

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: 19/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05605-7

CONTA: 000000024758-8

Nr. da Autenticação 85A757B2C43D30B0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180511387 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 13/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gustavo Carlos Calcena Aguero".

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Eduardo de Oliveira Perreira,
RG nº 2.424.231, data de expedição 13/08/2002
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 600.350.683-30, com
domicílio na cidade de Turima, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Canion 01 C - 13 conjunto São José nº 13,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Eduardo Oliveira da Silva, cujo o condutor era
Eduardo Oliveira da Silva.

Veiculo: MOTO

Modelo: POP 100 i

Ano: 2015

Placa: PIW - 9174

Chassi: 9C2TB0600JR039475

Data do Acidente: 13/05/2019

Local e Data: Tijucas - PI 23/09/2018

Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Eduardo Obregón de Soto

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

3.0 MMJ, 2018





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1400	02 Data do chamado 13/07/2018	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 08 20	05 Chegada ao local 08 20 18	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 08 36	07 Chegada ao 1º hospital 08 56	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço C. Elverro	11 Bairro Praja	12 Município-UF THE-PI	Código IBGE		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência C.E Bezerra de Melo	14 Nome Eduardo Oliveira da Silva.	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado			
Acidente de Transporte	16 Idade 22	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado 19/12/1995	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência Autociclista 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros		
Hospital de Destino	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Onibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança		
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 104 Resp. PA 120x80 TAX. Sat02 99	25 Local da lesão 	
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 6 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada 2 - Não 3 - Suspeito <input checked="" type="checkbox"/>	
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos	Brancha longa/curta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b)	CONFERE COM O ORIGINAL <i>Murilo Veloso Centanhede</i> Murilo Veloso Centanhede Gerente Administrativa SAMU	
	32 Hospital de Destino HOT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input checked="" type="checkbox"/> Antes do transporte <input checked="" type="checkbox"/> Durante o transporte	<input type="checkbox"/> Não Removido		
	<p><i>PF motociclista masculino 22 anos usava capacete vitima de colisão entre moto e carro apresentou dor em embur "D" + parcial paroxysma fechada de (pud + vira) se mostrando diabulimado no local. consciente.</i></p>					DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DPVAT
						CONTEUDO NÃO VERIFICADO
	Socorristas Médico AE/TE <i>Roni 243861</i>	Enfermeiro Condutor <i>Waldemar</i>	30 OUT. 2018			
	Responsável pela recepção <i>Adriano</i>					

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **13/07/2018** foi socorrido pelo SAMU o Sr. **Edson Oliveira da Silva** vitima de acidente de trânsito tendo sido removido para Hospital de Urgência de Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando o nome da vitima de **Edson Oliveira da Silva** ao invés **Edson Oliveira da Silva** na guia de atendimento do mesmo.

Teresina, 30 de Julho 2018.



Marilia Veloso Cantanhede
Gerente Adm. e Financeira SAMU – THE





NOME DO PACIENTE: Edson Oliveira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 233937

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 OUT. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 13/07/2018 09:05:31

(User: LORENA)

(Estação: ACCR01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDSON OLIVEIRA DA SILVA		Prontuário: 233937
Mãe: MARIA EDNA DA SILVA	Pai: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA FILHO	
End. Resid.: RUA PROFESSOR LODOVITOR N° 2032 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 19/12/1995	Idade: 22a6m25d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9469-5383
Responsável: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA FILHO		CNS: 203703565480018
Profissão: ESTUDANTE	Documento: RG: 3646012 - SSPI	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 674136	Data: 13/07/2018 08:59:20	Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Cid.Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundario: V299

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Fratura exposta	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VEIO PELO SAMU COM RELATOS DE ACIDENTE MOTO. COM CAPACETE, QUERIXANDO-SE DE DOR MMSS, NEGA CEFALÉIA, NEGA VÓMITOS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. ENCONTRADO DÉAMBULANDO NO LOCAL. PA: 120X80 SAT: 99%		Profissional Clas. Risco: LORENA MAGALHÃES MACEDO 221123 Em: 13/07/2018 09:05:35	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MOTO-CMO) HÁ 30min. USOU CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE. NEGA CEFALÉIA, MUSCOS, IÚMOS E PERDA DE CONSCIÊNCIA. A C.B: Ausculta de clínica normal; VIDA SÉPARA PÉLVIA; XLP Fisiológico. C: Hemorragicamente estufado. SUGESTÃO DE HEMORRAGIAS EXTRAVAS. D: GIMGOW 15. PUPILAS HERGENTES; E: ECONTRAções EM ABOLIR E BEM, 2 GRAUS.

PA _____ mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito: RX DE TÓXIS; NFE BOMBO GORENST; ORTHO DENTAL	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Inscricõe: OMOPEDESS E Cirurgico Geral	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
DATA: 13/07/2018	30 JUN. 2018

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: :	Se Internação: Andar que se procedeu e CID Rua Sophie de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002470
		Procedimento CID

Edson Oliveira da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Wessel Gonçalves de Castro
Médico Urologista
CRM-PI 4836

Assinatura - Profissional Médico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA N°.: 9747 -

F CO
DE SINISTROS
VERIFICADO
13/07/2018
CRM-PI 3244 TEOF. J.

Internação:	Prontuário:	Paciente:
218457	233937	EDSON OLIVEIRA DA SILVA

Evolução:

Horas:

Alergias:

Diagnóstico/Comorbidades:

DEPARTAMENTO

CONTRATO

GENTE

SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002470

Seq.: Descrição-Apresentação/Observação:

Criança

Nutrição

CRN:

3716

Unid.:

Via:

Int.:

Recons:

Dil. Vol.:

Horários:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

Dieta: ORAL Tipo Livre, ~~leite~~ leite materno.

leite materno.

NUTRICIONISTA

CRN:

3716

Unid.:

Via:

Int.:

Recons:

Dil. Vol.:

Horários:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

1 CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORÔ/FISIOLÓGICO)

500ML SIST. FECHADO

Unid.:

Via:

Int.:

Recons:

Dil. Vol.:

Horários:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

2 TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.

1,00

Ampola

EV

12/12h

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

3 DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.

1,00

Ampola

EV

6/6h

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

4 RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.

50,00

mg

EV

12/12h

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

Observações Gerais:

CUIDADOS GERAIS

Relatório de Internação									
Nome, endereço e tel. para contato									
Necessária enfermeira									
Data de nascimento: 13/07/2018									
CRM-PI 3244 TEOF. J.									



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Eduardo Alves da Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Pneumonite aguda grave</i>		
Operação - Tipo <i>Raníci glúteo</i>		
Cirurgião <i>CEMULLO</i>	1º Assistente <i>EST. MEMORIAL</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>15/7/18</i>	Inicio	Fim
.agnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Autópsia realizada em 15/07/2018
Autópsia realizada em 15/07/2018

Acidente Durante a Operação

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

*Punção na artéria
Arteria é atropelada, sangrando
Sangue descolou a arteria (E)
Arteria foi fechada
Ligado e suturado ao profundo
Novo elenco + profundo
Sutura fechada
Centro*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 VIII. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2608

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Eduardo Oliveira Silveira</i>					Nº DE REGISTRO			
DATA: <i>15/09/18</i>		P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
<i>JJ > 8h</i> <i>Sem comorbidades</i>					ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3						TOTAL DE DOSES <i>M02 Eny fento 5mg</i>
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	<i>500, gr. 500ml</i>					<i>Ram 1/2 - 1ml</i> <i>Lido 2x 1ml</i>
TEMPERATURA T			260	240	220	200	180	SEQUÊNCIA
P. ARTERIAL V			200	180	160	140	120	1
O PULSO			180	160	140	120	100	2
INÍCIO E FIM ANESTESIA X			160	140	120	100	80	3
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO			140	120	100	80	60	4
RESPIRAÇÃO O			120	100	80	60	40	5
SÍMBOLOS							DURAÇÃO	
TÉCNICAS		<i>Blöquios supraclaviculars US + sedação</i>					INCIDENTE - ACIDENTE <i>sem inter.</i>	
OPERAÇÕES		<i>Fratura radio</i>					DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
CIRURGIÕES		<i>Leandro Ponce</i>					CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
ANESTESISTAS		<i>Lorenna Mendes</i> <i>CRM 3819</i>					30 OUT. 2018	
PARTICULARIDADES								
MOD 76 - HUT								



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 15/7/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Edson Oliveira</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>233937</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Hernia inguinal</u>	CIRURGIA:	<u>LAP v/pore</u>
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	<u>01</u>
CIRURGIÃO:	<u>LEANILIO</u> Dr. LEANDRO PONCE LEAL Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Ombro e Cotovelo	CPF Nº:	<u>167 786 998 - 41</u>
AUXILIAR:	<u>EST. MACHINA</u> CRM-PI 2608	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dra Boenner</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Augusto</u>	CPFNº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	<u>01</u>
AGULHA 30X8	UNID.	<u>—</u>		LUVA Nº	<u>7.0</u>	PAR	<u>01</u>
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº	<u>7.5</u>	PAR	<u>04</u>
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>—</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	<u>07</u>
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE		ML	<u>100</u>
ALGODÃO	BOLA	<u>—</u>		PVPI TÓPICO		ML	<u>100</u>
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>—</u>		PVPI TINTURA		ML	<u>—</u>
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC		UNID.	<u>02</u>
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 10CC		UNID.	<u>01</u>
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC		UNID.	<u>01</u>
ESCALPE Nº	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 3CC		UNID.	<u>—</u>
FORMOL	ML	<u>—</u>		SORO FISIOLÓGICO		FRASCO	<u>03</u>
GASES 5.0	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL		UNID.	
JELCO Nº	UNID.	<u>—</u>		<u>Eletrodos</u>		UND	<u>05</u>
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	<u>Ópcovas</u>	UND	<u>02</u>
CAT. GUT. SIMPLES C/AG					<u>Crepom</u>	UND	<u>04</u>
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>3.0</u>	UND	<u>02</u>				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	<u>0</u>	UND	<u>01</u>	CIRCULANTE:	<u>Simon</u>		
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS		
DPVAT		
CONTEUDO NÃO VERIFICADO		
1	30 OUT. 2018	1
GENTE SEGURADORA S.A.		
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C		
Centro - Norte CEP: 64.002-470		



REGISTRO GERAL	3.646.012	DATA DE EXPEDIÇÃO	17/09/11
NOME EDSON OLIVEIRA DA SILVA			
PAIS/PAZ MARIA EDNA DA SILVA FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA FILHO			
NACIONALIDADE	TERESINA-PI	DATA DE NASCIMENTO 19/12/1995	
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 234297 L A290 F 38	EXP TERESINA-PI. 05/02/96	
CPF	010.000.000-00	Assinatura do Diretor	
LEI nº 7.166 DE 26/06/83 - DECRETO nº 88.260/83			

MINISTÉRIO DA FAZENDA	
Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO	
Número 064.472.923-61	
Nome EDSON OLIVEIRA DA SILVA	
Nascimento 19/12/1995	
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO	

CÓDIGO DE CONTROLE
SEEA.6454.E833.6540

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 07:33:51 do dia 08/07/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 OUT. 2018

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180511387 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 13/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

064.472.923-61

Nome completo da vítima

Edson Oliveira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Edson Oliveira Da Silva	064.472.923-61	Recurso
Endereço	Número	Complemento
R. Prof. Ludovico	2032	Casa
Bairro	Estado	CEP
Parque Alvorada	PI	64004-410
E-mail	Telefone (DDD)	
	(86) 3303-4104	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.	
	Brasil	001	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
5605	7	24.758	8
(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.

Local e Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 OUT. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
23/10/2018 - Autoatendimento - 13:58:23
839772475
0245

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	EDSON OLIVEIRA DA SILVA
AGENCIA:	5605-7
CONTA:	24.758-A
VALOR *	
NR. ENVELOPE	2.712.984,398

* Acolhido em: 23/10/2018, na Agencia 8397-6.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente bancario serao conferidos e processados ate as 23h59 do mesmo dia. Apes do expediente bancario, aos sábados, domingos e feriados, ate as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado, o envelope sera processado pelo valor apurado. Envelopes vazios nao serao abertos e permanecerao disponiveis por 60 dias na agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronico
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002545/2018-56

Complementar ao BO Nº: 100203.002544/2018-01

Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Unidade de Registro:

Data/Hora: 23/07/2018 - 10:52

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

13/07/2018 - 08:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

PIRAJÁ

TERESINA

Endereço

RUA RUI BARBOSA C/ RUA COMANDANTE HELVÉCIO, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: KAROLINE SILVA OLIVEIRA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 3106489 PI

Mãe: MARIA EDNA DA SILVA

Endereço: O MESMO DO NOTICIANTE, Nº

Bairro: PARQUE ALGORADA

Cidade: TERESINA

Nome: EDSON OLIVEIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3646012 PI

Mãe: MARIA EDNA DA SILVA

Endereço: RUA PROF. LUDOVICO, Nº 2032

Bairro: PARQUE ALGORADA

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/POP 110I, PLACA PIW-9174-PI, COR PRETA, RENAVAM 01150724517, PROP. DE GISLENO DE OLIVEIRA PEREIRA, E QUE TRAFEGAVA PELA RUA RUI BARBOSA, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, AO REALIZAR UMA MANOBRA DE CONVERSÃO, INVADIU A FAIXA DE TRÁFEGO DA MOTO, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 233937). A PASSAGEIRA DA MOTO, KAROLINE SILVA OLIVEIRA, FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 482062). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
 AGENTE DE POLÍCIA

EDSON OLIVEIRA DA SILVA - Noticiante
 Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

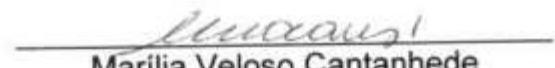
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30/07/2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1900	02 Data do chamado 18/08/2018	03 PRO (código) 2899	04 Saída do PA 08 120	05 Chegada ao local 08 1218
Local da Ocorrência	06 Saída do local 08 36	07 Chegada ao 1º hospital 08 561	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço C. Elverio	11 Bairro Praga	12 Município-UF THE-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência C.E Bezerra de Melo				
	14 Nome Eduan Oliveira da Silva.	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado			
	16 Idade 22 9/10/1995	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência Acidente de transporte	01 Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL			
	ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 104 Resp. PA 120x80 TAX. Sat02 99	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input checked="" type="checkbox"/>	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Franha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred	32 Hospital de Destino HCT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não Antes do socorro <input checked="" type="checkbox"/> Antes do transporte <input checked="" type="checkbox"/> Durante o transporte	Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Reanimação cardiopulmonar _____ Assistência obstétrica _____ Medicamentos a) _____ b) _____ CONFERE COM O ORIGINAL Murilo Veloso Cantanhede Geral e Administrativa SAMU
Hospital de Destino					<input type="checkbox"/> Não Removido
Observações Interdisciplinar	<p>P.F motociclista masculino 22 anos, usava capacete ótimo de ciclismo entre moto e carro apresenta dor em ombro "D" + provável fratura fechada de fractura + uma lise encontrada diambulando no local consciente.</p> <p>DEPARTAMENTO DE SOCORRO DPVAT</p> <p>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p>				
	Socorristas Médico AE/TE	Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor	30 OUT. 2018
	Responsável pela recepção AB	Número 1101745866			
	Versão: 27.11.2011	CORRETIVA SEGUROADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - N.º 1 - 6500-000			

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **13/07/2018** foi socorrido pelo SAMU o Sr. **Edson Oliveira da Silva** vítima de acidente de trânsito tendo sido removido para Hospital de Urgência de Teresina-HUT. Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou colocando o nome da vítima de **Edison Oliveira da Silva** ao invés **Edson Oliveira da Silva** na guia de atendimento do mesmo.

Teresina, 30 de Julho 2018.



Marilia Veloso Cantanhede
Gerente Adm. e Financeira SAMU – THE



Rua Coronel Luis Ferraz, 3390, Bairro Macaúba.
Teresina-PI, CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70



86 3218 - 2880



fht.samu@teresina.pi.gov.br