

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: 19/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ALBERTO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000325037-7

Nr. da Autenticação 5D4983DD6651AFF9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180317844 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO BEZERRA **Data do acidente:** 08/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA DO PLATÔ TIBIAL MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO E DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM PUNHO ESQUERDO E NO JOELHO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:





Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	1019	08/12/2017	2898	23:10	23:15
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
	23:12	23:13			
	10 Endereço	11 Bairro			
AV. Duque de Caxias		12 Município-UF		Código IBGE	
13 Ponto de referência		14 Nome			
rua - Valão da Casa Cola		Carlos Alberto da Costa			
Dados do Paciente	15 Sexo	16 Idade			
	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	19.9.9.9			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		18 Tipo de ocorrência		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 13	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 74 Resp. 18 PA 11.6 TAX. 98%
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Escala de Dor
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - 10
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Local da lesão
	1 - Sim 2 - Não	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não
Observações Interdisciplinar	36 Observações				
	37 Observações				

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 08/12/2017 do (a) paciente CARLOS ALBERTO BEZERRA o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1. Nome: onde consta IGNORADO (CARLOS ALBERTO DA COSTA) para **CARLOS ALBERTO BEZERRA**
2. Mãe: onde consta NÃO INFORMADO para **MARIA DAS DORES BEZERRA.**
3. Nascimento: onde consta 01/01/1973 para **12/10/1983**
4. Endereço: onde consta AV DUQUE DE CAXIAS PROX AO BALAO DA COCA – AGUA MINERAL – TERESINA – PI para **RUA MOTORISTA AREOLINO CARVALHO, 271- AGUA MINERAL –TERESINA – PI.**

Teresina, 11 de janeiro de 2018

Fábio Marcos de Sousa
Diretor Técnico
CRM: 3336
Hospital de Referência de Teresina - HUT

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3336





Alba

NOME DO PACIENTE: Carlos Alberto da Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 461924

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2018

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

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



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

ORTO
NEURO
C. Geral
SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 08/12/2017 23:43:33

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGNORADO (CARLOS ALBERTO DA COSTA) **Prontuário:** 461924

Mãe: NAO INFORMADO **Pai:** NAO INFORMADO

End. Resid.: NA AV DUQUE DE CAXIAS PROX AO BALAO DA COCA - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 01/01/1973 **Idade:** 44a:11m:7d **Sexo:** Masculino **Fone:** - -

Responsável: O MESMO **CNS:**

Profissão: NAO INFORMADO **CPF:** - - - * **RG:** -

G. Instrução: Não informado **E. Civil:** Ignorado

End. Local.: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 640637 **Data:** 08/12/2017 23:40:55 **Condução:** AMBULÂNCIA DO SAMU

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) **Convênio:** S U S

Ad. Trab.: Não **Trajetos?:** Não **Típico:** Não **CID Secundário:** V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, alcoolizado, não orientado, mal-orientado.

① Axilas arroxadas, perúxas, com coloração cianótica, em prancha rígida

② MVA, AHT, com R.A. 50% = 97%

③ Ausculta cardíaca fisiológica, abdome flácido e indolor, pelve estável

④ Glasgow, 15/15, alcoolizado

⑤ Escoriações na cabeça, braços e antebraços

RAIO-X REALIZADO

DATA 08/12/2017

PA X mmHg

Pulso:

FC:

89

Técnico:

bpm

Temp.:

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx - braços e antebraços + tórax + abdome + perna

RAIO-X REALIZADO

DATA 08/12/2017

Técnico:

HUT DR. ZENON ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: CT

DATA: 08/12/2017

ALTA:

- () Melhorado
() Curado
() Inalterado
() A Pedido

- () Administrativa
() Por Indisciplina
() Por Evasão

- () Retornar à Unid. Origem:
() Transferência:

DATA SAÍDA:

HORA:

ÓBITO:

- () Até 24 Hs
() De 24 a 48 Hs
() Após 48 Hs

DESTINO:

- () Família
() IML

- () Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

408050551

CID Compatível:

S-82.1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2018

Assinatura Paciente ou Responsável

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

Carimbo - Assinatura - Profissional

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA 11/12/17
SERVIDOR
Prof. Solicitante
Internação:

fone roteado
urgência geral
CRM-4525



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	1019	08/12/2017	2893	23:00	23:05
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
	23:18	23:35			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	AV. Juarez de Azevedo	Agua Mineral	Teresina - PI		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	
	princ. Valério de Costa Costa	Carlos Alberto de Costa			
Acidente de Transporte	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção
	999	Se idade ignorada, preencha com 999	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
Exame Físico	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	23 Glasgow =	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag <input checked="" type="checkbox"/> Cinto de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Assento para criança <input checked="" type="checkbox"/>	1 - Nenhuma 2 - Nenhuma 3 - Nenhuma 4 - Nenhuma 5 - Orientada 6 - Confusa 7 - Palavras inapropriadas 8 - Palavras incompreensíveis 9 - Nenhuma	Pulso 74 Resp. 18 PA 115/65 TAX. 93 SatO2 93	Diagrama de corpo humano com setas indicando lesões
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa	1 - Sim 2 - Não
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Sinais de vida
	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 <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input checked="" type="checkbox"/> Glicemia <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> Medicamentos a) <input checked="" type="checkbox"/> b) <input checked="" type="checkbox"/>	1 - VUT	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
	Paciente vítima acidente moto, com apresentando lesões múltiplas, com fraturas expostas, com hemorragias, com queimaduras, com lesões por estilhaços. Sem consciência, com pupilas desiguais, com reflexos abolidos, com saturação de oxigênio em 93%.				

HUT SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, 08/12/2017
SERVIDOR: [assinatura]

Responsável pela recepção

Socorristas

Médico

AE/TE

Enfermeiro

Condutor

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Imp: 08/12/2017 23:43:33

(RAIMUNDA SOARES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: IGNORADO (CARLOS ALBERTO DA COSTA)		Prontuário: 461924	
Mãe: NAO INFORMADO		Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: NA AV DUQUE DE CAXIAS PROX AO BALAO DA COCA - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 01/01/1973	Idade: 44a:11m:7d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: CPF: - - -	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 640637	Data: 08/12/2017 23:40:55	Clas. Cor: Indefinido
Evento da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/12/17	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: <i>Acidente de trânsito - 9.12.17 - 08h30h</i> <i>- 700 (SUDOS) -</i> <i>Carimbo/Assinatura Solicitante</i>	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/12/17

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/12/17	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 11 JUL 2018 <i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 09/12/17	ESPECIALISTA: <i>Dr. Gonç</i>
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: <i>Acidente de trânsito - 9.12.17 - 08h30h</i> <i>GLASGOW = 15, GPC, NAO INTELIGENTE -</i> <i>TÓRAX E ABDOMEN SEM TRAUMATISMO.</i> <i>Queda de 52 cm MSE e MBE.</i> <i>CO: ATM de Dr. Gonç</i> Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/12/17

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/12/17	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer <i>Lauro Fernando Neto</i> Cirurgião Geral CRM-PI 4332 / CRM-MA 8480	



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

Camus A

DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES

PRONTUÁRIO

D. NASCIMENTO

CO-MORBIDADES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1 JUL 2018

SEGUROADORA S.A.
Rua do Sol, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

ENF. ou APT.

LEITO

DATA: 06/12/18 HORA: 12:00

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

NUTRIÇÃO : DIETA

HIDRATAÇÃO :

Libre

FISIOTERAPIA:

CD:

1- DIPIRONA

gts VO 6/6h

2- PARACETAMOL

gts VO 6/6 H SOS - CCGG + SSVV

3- VOLTAREN

gts VO 6/6h

4- TRAMAL 50 mg + 100 ml SF0,9% EV SOS

5- MEMBRO ACOMETIDO ELEVADO

6- CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

66967-10318847-10
atbotoimune10ipdolo-10
s01215 01p8306-10

Tratado de 24h
Quilograma Amarelo AS

9 200h

MÉDICO/CRM:

HUT-SAME

CONFERE COM O ORIGINAL
SERVIDOR
TERESINA
12/12

CRIME 148318847-10
66967-10318847-10
atbotoimune10ipdolo-10
s01215 01p8306-10
310 210

ORTOPEDIA
MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE

22h PA 150/70 mmHg 77.5 bpm
T 36.5°C
8:30h, encontra-se
calmo, orientado
eupneico, com fratura
em MSE, ulna de aa -
dente notoclavicular,
ag. precacamente curvado
CO; PA. 10x60 mmHg, P-
69 bpm, - Thioric 3720 (mg)



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Carlos Alberto Bezerra

Diagnóstico pré-operatório

TRAUMA TIPO BARTON (E)

Operação - Tipo

OSTEOSSINTOSE com PLACA

Cirurgião

Dr. Leocádio Soares

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ediane

Anestesista

Dr. Bruno Lima

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

10/12/2017

Início

14:30

Fim

16:15

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2018

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

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA-PI 11/12/17
SERVIDOR: florence

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em ASA, sob anestesia. MSE garantido.
- 2) Anestesia + antisepsia com campo esteril.
- 3) Incisão de Henry + dissecção + RAFI com placa osseas + IFK 2.0.
- 4) KMC com 500,5% e sutura por plano anti-pulmão.
- 5) Curativo local + fixação de gesso com BPS.
- 6) Fale bem.
- 7) A SIDA

Dr. Leocádio Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 4465 REG 12409



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Carlos Augusto Bezerra Costa

Diagnóstico pré-operatório

FRAT. PLATO TIBIAL MORAL (E)

Operação - Tipo

OSTEOSSINTOSE

Cirurgião

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

10/12/17

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2018

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Lavagem em MTH, sob anestesia com MIE garantida.
- 2) Anestesia + antissepsia com compressas.
- 3) Incisão medial + dissecção por plano atípico
- 4) Ref1 com placa de apoio medial
- 5) Controle sob inspeção ORL
- 6) LMC com 520, 9% e sutura por plano atípico
- 7) Retirada gesso com BPA
- 8) Curativo + fecho
- 9) A SRPA

HUT-SAME

CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Leonardo Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 4468 TEOT 12409

Mod. 76 HUT



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10 / 12 / 17

NOME DO PACIENTE: <u>Bezzina</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>461924</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Carlos Alberto Salata</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr. Bruno Lima</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Hecádio Soares</u> <i>Dr. Hecádio Soares Ortopedia/Traumatologia CRM-PI 4453 TEOT 12450</i>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Ediane</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				DEPARTAMENTOS DE SINISTROS			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				DPVAT			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				11 JUL 2018			
ALCOFIL				GENTE SEGURADORA S.A.			
MONONYLON				Rua Coelho de Resende, 465 Loja C			
FITA UMBILICAL				Centro-Norte CEP: 64.002-470			
VICRYL				Teresina-PI			
PROLENE				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE: <u>Ana Gláucia</u>			

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS ALBERTO BEZERRA** (Prontuário: 461924)
Endereço: RUA MOTORISTA AREOLINO DE CARVALHO N271 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/10/1983 Idade: 34a.2m.27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 640637
Requisição: 796800 Solicitação: 09/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 987917 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/12/2017

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/12/2017

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2018

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

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, 11/12/17
SERVIDOR: *[assinatura]*

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO							
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
SISTEMA DIGESTIVO							
ESTADO MENTAL							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							
APLICADO AS							
EFEITOS							
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES	
		1 2 3					
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100					
TEMPERATURA T		C°					
P. ARTERIAL V O PULSO		38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80					
RESPIRAÇÃO O		20					
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS						DURAÇÃO	
OPERAÇÕES						INCIDENTE - ACIDENTE	
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							

HUT-SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, 15/12/12
SERVIDOR: [assinatura]

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONquite
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO	38					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						DURAÇÃO
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

**CENTRO INTEGRADO DE SAUDE LINEU ARAUJO**

Rua Magalhães Filho, 152 - Su Centro - Fone: 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS ALBERTO BEZERRA** (Prontuário: 372428)
Endereço: RUA MOTORISTA AREOLINO DE CARVALHO N271 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: -
Nascimento: 12/10/1983 Idade: 34a:5m:22d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0
Requisição: 111480 Solicitação: 28/02/2018 Solicitante: LEOCADIO SOARES
Controle: 132537 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 28/02/2018

JOELHO ESQUERDO

- Controle evolutivo pós-operatório de osteossíntese da tíbia proximal com materiais de fixação normoposicionados.

(LUIZ AIRES)

TERESINA - PI 06/03/2018

**LARA BASILIO MEDEIROS VERAS**CRM 3373 PI
Profissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS ALBERTO BEZERRA** (Prontuário: 372428)
Endereço: RUA MOTORISTA AREOLINO DE CARVALHO N271 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: -
Nascimento: 12/10/1983 Idade: 34a:5m:22d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0
Requisição: 111480 Solicitação: 28/02/2018 Solicitante: LEOCADIO SOARES
Controle: 132536 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 28/02/2018

PUNHO ESQUERDO (2 INCID.)

- Controle evolutivo pós-operatório de osteossíntese do rádio distal com materiais de fixação normoposicionados.

(LUIZ AIRES)

TERESINA - PI, 06/03/2018

LARA BASILIO MEDEIROS VERAS

CRM 3373 PI

Profissional Responsável



**CENTRO INTEGRADO DE SAUDE LINEU ARAUJO**

Rua Magalhães Filho, 152 - Su Centro - Fone: 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS ALBERTO BEZERRA** (Prontuário: 372428)
Endereço: RUA MOTORISTA AEROLINO DE CARVALHO N271 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: -
Nascimento: 12/10/1983 Idade: 34a:2m:10d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0
Requisição: 103182 Solicitação: 20/12/2017 Solicitante: LEOCADIO
Controle: 122131 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 20/12/2017

JOELHO ESQUERDO

- Controle evolutivo pós-operatório de osteossíntese da tíbia proximal com materiais de fixação normoposicionados.

(LUIZ AIRES)

TERESINA - PI 22/12/2017

LARA BASILIO MEDEIROS VERAS

CRM 3373 PI

Profissional Responsável



**CENTRO INTEGRADO DE SAUDE LINEU ARAUJO**

Rua Magalhães Filho, 152 - Su Centro - Fone: 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS ALBERTO BEZERRA** (Prontuário: 372428)
Endereço: RUA MOTORISTA AEROLINO DE CARVALHO N271 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: -
Nascimento: 12/10/1983 Idade: 34a:2m:10d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0
Requisição: 103182 Solicitação: 20/12/2017 Solicitante: LEOCADIO
Controle: 122130 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 20/12/2017

PUNHO ESQUERDO (2 INCID.)

- Controle evolutivo pós-operatório de osteossíntese do rádio proximal com materiais de fixação normoposicionados.

LUIZ AIRES)

TERESINA - PI 22/12/2017

LARA BASILIO MEDEIROS VERAS

CRM 3373 PI

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CARLOS ALBERTO BEZERRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
2231463 SSP/PI

CPF
014.303.883-40

DATA NASCIMENTO
12/10/1983

FILIAÇÃO
MARIA DAS DORES
BEZERRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A.B.

Nº REGISTRO
05401446701

VALIDADE
15/07/2021

1ª HABILITAÇÃO
13/01/2012

OBSERVAÇÕES

Carlos Alberto Bezerra
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
18/07/2016

25801685506
PI317435680

ARÃO MARTINS DO REGO LÓBÃO
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-PI (PJAUI)

SALVA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1294260817

PRIMÁRIO PLASTIFICAR
1294260817

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2018

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180317844 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO BEZERRA **Data do acidente:** 08/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL E EXAMES DE IMAGEM COM
RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

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

014.303.883.40

Nome completo da vítima

Carlos Alberto Bezerra

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Carlos Alberto Bezerra		CPF titular da conta 014.303.883.40	Profissão
Endereço Rua motorista Avelino de Carvalho		Número 271	Complemento
Bairro Água mineral	Cidade Teresina	Estado PI	CEP
Email		Telefone (DDD) 86/994729591	

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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0029 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 325037 (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO. _____		AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	
D/V _____		D/V _____		D/V _____		D/V _____	

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 conta informada. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina de filho de 2018
Local e Data

Carlos Alberto Bezerra
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.005145/2017-11

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 19/12/2017 - 17:16

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. DUQUE DE CAXIAS, Nº:

Complemento

456524

Data/Hora

08/12/2017 - 21:30

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLOS ALBERTO BEZERRA

RG: 2231463SSPI

Mãe: MARIA DAS DORES BEZERRA

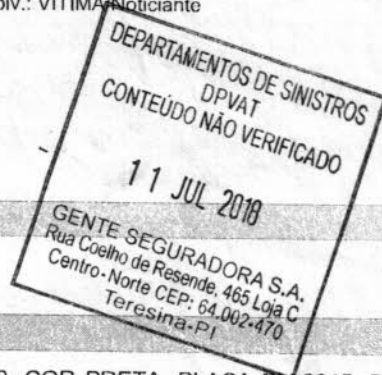
Endereço: RUA MOTORISTA AREOLINO DE CARVALHO, Nº 271

Bairro: ÁGUA MINERAL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9597-4835

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO MOTO HONDA POP 100, COR PRETA, PLACA PIJ-3915, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE/VÍTIMA NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE COLIDIU NO VEÍCULO-II CARRO, QUE EVADIU-SE DO LOCAL. O NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUARIO DE Nº461924. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes
Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

Carlos Alberto Bezerra
CARLOS ALBERTO BEZERRA - Noticiante
Responsável pela Informação



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Carlos Alberto Bezerra</i>	CPF da Vítima <i>014.303.883-40</i>	Data do Acidente <i>08.12.2017</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Carlos Alberto Bezerra</i>	CPF do Representante legal <i>014.303.883-40</i>
Email	Telefone (DDD) <i>(86) 99472 9591</i>

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

THE 06 de Julho de 2018
Local e Data



Carlos Alberto Bezerra
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

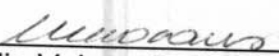
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **08/12/2017** foi socorrido pelo SAMU o paciente **Carlos Alberto Bezerra**, vítima de Acidente de Trânsito tendo sido removido pelo SAMU e levado para o Hospital de Urgência Teresina-HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou no preenchimento da ficha registrando o nome do mesmo de **Carlos Alberto da Costa** ao invés de **Carlos Alberto Bezerra**..

Teresina, 18 de Dezembro de 2017.



Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administração e Financeira
SAMU





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1019	02 Data do chamado 08/12/2017	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 23:10:00	05 Chegada ao local 23:10:15
	06 Saída do local 23:11:12	07 Chegada ao 1º hospital 23:13:15	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço AV. Duque de Caxias		12 Município-UF Teresina - PI		
	11 Bairro Água Mineral	13 Ponto de referência prox. Valeão da Coca Cola		Código IBGE	
Dados do Paciente	14 Nome Carlos Alberto da Costa		15 Sexo 1 - Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade 19.9.99	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 01 - Acidente de transporte HUT 02 - Agressão física-espantamento 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				
	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/> 20 Meio de locomoção <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel Estacionado 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta		22 Equipamentos de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança		
	23 Glasgow = A3 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 74 bpm Resp. 18 rpm PA 118/62 TAX. 98% SatO2 98%		
Exame Físico	25 Local da lesão 		26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não ESCORIAÇÕES		
	29 Dor <input checked="" type="checkbox"/> 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Suspeita		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica		
Assistência	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		
	34 Óbito <input checked="" type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte		35 Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>		
Hospital de Destino	36 Observações Interdisciplinar Port. vítima acidente moto com lesões graves, múltiplas escoriações, ferimentos profundos na cabeça e abdômen, forte odor etílico. Segue consciente, desorientado, ferido, e apresenta em si escoriações.				
	37 Responsável pela recepção Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU				

CONFERE COM O ORIGINAL
Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU