIRA

**CPF:** 030.552.773-84

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

**Data do acidente:** 22/06/2018

**Titular do CPF:** DOMINGOS FRANCA PEREIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS : 028.107.623-50

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

### DOMINGOS FRANCA PEREIRA : 030.552.773-84

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/10/2018  
Nome: FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS  
CPF: 028.107.623-50

FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 9829885670

0120120011257

10467067098

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

82888061m3m03815475738-24-580m44144070615

VIA

000 RENAVAM

ENTR

1

906063874

NOME/ENDEREÇO

JOSE AFONSO ALVES DA SILVA

LC PICAIA VELHA

00000

20NA RUPAL

PI

CPF/CNPJ

PLACA

47918306368

LWX-4906

NOME ANTERIOR

ANTONIO NORRÊGA SAMPAIO

PLACA ANT./UF

CHASSI

LWX-4906

9C20C30213R656127

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

GASOLINA

MARCA/MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/CG 125 TITAN RSE

2003

2003

CAP/POT/OL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

02P/0124CC

PARTIC

VERMELHA

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA  
SEM RESTRIÇÕES EM LOCAL SEGURO

LOCAL

DATA

ESPERANTINA

22/03/2018

ASSINATURA DO DETRAN

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



*Domingos Franca Pereira*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.804.092 DATA DE EMISSÃO 19/01/06

NOME DOMINGOS FRANCA PEREIRA

EREMITA DE FRANÇA  
RAIMUNDO NONATO PEREIRA  
ESPERANTINA-PI

DATA DE NASCIMENTO 19/02/1984

CERT. NASC. 44536 L 46A F 171V  
EXP. ESPERANTINA-PI 18/12/03

LEI Nº 7.116 DE 2003

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição  
**030.552.773-84**

Nome DOMINGOS FRANCA PEREIRA  
Nascimento 19/02/1984

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Cartão de uso pessoal e individual  
Deve ser apresentado junto com o documento de identificação

**CORREIOS**

Emissão

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF  
2974322 SSP PI

CPF  
028.107.623-50

DATA NASCIMENTO  
10/07/1988

FILIAÇÃO  
FRANCISCO DAS CHAGAS  
DOS SANTOS  
FRANCISCA DAS CHAGAS  
SILVA

PERMISSÃO  
B

ACC  
B

DEFINIR  
AII

Nº REGISTRO  
04052511836

VALIDADE  
12/01/2020

Nº HABILITACAO  
28/05/2010

PROBADO EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1012732380

PROBADO PLASTIFICADO

1012732380

TERESINA

DATA DE EMISSAO  
14/01/2015

72089680305  
81315085509

DETRAN PI (PIAUI)




DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
22 OUT 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ AFONSO ALVES DA SILVA,  
RG nº 1230619, data de expedição 11/10/2004  
Órgão SSP, portador do CPF nº 479.123.063-68, com  
domicílio na cidade de ESPERANTINA, no Estado de  
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
LOCALIDADE PICADA VELHA, nº S/N,  
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 DOMINGOS FRANÇA PEREIRA cujo o condutor era

Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA/CB125 TITAN KSE  
Ano: 2003  
Placa: LUX-4906  
Chassi: 9C2JC30213R636427  
Data do Acidente: 22/06/2018  
Local e Data: ESPERANTINA, 18 OUTUBRO 2018

 José Afonso Alves da Silva  
Assinatura do Declarante



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





MAL DEODORO, CENTRO  
CENTRO, ESPERANTINA/PI - 64180-000  
CNPJ: 06553564000308  
(86) 3383-1193 - ( )

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0163119  
Data: 22/06/2018  
Funcionario: DANILO

Registro: 61413  
Hora: 17:31:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 106

SUS

**DOMINGOS FRANCA PEREIRA**

Nasc.: 19/02/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 3 DIAS Profissão: CPF: - RG: 2.804.092 - SUS: 898004030270389  
End.: VIEIRA, 0 Bairro: ZONA RURAL Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64180-000  
Cor: PÁRDA Telefone: ( ) Mãe: ERENITA DE FRANCA Cidade: ESPERANTINA/PI Pai: RAIMUNDO NONATO PEREIRA

Clinica: **ENFERMAGEM** Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DR JULIO HARTMAN  
Responsável: DOMINGOS FRANCA PEREIRA - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

**Procedimentos**

22/06/2018 17:31 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☒ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

*queixa de dor*

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

*Frases tibol 1* (D)

Procedimentos/exames realizados:

*Valtaren 75* (m)

*Dipirona - 200mg* (m)



Dr. Alexandre Farias Ribeiro  
Clínica Médica - Cardiologia  
CRM-PI 2001

*Joselia Ferreira da Silva*

Responsável: DOMINGOS FRANCA PEREIRA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS  
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRANSFERÊNCIA

DATA: 22/06/18 HORA: 18:40 Nº DO TELEFONE: 3383-1193  
HOSPITAL SOLICITANTE: Julio Hartman MUNICIPIO: Esperantina  
MÉDICO: Alexandre CRM: 2497

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia ( ) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outros \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 998.0040.3027.0389

Nome: Domingos Franca Pereira dm: 19/02/84

Idade: 34 anos Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino

HDA: Admissão de acidente automobilístico, com  
fratura da mão.  
Fratura fechada (D).

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

COMPANHIA S. A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Teresina-PI  
CEP: 64.002-470

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localizado
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax \_\_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mmm PA: \_\_\_\_\_ mmHg Sat O, \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venosa
- ( ) Aspiração ( ) Medicação
- ( ) Curativo ( ) Outros \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DESTINO

Hospital: ME A

Clínica / Posto:

Senha:

2018 06 22 06 2581

ARMSTRONG

Assinatura e Carimbo do Médico

CNPJ: 06.553.564/0003-08  
HOSPITAL ESTADUAL DR  
JÚLIO HARTMAN  
Rua Marechal Deodoro, nº 341  
Centro CEP 04 180-000  
ESPERANTINA-PI



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 109376.000694/2018-73**

Unidade de Registro: 13ª DRPC - ESPERANTINA

Resp. pelo Registro: Antonio José De Sá Castro

Data/Hora: 18/10/2018 - 09:53

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE ESPERANTINA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ESPERANTINA

Endereço

LOC BOI VELHO, Nº:

Complemento

480909

Data/Hora

22/06/2018 - 15:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência



**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: DOMINGOS FRANCA PEREIRA

RG: 2804092 PI

Mãe: EREMITA DE FRANCA

Pai: RAIMUNDO NONATO PEREIRA

Endereço: LOC VIERA, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: ESPERANTINA

Telefone(s): 86-9478-3688

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 125

Ano: Placa:

2003 LVX4906

Chassi:

9C2JC30213R636127

Renavam:

806063874

Cor:

Vermelha

Condutor: DOMINGOS FRANCA PEREIRA

RG: 2804092 Órgão: UF RG: PI

End: LOC VIERA Número: Complemento: ZONA RURAL

Cidade: ESPERANTINA UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: JOSE AFONSO ALVES DA SILVA

Cidade: ESPERANTINA UF: Bairro:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

Notícia que foi vítima de acidente de trânsito, instante em que conduzia a motocicleta, acima caracterizada, colidiu num suíno, vindo a cair; Que foi socorrido pelo FERNANDO que o conduziu para o Hospital Dr. Julio Hartman, em Esperantina-PI; Que em consequência ao acidente o noticiante disse que sofreu fratura na perna direita e escoriações pelo corpo; Que foi transferido para o Hospital Dirceu Arcoverde, em Parnaíba-PI, onde passou por intervenção cirúrgica na referida perna.

Antonio José De Sá Castro - Mat. 0385093  
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

DOMINGOS FRANCA PEREIRA  
DOMINGOS FRANCA PEREIRA - Noticiante  
Responsável pela Informação





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 109376.000694/2018-73**

Delegado de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ D.A.M.S. (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

03055277384

Nome completo da vítima:

DOMINGOS FRANÇA PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - FORMULARIO SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

DOMINGOS FRANÇA PEREIRA

Profissão:

LAURADOR

Endereço:

LOCALIDADE VIEIRA II

CPF:

030.552.77384

Número:

SIN

Complemento:

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

SÃO JOÃO DO ARRADAL

Estado:

PAV

CEP:

04.155-000

E-mail:

Tel. (DDD):

86994999528

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA)

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

☐ Bradesco

☐ Itaú

☐ Banco do Brasil

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3834

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

029.532

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/ avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

Local e Data:

ESPERANTINA, 18 DE OUTUBRO 2018.

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

Assinatura

AGENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

NA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

284-826253691-4

11/OUT/2018

HORA DF 10:25:24

LOT. 16.022075-0

TERM 025773

LOCALIDADE: ESPERANTINA

GG. VINCULADA: 3834

CONTROLE: 284100356

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUF CAIXA FACIL

NOME: DOMINGOS FRANCA PEREIRA

AGENCIA: 3834

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.029.532-3

DATA DA ABERTURA: 11/10/2018

LOTerias CAIXA

284-826253691-4

1ª VIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI