

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: 13/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON RODRIGUES MOURAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 00000054872-2

Nr. da Autenticação A71596B12DA699B0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190168317 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON RODRIGUES MOURAO **Data do acidente:** 29/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maxmiliano José Alves,
RG nº 5042855, data de expedição 08/10/08,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 025121163-01, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
MONTEIRO LOBATO, SÃO JOSÉ QUIM, nº 8021 C 33
complemento _____, 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 Rodrigues Mota, cujo o condutor era
Eduardo Rodrigues Mota

Veículo: **MOTO**

Modelo: **HONDA/CG125 FAN KS**

Ano: **2010**

Placa: **NIM-2063**

Chassi: **9C2JC4S10AR668286**

Data do Acidente: **29/11/18**

Local e Data: **AVENIDA. ABINAS NEVES 29/11/18**

Maxmiliano José Alves

Assinatura do Declarante



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

Cartório
Teresina
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Av. Espírito Santo, 1023 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3225-0100 - E-mail: teresina@teresina.tjpi.jus.br
Fólio: Anastácia Gonçalves de Sampaio Sampaio

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MAXMILIANO JOSE
ALVES, DOU FE. EM TESTE DA VERDADE.
TERESINA-PI, 07/02/2019.
www.tjpi.jus.br/portalextra.
JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrivente Autorizada
Emol.: 3,85 (FJ: 0,77) FMM/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 51
DEC P DO VÉHICULO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 FEV. 2019

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
**CONSULTE O SELO
DIGITAL**

CARTÓRIO THEMÍSTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrivente Compromissada
Teresina - PI

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



235

OBS: O NÚMERO DO PACIENTE É BORRACHADO ADRIANO LIVOU PARA SUA ENDERECAR

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local																																										
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital																																											
Dados do Paciente	10 Endereço	AV. Abdias Neves / al. São Frei																																													
Local de Ocorrência	11 Bairro	Cristo Rei.																																													
Dados do Paciente	12 Municipio-UF	The PI																																													
Acidente de Transporte	13 Ponto de referência	Colégio Simões Filho.																																													
Exame Físico	14 Nome	Edison Rodrigues Mourão																																													
Assistência	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado																																													
Hospital de Destino	16 Idade	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	35 0767	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica?																																										
Observações Interdisciplinar	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																																														
<p>18 Tipo de ocorrência</p> <table> <tr><td>01 - Acidente de transporte</td><td>06 - Tentativa de suicídio</td><td>11 - Queda</td><td>16 - Outros</td></tr> <tr><td>02 - Agressão física-espancamento</td><td>07 - Envenenamento</td><td>12 - Urgência clínica</td><td></td></tr> <tr><td>03 - Agressão física-FAF</td><td>08 - Afogamento</td><td>13 - Urgência obstétrica</td><td>17 - Já removido</td></tr> <tr><td>04 - Agressão física-FAB</td><td>09 - Queimadura</td><td>14 - Transferência</td><td>18 - Falso chamado</td></tr> <tr><td>05 - Urgência psiquiátrica</td><td>10 - Choque elétrico</td><td>15 - Exames complementares</td><td></td></tr> </table>						01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros	02 - Agressão física-espancamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica		03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	17 - Já removido	04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência	18 - Falso chamado	05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares																							
01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros																																												
02 - Agressão física-espancamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica																																													
03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	17 - Já removido																																												
04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência	18 - Falso chamado																																												
05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares																																													
<p>19 Vítima</p> <table> <tr><td>1 - Pedestre</td><td>20 Meio de locomoção</td><td>5 - Ônibus/Micro-ônibus</td><td>21 Outra parte envolvida</td><td>22 Equipamentos de segurança</td></tr> <tr><td>2 - Condutor</td><td>1 - A pé</td><td>6 - Outro</td><td>1 - Automóvel</td><td>Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3 - Passageiro</td><td>2 - Automóvel</td><td>3 - Motocicleta</td><td>2 - Motocicleta</td><td>Cinto de segurança <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9 - Ignorado</td><td>3 - Motocicleta</td><td>4 - Bicicleta</td><td>3 - Ônibus/Micro-ônibus</td><td>Assento para criança <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td></td><td>4 - Bicicleta</td><td>9 - Ignorado</td><td>4 - Bicicleta</td><td>9 - Ignorado</td></tr> </table>						1 - Pedestre	20 Meio de locomoção	5 - Ônibus/Micro-ônibus	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	2 - Condutor	1 - A pé	6 - Outro	1 - Automóvel	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/>	3 - Passageiro	2 - Automóvel	3 - Motocicleta	2 - Motocicleta	Cinto de segurança <input type="checkbox"/>	9 - Ignorado	3 - Motocicleta	4 - Bicicleta	3 - Ônibus/Micro-ônibus	Assento para criança <input type="checkbox"/>		4 - Bicicleta	9 - Ignorado	4 - Bicicleta	9 - Ignorado																	
1 - Pedestre	20 Meio de locomoção	5 - Ônibus/Micro-ônibus	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança																																											
2 - Condutor	1 - A pé	6 - Outro	1 - Automóvel	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/>																																											
3 - Passageiro	2 - Automóvel	3 - Motocicleta	2 - Motocicleta	Cinto de segurança <input type="checkbox"/>																																											
9 - Ignorado	3 - Motocicleta	4 - Bicicleta	3 - Ônibus/Micro-ônibus	Assento para criança <input type="checkbox"/>																																											
	4 - Bicicleta	9 - Ignorado	4 - Bicicleta	9 - Ignorado																																											
<p>23 Glasgow = 5</p> <table> <tr><td>ABERTURA OCULAR</td><td>5- Orientada</td><td>RESPOSTA VERBAL</td><td>RESPOSTA MOTORA</td><td>24 Sinais Vitais</td><td>25 Local da lesão</td></tr> <tr><td>4- Espontânea</td><td>4-Confusa</td><td>4-Confusa</td><td>6-Obedece a comandos</td><td>Pulso _____</td><td></td></tr> <tr><td>3- À voz</td><td>3-Palavras inapropriadas</td><td>3-Palavras inapropriadas</td><td>5-Localiza dor</td><td>Resp. _____</td><td></td></tr> <tr><td>2- À dor</td><td>2-Palavras incompreensíveis</td><td>2-Palavras incompreensíveis</td><td>4-Movimento de retirada</td><td>PA. 100X80</td><td></td></tr> <tr><td>1- Nenhuma</td><td>1-Nenhuma</td><td>1-Nenhuma</td><td>3-Flexão anormal</td><td>TAX. _____</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>2-Extensão anormal</td><td>Sat02</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>1-Nenhum</td><td></td><td></td></tr> </table>						ABERTURA OCULAR	5- Orientada	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão	4- Espontânea	4-Confusa	4-Confusa	6-Obedece a comandos	Pulso _____		3- À voz	3-Palavras inapropriadas	3-Palavras inapropriadas	5-Localiza dor	Resp. _____		2- À dor	2-Palavras incompreensíveis	2-Palavras incompreensíveis	4-Movimento de retirada	PA. 100X80		1- Nenhuma	1-Nenhuma	1-Nenhuma	3-Flexão anormal	TAX. _____					2-Extensão anormal	Sat02					1-Nenhum		
ABERTURA OCULAR	5- Orientada	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão																																										
4- Espontânea	4-Confusa	4-Confusa	6-Obedece a comandos	Pulso _____																																											
3- À voz	3-Palavras inapropriadas	3-Palavras inapropriadas	5-Localiza dor	Resp. _____																																											
2- À dor	2-Palavras incompreensíveis	2-Palavras incompreensíveis	4-Movimento de retirada	PA. 100X80																																											
1- Nenhuma	1-Nenhuma	1-Nenhuma	3-Flexão anormal	TAX. _____																																											
			2-Extensão anormal	Sat02																																											
			1-Nenhum																																												
<p>26 Pupilas</p> <table> <tr><td>1 - Igualas</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2 - Desiguais</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>27 Pulso</p> <table> <tr><td>Radial <input type="checkbox"/></td><td>Central <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>1 - Cheio</td><td>2 - Fino</td></tr> <tr><td>3 - Ausente</td><td></td></tr> </table> <p>28 Sangramento</p> <table> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1 - Sim</td><td>2 - Não</td></tr> </table> <p>29</p> <p>ESCALA DE DOR DE 0 A 10</p> <p>0 - Sem Dor 3 - Leve 6 - Moderada 9 - Intensa 10</p> <p>30 Fratura</p> <table> <tr><td>1 - Sim</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Exposta <input type="checkbox"/></td><td>Fechada <input type="checkbox"/></td><td>2 - Não</td><td>3 - Suspeito <input type="checkbox"/></td></tr> </table>						1 - Igualas	<input type="checkbox"/>	2 - Desiguais	<input type="checkbox"/>	Radial <input type="checkbox"/>	Central <input type="checkbox"/>	1 - Cheio	2 - Fino	3 - Ausente		<input type="checkbox"/>	1 - Sim	2 - Não	1 - Sim	<input type="checkbox"/>	Exposta <input type="checkbox"/>	Fechada <input type="checkbox"/>	2 - Não	3 - Suspeito <input type="checkbox"/>																							
1 - Igualas	<input type="checkbox"/>																																														
2 - Desiguais	<input type="checkbox"/>																																														
Radial <input type="checkbox"/>	Central <input type="checkbox"/>																																														
1 - Cheio	2 - Fino																																														
3 - Ausente																																															
<input type="checkbox"/>	1 - Sim	2 - Não																																													
1 - Sim	<input type="checkbox"/>	Exposta <input type="checkbox"/>	Fechada <input type="checkbox"/>	2 - Não	3 - Suspeito <input type="checkbox"/>																																										
<p>31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)</p> <table> <tr><td><input type="checkbox"/> Aspiração</td><td><input type="checkbox"/> Prancha longa/curta</td><td><input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades</td><td><input type="checkbox"/> Glicemia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Oxigênio</td><td><input type="checkbox"/> Colar cervical</td><td><input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar</td><td><input type="checkbox"/> Acesso Venoso</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Curativos</td><td><input type="checkbox"/> Kred</td><td><input type="checkbox"/> Assistência obstétrica</td><td><input type="checkbox"/> Medicamentos a) <i>Maneira Nutri</i> b) <i>Maneira Nutri</i></td></tr> </table> <p>32 Hospital de Destino</p> <p>33 Condições de entrada</p> <table> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1 - Melhorado</td><td>2 - Piorando</td><td>3 - Inalterado</td></tr> </table> <p>34 Óbito</p> <table> <tr><td><input type="checkbox"/> Antes do socorro</td><td><input type="checkbox"/> Antes do transporte</td><td><input type="checkbox"/> Durante o transporte</td></tr> </table> <p>35</p> <p>36</p> <p>37</p> <p>38</p> <p>39</p> <p>40</p> <p>41</p> <p>42</p> <p>43</p> <p>44</p> <p>45</p> <p>46</p> <p>47</p> <p>48</p> <p>49</p> <p>50</p> <p>51</p> <p>52</p> <p>53</p> <p>54</p> <p>55</p> <p>56</p> <p>57</p> <p>58</p> <p>59</p> <p>60</p> <p>61</p> <p>62</p> <p>63</p> <p>64</p> <p>65</p> <p>66</p> <p>67</p> <p>68</p> <p>69</p> <p>70</p> <p>71</p> <p>72</p> <p>73</p> <p>74</p> <p>75</p> <p>76</p> <p>77</p> <p>78</p> <p>79</p> <p>80</p> <p>81</p> <p>82</p> <p>83</p> <p>84</p> <p>85</p> <p>86</p> <p>87</p> <p>88</p> <p>89</p> <p>90</p> <p>91</p> <p>92</p> <p>93</p> <p>94</p> <p>95</p> <p>96</p> <p>97</p> <p>98</p> <p>99</p> <p>100</p> <p>101</p> <p>102</p> <p>103</p> <p>104</p> <p>105</p> <p>106</p> <p>107</p> <p>108</p> <p>109</p> <p>110</p> <p>111</p> <p>112</p> <p>113</p> <p>114</p> <p>115</p> <p>116</p> <p>117</p> <p>118</p> <p>119</p> <p>120</p> <p>121</p> <p>122</p> <p>123</p> <p>124</p> <p>125</p> <p>126</p> <p>127</p> <p>128</p> <p>129</p> <p>130</p> <p>131</p> <p>132</p> <p>133</p> <p>134</p> <p>135</p> <p>136</p> <p>137</p> <p>138</p> <p>139</p> <p>140</p> <p>141</p> <p>142</p> <p>143</p> <p>144</p> <p>145</p> <p>146</p> <p>147</p> <p>148</p> <p>149</p> <p>150</p> <p>151</p> <p>152</p> <p>153</p> <p>154</p> <p>155</p> <p>156</p> <p>157</p> <p>158</p> <p>159</p> <p>160</p> <p>161</p> <p>162</p> <p>163</p> <p>164</p> <p>165</p> <p>166</p> <p>167</p> <p>168</p> <p>169</p> <p>170</p> <p>171</p> <p>172</p> <p>173</p> <p>174</p> <p>175</p> <p>176</p> <p>177</p> <p>178</p> <p>179</p> <p>180</p> <p>181</p> <p>182</p> <p>183</p> <p>184</p> <p>185</p> <p>186</p> <p>187</p> <p>188</p> <p>189</p> <p>190</p> <p>191</p> <p>192</p> <p>193</p> <p>194</p> <p>195</p> <p>196</p> <p>197</p> <p>198</p> <p>199</p> <p>200</p> <p>201</p> <p>202</p> <p>203</p> <p>204</p> <p>205</p> <p>206</p> <p>207</p> <p>208</p> <p>209</p> <p>210</p> <p>211</p> <p>212</p> <p>213</p> <p>214</p> <p>215</p> <p>216</p> <p>217</p> <p>218</p> <p>219</p> <p>220</p> <p>221</p> <p>222</p> <p>223</p> <p>224</p> <p>225</p> <p>226</p> <p>227</p> <p>228</p> <p>229</p> <p>230</p> <p>231</p> <p>232</p> <p>233</p> <p>234</p> <p>235</p> <p>236</p> <p>237</p> <p>238</p> <p>239</p> <p>240</p> <p>241</p> <p>242</p> <p>243</p> <p>244</p> <p>245</p> <p>246</p> <p>247</p> <p>248</p> <p>249</p> <p>250</p> <p>251</p> <p>252</p> <p>253</p> <p>254</p> <p>255</p> <p>256</p> <p>257</p> <p>258</p> <p>259</p> <p>260</p> <p>261</p> <p>262</p> <p>263</p> <p>264</p> <p>265</p> <p>266</p> <p>267</p> <p>268</p> <p>269</p> <p>270</p> <p>271</p> <p>272</p> <p>273</p> <p>274</p> <p>275</p> <p>276</p> <p>277</p> <p>278</p> <p>279</p> <p>280</p> <p>281</p> <p>282</p> <p>283</p> <p>284</p> <p>285</p> <p>286</p> <p>287</p> <p>288</p> <p>289</p> <p>290</p> <p>291</p> <p>292</p> <p>293</p> <p>294</p> <p>295</p> <p>296</p> <p>297</p> <p>298</p> <p>299</p> <p>300</p> <p>301</p> <p>302</p> <p>303</p> <p>304</p> <p>305</p> <p>306</p> <p>307</p> <p>308</p> <p>309</p> <p>310</p> <p>311</p> <p>312</p> <p>313</p> <p>314</p> <p>315</p> <p>316</p> <p>317</p> <p>318</p> <p>319</p> <p>320</p> <p>321</p> <p>322</p> <p>323</p> <p>324</p> <p>325</p> <p>326</p> <p>327</p> <p>328</p> <p>329</p> <p>330</p> <p>331</p> <p>332</p> <p>333</p> <p>334</p> <p>335</p> <p>336</p> <p>337</p> <p>338</p> <p>339</p> <p>340</p> <p>341</p> <p>342</p> <p>343</p> <p>344</p> <p>345</p> <p>346</p> <p>347</p> <p>348</p> <p>349</p> <p>350</p> <p>351</p> <p>352</p> <p>353</p> <p>354</p> <p>355</p> <p>356</p> <p>357</p> <p>358</p> <p>359</p> <p>360</p> <p>361</p> <p>362</p> <p>363</p> <p>364</p> <p>365</p> <p>366</p> <p>367</p> <p>368</p> <p>369</p> <p>370</p> <p>371</p> <p>372</p> <p>373</p> <p>374</p> <p>375</p> <p>376</p> <p>377</p> <p>378</p> <p>379</p> <p>380</p> <p>381</p> <p>382</p> <p>383</p> <p>384</p> <p>385</p> <p>386</p> <p>387</p> <p>388</p> <p>389</p> <p>390</p> <p>391</p> <p>392</p> <p>393</p> <p>394</p> <p>395</p> <p>396</p> <p>397</p> <p>398</p> <p>399</p> <p>400</p> <p>401</p> <p>402</p> <p>403</p> <p>404</p> <p>405</p> <p>406</p> <p>407</p> <p>408</p> <p>409</p> <p>410</p> <p>411</p> <p>412</p> <p>413</p> <p>414</p> <p>415</p> <p>416</p> <p>417</p> <p>418</p> <p>419</p> <p>420</p> <p>421</p> <p>422</p> <p>423</p> <p>424</p> <p>425</p> <p>426</p> <p>427</p> <p>428</p> <p>429</p> <p>430</p> <p>431</p> <p>432</p> <p>433</p> <p>434</p> <p>435</p> <p>436</p> <p>437</p> <p>438</p> <p>439</p> <p>440</p> <p>441</p> <p>442</p> <p>443</p> <p>444</p> <p>445</p> <p>446</p> <p>447</p> <p>448</p> <p>449</p> <p>450</p> <p>451</p> <p>452</p> <p>453</p> <p>454</p> <p>455</p> <p>456</p> <p>457</p> <p>458</p> <p>459</p> <p>460</p> <p>461</p> <p>462</p> <p>463</p> <p>464</p> <p>465</p> <p>466</p> <p>467</p> <p>468</p> <p>469</p> <p>470</p> <p>471</p> <p>472</p> <p>473</p> <p>474</p> <p>475</p> <p>476</p> <p>477</p> <p>478</p> <p>479</p> <p>480</p> <p>481</p> <p>482</p> <p>483</p> <p>484</p> <p>485</p> <p>486</p> <p>487</p> <p>488</p> <p>489</p> <p>490</p> <p>491</p> <p>492</p> <p>493</p> <p>494</p> <p>495</p> <p>496</p> <p>497</p> <p>498</p> <p>499</p> <p>500</p> <p>501</p> <p>502</p> <p>503</p> <p>504</p> <p>505</p> <p>506</p> <p>507</p> <p>508</p> <p>509</p> <p>510</p> <p>511</p> <p>512</p> <p>513</p> <p>514</p> <p>515</p> <p>516</p> <p>517</p> <p>518</p> <p>519</p> <p>520</p> <p>521</p> <p>522</p> <p>523</p> <p>524</p> <p>525</p> <p>526</p> <p>527</p> <p>528</p> <p>529</p> <p>530</p> <p>531</p> <p>532</p> <p>533</p> <p>534</p> <p>535</p> <p>536</p> <p>537</p> <p>538</p> <p>539</p> <p>540</p> <p>541</p> <p>542</p> <p>543</p> <p>544</p> <p>545</p> <p>546</p> <p>547</p> <p>548</p> <p>549</p> <p>550</p> <p>551</p> <p>552</p> <p>553</p> <p>554</p> <p>555</p> <p>556</p> <p>557</p> <p>558</p> <p>559</p> <p>560</p> <p>561</p> <p>562</p> <p>563</p> <p>564</p> <p>565</p> <p>566</p> <p>567</p> <p>568</p> <p>569</p> <p>570</p> <p>571</p> <p>572</p> <p>573</p> <p>574</p> <p>575</p> <p>576</p> <p>577</p> <p>578</p> <p>579</p> <p>580</p> <p>581</p> <p>582</p> <p>583</p> <p>584</p> <p>585</p> <p>586</p> <p>587</p> <p>588</p> <p>589</p> <p>590</p> <p>591</p> <p>592</p> <p>593</p> <p>594</p> <p>595</p> <p>596</p> <p>597</p> <p>598</p> <p>599</p> <p>600</p> <p>601</p> <p>602</p> <p>603</p> <p>604</p> <p>605</p> <p>606</p> <p>607</p> <p>608</p> <p>609</p> <p>610</p> <p>611</p> <p>612</p> <p>613</p> <p>614</p> <p>615</p> <p>616</p> <p>617</p> <p>618</p> <p>619</p> <p>620</p> <p>621</p> <p>622</p> <p>623</p> <p>624</p> <p>625</p> <p>626</p> <p>627</p> <p>628</p> <p>629</p> <p>630</p> <p>631</p> <p>632</p> <p>633</p> <p>634</p> <p>635</p> <p>636</p> <p>637</p> <p>638</p> <p>639</p> <p>640</p> <p>641</p> <p>642</p> <p>643</p> <p>644</p> <p>645</p> <p>646</p> <p>647</p> <p>648</p> <p>649</p> <p>650</p> <p>651</p> <p>652</p> <p>653</p> <p>654</p> <p>655</p> <p>656</p> <p>657</p> <p>658</p> <p>659</p> <p>660</p> <p>661</p> <p>662</p> <p>663</p> <p>664</p> <p>665</p> <p>666</p> <p>667</p> <p>668</p> <p>669</p> <p>670</p> <p>671</p> <p>672</p> <p>673</p> <p>674</p> <p>675</p> <p>676</p> <p>677</p> <p>678</p> <p>679</p> <p>680</p> <p>681</p> <p>682</p> <p>683</p> <p>684</p> <p>685</p> <p>686</p> <p>687</p> <p>688</p> <p>689</p> <p>690</p> <p>691</p> <p>692</p> <p>693</p> <p>694</p> <p>695</p> <p>696</p> <p>697</p> <p>698</p> <p>699</p> <p>700</p> <p>701</p> <p>702</p> <p>703</p> <p>704</p> <p>705</p> <p>706</p> <p>707</p> <p>708</p> <p>709</p> <p>710</p> <p>711</p> <p>712</p> <p>713</p> <p>714</p> <p>715</p> <p>716</p> <p>717</p> <p>718</p> <p>719</p> <p>720</p> <p>721</p> <p>722</p> <p>723</p> <p>724</p> <p>725</p> <p>726</p> <p>727</p> <p>728</p> <p>729</p> <p>730</p> <p>731</p> <p>732</p> <p>733</p> <p>734</p> <p>735</p> <p>736</p> <p>737</p> <p>738</p> <p>739</p> <p>740</p> <p>741</p> <p>742</p> <p>743</p> <p>744</p> <p>745</p> <p>746</p> <p>747</p> <p>748</p> <p>749</p> <p>750</p> <p>751</p> <p>752</p> <p>753</p> <p>754</p> <p>755</p> <p>756</p> <p>757</p> <p>758</p> <p>759</p>						<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Prancha longa/curta	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Medicamentos a) <i>Maneira Nutri</i> b) <i>Maneira Nutri</i>	<input type="checkbox"/>	1 - Melhorado	2 - Piorando	3 - Inalterado	<input type="checkbox"/> Antes do socorro	<input type="checkbox"/> Antes do transporte	<input type="checkbox"/> Durante o transporte																							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Prancha longa/curta	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades	<input type="checkbox"/> Glicemia																																												
<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso																																												
<input type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Medicamentos a) <i>Maneira Nutri</i> b) <i>Maneira Nutri</i>																																												
<input type="checkbox"/>	1 - Melhorado	2 - Piorando	3 - Inalterado																																												
<input type="checkbox"/> Antes do socorro	<input type="checkbox"/> Antes do transporte	<input type="checkbox"/> Durante o transporte																																													



NOME DO PACIENTE: Edson Rodrigues Mourão

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 495562

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 FEV. 2019

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

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

ORTOPÉDIA*Levan***BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

<u>Nome:</u> EDSON RODRIGUES MOURAO		<u>Prontuário:</u> 495562
<u>Mãe:</u> CARMESINA MOURAO DA SILVA	<u>Pai:</u> MIGUEL RODRIGUES DA SILVA	
<u>End. Resid.:</u> RUA STO AGOSTINHO N 2991 - TRES ANDARES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 15/07/1967	<u>Idade:</u> 51a4m14d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-39983-0715
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u>
<u>Profissão:</u> PEDREIRO		<u>Documento:</u> RG: 839339 - SSP PI
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 695916	<u>Entrada:</u> 29/11/2018 16:17:55	<u>Convênio:</u> SUS	<u>Proced:</u>
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLISTA			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Data:</u> 29/11/2018	<u>Cor:</u>
Paciente vítima de colisão carro-moto quebrou pelo lado esquerdo motocicleta não agravado de in. A- Vt pectoral, dor no lado de dor cervical. B-MV (S) RA. C- DNF, CT, S/ desferente de bulto. D- Glengue (S). E- Escoriações em tórax.		Técnico: <i>Levan</i>	Indefinido

<u>SSVV:</u> (Hora: 16 : 30)
<u>Peso:</u> Kg <u>Altura:</u> M <u>TMC:</u> Kg/m² <u>P脉:</u> bpm <u>Pressão:</u> mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> TC de coluna cervical, TC de crânio, TC de coluna lombor, Rx de tórax, Rx de pe D.
RAIO-X REALIZADO DATA: 29/11/2018 Técnico: Levan
HUT DR. ZENON RODRIGUES TOMOGRAFIA COMPUTADORES TC crânio + col. TC lombor + col. Lombar DATA: 29/11/2018 16:18 Ass. Dr. Levan

<u>Diagnóstico Inicial:</u>
<u>Exames Complementares:</u>
Prescrição Médica: -Tilatril 20mg + AD EV

*Dr. Adriano Lima dos Reis
Clínica Médica, Cardiologia
CRM-PI 2451 / CPF 697 924.543-00*

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

**0408050462
592.3**

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>	<u>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</u>
<u>DATA:</u> 12 FEVEREIRO 2019	<u>HORA:</u> 14:00

*Dr. Levan
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 4651 - Centro - PI 64000-000
- Norte CEP: 64002470*

*Dr. Levan
CRM-PI 661
CRM-PI 661*

Assinatura Paciente ou Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Imp: 29/11/2018 16:17:55
 (VALDENICE MENDES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDSON RODRIGUES MOURAO		Prontuário: 495562
Mãe: CARMESINA MOURAO DA SILVA	Pai: MIGUEL RODRIGUES DA SILVA	
End. Resid.: RUA STO AGOSTINHO N 2991 - TRES ANDARES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 15/07/1967	Idade: 51a4m14d	Sexo: Masculino Fone: 86-99993-0715
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão: PEDREIRO	Documento: RG: 839339 - SSP PI	
G. Instrução: NÃO informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 695916	Data: 29/11/2018 16:17:55	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procurai: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convenio: S U.S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1/18:00:00:00:00:00	ESPECIALISTA: <i>ESPECIALISTA</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</i>	<i>SCOM/PI</i>
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/18:00:00:00:00:00	<i>Carimbo de retorno</i>
Carimbo/Assinatura Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/1/18:00:00:00:00:00	ESPECIALISTA: <i>ESPECIALISTA</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</i>	<i>DEPARTAMENTO DE SINISTROS BPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</i>
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/18:00:00:00:00:00	<i>Carimbo de retorno</i>
Carimbo/Assinatura Parecer	

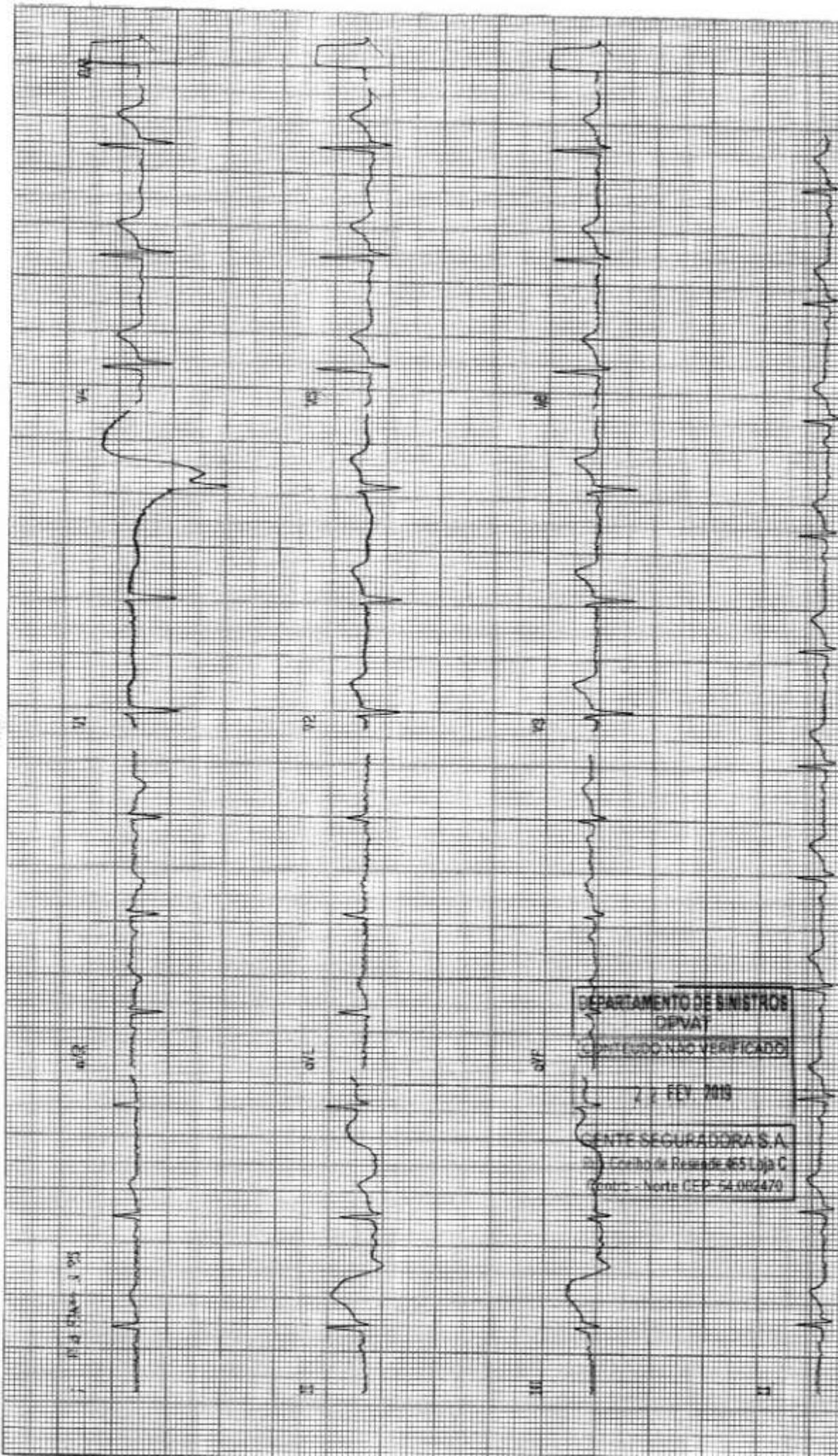
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/18:00:00:00:00:00	<i>CONFERE COM O ORIGINAL</i>
Carimbo/Assinatura Parecer	

Adriano Rodrigues Brumado

DN = 15/07/1967

30/11/18 - 04:30

Adriano Rodrigues Brumado
Ministério da Saúde
04748
CONFIRA COM O ORIGINAL



54583

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	227943

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EDSON RODRIGUES MOURAO	6-Frontuário: 495562		
7-CNES: 898004795135152	8-Nascimento: 15/07/1967	9-Sexo: Masculino	RG: 839339 - SSP PI
11-Mae: CARMESINA MOURAO DA SILVA			12-Fone: 86-99983-0715
13-Resp: (O MESMO)			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: RUA STO AGOSTINHO N 2991 - TRES ANDARES - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

0 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PE DIREITO.

11 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de ossos do metatarso

24-CIN: **5923**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25-Cod. Proced.: **27-Procedimento Solicitado:**
0408050462 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

28-Oclinica: **30-Caráter: Ident.: 02 01** 31-Docum.: **CPF** 32-Doc. Méd. Solic.: **643.843.143-30**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: **34-Data Solicitação:**
ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA **29/11/2018**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (DEPARTAMENTOS DE INVESTIGAÇOES)

35- <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	37-CNPJ Seguradora:	DPVAT	40-Nome B. Inet:	41-Período:
37- <input checked="" type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico	38-CNPJ Empresa:	CONTEUDO NÃO VERIFICADO	42-CNAE Empresa:	43-CBOU:
38- <input checked="" type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajeto		22 FEV. 2019		

45 - Vínculo com a Previdência:

Empregado Empregador Autônomo Desempregado Segurado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Documento: **48-Num. Documento:** **49-Certif. Nôrte CEP: 64002470**

02011 Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
50-CIN: **PM-PI-1268-CNS 17026395120591**

CNS CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Unidade: **PRIMARIA SOARES**
Consultor Local: **693316**
Consulta: **2021**
Internação: **29/11/2018 21:18:50**

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

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898004795135152	EDSON RODRIGUES MOURAO		15/07/1967	M	495562

DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
	86999830715	CARMESINA MOURAO DA SILVA	EDSON RODRIGUES MOURAO

CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE
64000010	RUA SANTO AGOSTINHO		2991

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO	UF
TRES ANDARES		TERESINA	PI

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PÉ DIREITO.

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMACOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050462 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS

LEITO/CLINICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

CARATER

URGENCA

DATA SOLICITACAO

29/11/2018

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA

CPF: 64384314333

CRM:

DATA ADMISSAO

29/11/2018 16:17

DATA ALTA

01/12/2018 10:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE | CNPJ SEGURADORA | N° DO BILHETE | SERIE | CNPJ DA EMPRESA | CNAE EMPRESA | CBOR | NATUREZA DA LESAO

AUTORIZACAO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZACAO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA
HENRIQUE ALMEIDA FILHO CPF: 05500071334	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO
CRM:	CRM
DATA ANALISE: 29/11/2018 21:46:24	DATA ANALISE:
22 FEB. 2019	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSAVEL:

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundacão Municipal de Saúde

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 36 / 44 / 18

NOME DO PACIENTE: Edson Rodrigues Moraes

PRONTUÁRIO N° 495562

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA

ANESTESIA: Racine

Nº DA SALA: 05

CIRURGIÃO Dade Esse Tratamento TRA

10385

CRF No.:

110

OFF N.

AUXILIAR: CRM-PI 2660 SBO

CPF N°:

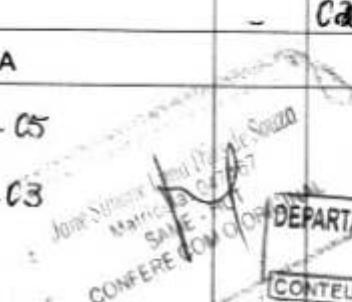
ANESTESIA. *m*

CPF N°:

INSTRUMENTADORA: sara

CPFN[®]

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	-	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA N° 6,5/7,0	PAR	01/02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 7,5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	-		Urgente	-	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	 DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				• Nitrodes - 05			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				• Visco 250g - 03			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	GENTE SEGURADORA Rua Coelho de Resende, 465 top Centro - Norte CEP: 64.002-000		
VICRYL				CIRCULANTE:	1000m		
PROLENE							

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

MOD - 094



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente ENSON RODRIGUES MORAES

Diagnóstico pré-operatório TMT II + IV mesiomas D

Operação - Tipo fixado cf fechado

Cirurgião *L. A. T. T. Sé Frontiers* 1º Assistente

2º Assistente TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRP-PI 2660 SBCT 10309 3º Assistente

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

data da Operação 30/11/88 Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① DDH ② pressão ③ sangue
- ④ retmso ⑤ fixar com fio de
- ⑥ uniao ⑦ par

Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
VOLUME 26(5) 5807-10376

JOHN MURRAY, KENNETH W. MURRAY
SAFETY HUT
HOME ORIGINAL
10/DEP

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 FEB. 2019

Mostrado HUT
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua 10 de Maio, 465 Loja C
Centro - Norte CEP 51.000

SOLICITAÇÃO DE OPME (ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

CÓDIGO OPME: _____

JUSTIFICATIVA:

Fraturas de 3º e 4º estadios
Necessitado fixação com fio
Kirschner. D.O.

Teresina, 30/11/18

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

020119

Marco de Moraes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17026395120001



AUDITOR:

Teresina, _____ / _____ / _____

Assinatura do Médico Solicitante

MOD. 049 - HUT



22 FEB. 2019

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

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. UREIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					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	OXIGÉNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					L-BSA 4/ag equinulc m 75cc/vez corre 45cc peçida	
TEMPERATURA T	C° 38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					12mg + 15mg dia
P. ARTERIAL V O PULSO						SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS		NO	OX			DURAÇÃO	
TÉCNICAS	Bloqueio Subaracnóideo				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES	Cor cur just reto tatoras						
CIRURGIÕES	Dr. Léo TSP						
ANESTESISTAS	 Anestesiologista ROE 2243 CRM PI 4741						
PARTICULARIDADES	 Márcia SAE CONFIRA COM O ORIGINAL						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS NÃO VIMEDIMEDIATAS							
22 FEV. 2013							
GENTE SEGURADOR Rua Coelho da R.							

MOD 76 - HUT

CONDICOES PÓS-OPERATORIAS	COLUNA NÃO VERIFICADA
IMEDIATAS	22 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINHA - HU

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 66 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 21678 - Em: (30/11/2018)

Internação:	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
227943	495562	EDSON RODRIGUES MOURAO	15/07/1967	CENTRO CIRÚRGICO	CENTRO CIRÚRGICO	LEITO 04	LAO TSE: FRONTEIRAS DA SILVA FEITOSA
Evolução:				Alergias:			
Hora:				Diagnóstico/Comorbidades:			

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recom.:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dísta Livre	ORAL TIPO LIVRE,								CO:30h Admitido
1	CLORETO DE SODIO 0,9% (SORO FISIOLOGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	CEPALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD			
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML. INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD			
4	TRNOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h	AD			
5	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	8/8h	SF 0,9%			

Observações Gerais:

SITV + CCGG 6/6h
RX DE CONTROLE

14694 P/URGÊNCIA S/VA

Enfermeira

COREN 12004

RAIO-X REALIZADO
DATA <u>30/11/2018</u>
Técnico: <u>WAL</u>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
22 FEV. 2019

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



2018

NOME Edson Rodri gues maura

IDADE _____ anos

DATA 30/11/2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 00 minTIPO DE ANESTESIA(GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Amol. mtr ()

CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	SAIDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>97/60</u>		<u>121/67 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>72</u>		<u>78</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>98%</u>		<u>96%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>ws</u>		<u>Edson</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

		ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
SPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR MISSÃO							
ESCALA DE DOR ALTA							

(<input type="checkbox"/>) SONDA VESICAL	(<input type="checkbox"/>) DRENO DE SUÇÃO	(<input type="checkbox"/>) DRENO TORACICO	(<input type="checkbox"/>) DVE	(<input type="checkbox"/>) COLOSTOMIA	SONDA (<input type="checkbox"/>) NASOG(<input type="checkbox"/>) NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

17h: Admitido na SRPA, em PÓS- frot. mtr (), sob efeito de anest. consciente, orientado, fisico. Empneico - respira 22, estabil. Ate puro. p/mais queiros.

operação
312-232

CONFIRMAÇÃO DE SINISTRO
CONFERE COM O ORIGINAL
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

22 FEB. 2019

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

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

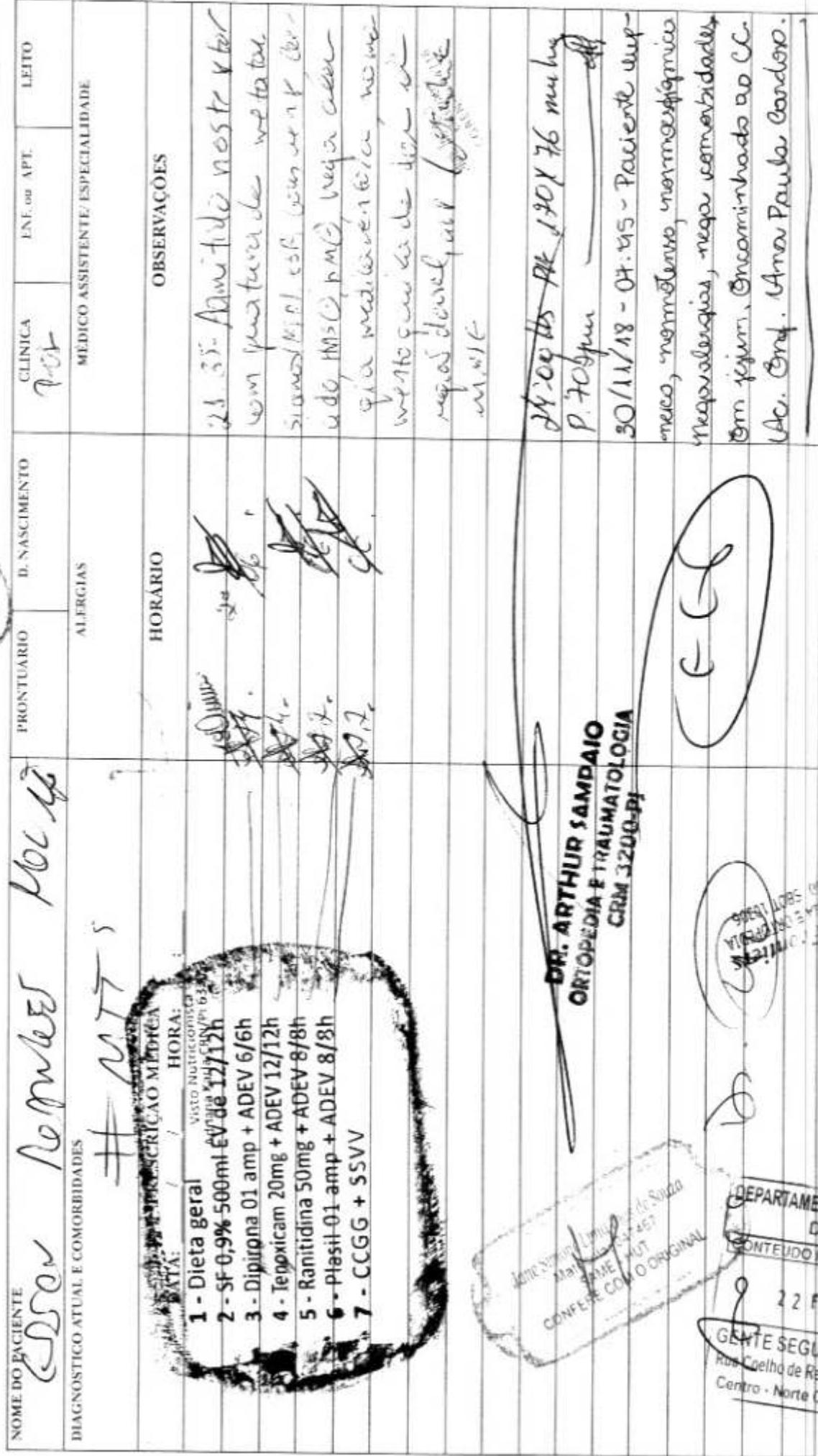
POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] MORT [] NEU [] CIR [] IMED



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



Fundação Municipal de Saúde





LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON RODRIGUES MOURAO** (Prontuário: 495562)
Endereço: RUA STO AGOSTINHO N 2991 - TRES ANDARES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 15/07/1967 Idade: 51a5m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695916
Requisição: 896529 Solicitação: 29/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112000 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 29/11/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente no colo do 3º e 4º metatarsos com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 20/12/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



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



LAUDO MÉDICO

Paciente:	EDSON RODRIGUES MOURAO	(Prontuário: 495562)
Endereço:	RUA STO AGOSTINHO N 2991 - TRES ANDARES - TERESINA - PI CEP: 64000-010	
Nascimento:	15/07/1967	Idade: 51a5m5d
	Sexo: Masculino	Origem: URGÊNCIA/EMERG
Requisição:	696529	Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle:	11111999	Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 29/11/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 20/12/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 FEV. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON RODRIGUES MOURAO** (Prontuário: 495562)
Endereço: RUA STO AGOSTINHO N 2991 - TRES ANDARES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 15/07/1967 Idade: 51a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695916
Requisição: 896530 Solicitação: 29/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112001 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 29/11/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

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

- ESPONDILODISCOARTROSE CERVICAL.
- UNCOARTROSE DE C5-C6 E C6-C7 À ESQUERDA.
- ABAULAMENTOS DISCAIS POSTERIORES DE C5-C6 E C6-C7.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS INTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/01/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOSCPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON RODRIGUES MOURAO** (Prontuário: 495562)
Endereço: RUA STO AGOSTINHO N 2991 - TRES ANDARES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 15/07/1967 Idade: 51a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695916
Requisição: 896531 Solicitação: 29/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112002 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 29/11/2018

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.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/01/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON RODRIGUES MOURAO** (Prontuário: 495562)
Endereço: RUA STO AGOSTINHO N 2991 - TRES ANDARES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 15/07/1967 Idade: 51a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 695916
Requisição: 896532 Solicitação: 29/11/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112003 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 29/11/2018

T.C. DE COLUNA LOMBAR

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5MM DE ESPESSURA E 4MM DE INCREMENTO, DE L1 AO SACRO, MOSTROU:

- AUMENTO E DENSIFICAÇÃO DE PARTES MOLES EM PLANO SUBCUTÂNEO.
- ESPONDILOSE LOMBAR INCIPIENTE.
- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS, LÂMINAS E PEDÍCULOS INTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE PROTRUSÕES DISCAIS SIGNIFICATIVAS NOS NÍVEIS ESTUDADOS, SEJA DIFUSA OU LOCALIZADA.

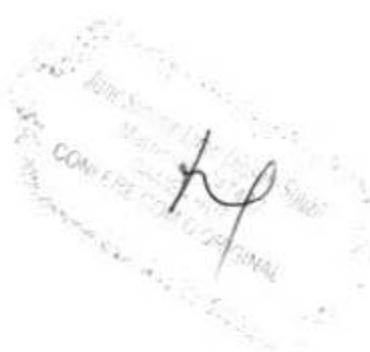
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/01/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 FEV. 2019

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



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON RODRIGUES MOURAO** (Prontuário: 495562)
Endereço: RUA STO AGOSTINHO N 2991 - TRES ANDARES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 15/07/1967 Idade: 51a4m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 697730
Requisição: 900199 Solicitação: 11/12/2018 Solicitante: SILMAR GUERRA MOREIRA
Controle: 1117428 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020062

Data Exame: 11/12/2018

US DE PARTES MOLES

Exame realizado com transdutor linear, obtendo-se cortes logitudinais e transversais da área em estudo, mostrou:

- Espessamento cutâneo em região lombo-sacra e coleção líquida associada com finos ecos internos a uma profundidade da pele de 2.5cm, medindo 12.2x6.8x152.0cm, volume aproximado de 520.6cm³, avascular ao Doppler colorido de amplitude.
- Planos musculares superficiais e profundos sem alterações.
- Estruturas tendíneas e fáscias aponeuróticas sem alterações.

CONCLUSÃO:

1-Coleção líquida com finos ecos internos em região lombo-sacra, volume aproximado de 520.6cm³, avascular ao Doppler colorido de amplitude.
2-Sem outras alterações.

(MARTA VANIA)

TERESINA - PI 11/12/2018

MARTA VANIA LIMA BEZERRA

CPF: 239.486.633-00 CRM PI 1978

Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDSON RODRIGUES MOURAO** (Prontuário: 495562)
Endereço: RUA STO AGOSTINHO N 2991 - TRES ANDARES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 15/07/1967 Idade: 51a4m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 697730
Requisição: 900199 Solicitação: 11/12/2018 Solicitante: SILMAR GUERRA MOREIRA
Controle: 1117428 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020062

Data Exame: 11/12/2018

US DE PARTES MOLES

Exame realizado com transdutor linear, obtendo-se cortes logitudinais e transversais da área em estudo, mostrou:

- Espessamento cutâneo em região lombo-sacra e coleção líquida associada com finos ecos internos a uma profundidade da pele de 2.5cm, medindo 12.2x6.8x152.0cm, volume aproximado de 520.6cm³, avascular ao Doppler colorido de amplitude.
- Planos musculares superficiais e profundos sem alterações.
- Estruturas tendineas e fáscias aponeuróticas sem alterações.

CONCLUSÃO:

- 1-Coleção líquida com finos ecos internos em região lombo-sacra, volume aproximado de 520.6cm³, avascular ao Doppler colorido de amplitude.
- 2-Sem outras alterações.

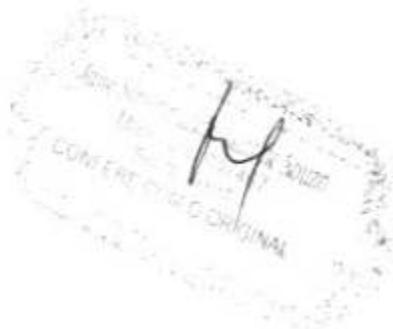
(MARTA VANIA)

TERESINA - PI 11/12/2018

MARTA VANIA LIMA BEZERRA

CPF: 239.486.633-00 CRM PI 1978

Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 FEV. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	498.014.653-87	Edson Rodrigues Mourão		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Edson Rodrigues Mourão		CPF:	498.014.653-87
Profissão:	Endereço:	Santo Augusto	Número:	2987
Bairro:	Treze Andares	Cidade:	Teresina	Complemento: Cesa
E-mail:				
Estado:	PI	CEP:	64.016.817	
Tel.(DDD):				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 54872 2
(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) CONTA: _____
(informar o dígito se existir)

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

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):

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Edson
22 FEVEREIRO DE 2019

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 Lider para verificação da existência de R\$ 6.000,00 de Reserva de R\$ 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470

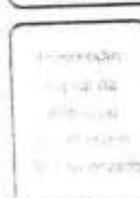
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos:

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



Local e Data: Teresina PI 22/02/19

Nome: _____
CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO

Edson Rodrigues Mourão

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

22 FEV. 2019

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000560/2019-40

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Marcos Henrique Cesar De Araújo

Data/Hora: 11/02/2019 - 12:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

29/11/2018 - 15:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

CRISTO REI

506956

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA ABDIAS NEVES, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EDSON RODRIGUES MOURAO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 839339 SSP PI

Mãe: CARMESINA MOURAO DA SILVA

Endereço: RUA SANTO AGOSTINHO, Nº 2991

Bairro: TRÊS ANDARES

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 TRAFEGAVA PELA AVENIDA ABDIAS NEVES CONDUZINDO O VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA DE PLACA NIM 2063 DE PROPRIEDADE DE MAXIMILIANO JOSE ALVES QUANDO UM VEÍCULO AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL PROVOCANDO COLISÃO, LESIONOU-SE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA.


Marcos Henrique César De Araújo - Mat. 2272407
AGENTE DE POLÍCIA


EDSON RODRIGUES MOURAO - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 06 Saída do local	02 Data do chamado 07 Chegada ao 1º hospital	03 PRO (código) 08 Saída do 1º hospital	04 Saída do PA 09 Chegada ao 2º Hospital	05 Chegada ao local 10 Endereço 11 Bairro 13 Ponto de referência						
Local da Ocorrência	AV. Abdias Neves Jairzinho Freire Cristo Rei's. Colégio Simões Filho.					12 Município-UF Código IBGE					
Dados do Paciente	14 Nome 16 Idade 33 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado					17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 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	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança		
Acidente de Transporte							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 _____ Resp. PA 100x80 TAX. _____ Sat02 _____	25 Local da lesão
Exame Físico							26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Escala de Dor de 0 a 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2 - Não 3 - Suspeita <input type="checkbox"/>
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred						32 Hospital de Destino HOT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	Glicemia _____ Acesso Venoso _____ Medicamentos a) _____ b) _____ <input type="checkbox"/> Não Removido	
Hospital de Destino							35 Observações Interdisciplinar paciente vítima de colisão moto com ônibus com perna subtra no local mais grave de dor em região torax torax região cervical + dor em região região região região inferior direita. DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 22 FEB. 2019				
Observações Interdisciplinar							36 Socorristas Médico _____ AE/TE _____ Responsável pela recepção _____ GENTE SEGURADORA S.A. Enfermeiro _____ Rua Coimbra de Resende, 165 Loja C Condutor _____ Centro Norte _____ 2019-02-22 10:57:19 Gentileza de <u>Manoel Almeida</u>				