

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

22/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

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

CLIENTE: EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05813-0

CONTA: 000000008422-0

Nr. Autenticação

BRDESCO220720190500000000023705813000000008422236250 PAGO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190378995 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 18/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:** EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 18.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Dr José Ayres Pedreira Júnior | CRM3424  
Ortopedia/Traumatologia | TEOT11977

Paciente: Edu. Leon Resendes

Ho oral:

① Aliviar dor — c2

Tam. 1 p 12.12h.

re inflamar.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja  
Centro - Norte CEP: 64.002471

02/09/19



Dr. José Ayres Jr.  
ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA  
MÉDICO DO TRABALHO  
CRM-PI 3424 / CRM-CE 12185  
TEOT 11977

Rua Oswaldo Cruz, 332 - Térreo, Centro  
**89 3422-9697 / 98809-3185**

Dr José Ayres Pedreira Júnior | CRM3424  
Ortopedia/Traumatologia | TEOT11977

Paciente: Edson Cruz

# Retorno ao familiar

Cruz IS d. or.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
13 JUN. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C  
Centro - Norte CEP: 64.002479

Dr. José Ayres Jr.  
CRM-PI 3424 / CANCE 1218  
MÉDICO DO TRABALHO  
TEOT 11977

Rua Oswaldo Cruz, 332 - Térreo, Centro  
89 3422-9697 / 98809-3185



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DR. JOSÉ AYRES PEDREIRA JÚNIOR  
CRM-PI: 3424  
RUA OSWALDO CRUZ, 332 - TÉRREO  
BAIRRO FÁTIMA - PICOS-PI - CEP 64.600-124  
FONE: 89 3422-9697

RECEITUÁRIO  
CONTROLE ESPECIAL

- 1ª Via Retenção na Farmácia ou Droguaria
- 2ª Via Orientação ao paciente

Paciente: Edson Cruz

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: \_\_\_\_\_

① Pico Tower  
12, 12m

Dr. José Ayres Jr.  
CRM-PI 3424 / CANCE 1218  
MÉDICO DO TRABALHO  
TEOT 11977

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_  
Ident.: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_  
End. Completo: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura do Farmacêutico

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

## RECEITUÁRIO

NOME: Edmilson Mendes

Uso oral: Amoxicilina 500mg (6)

① Meloxicam 15mg 10 p

Tamoxifeno 20mg 12 d.a. manhã

50 d.o

José Ayres Pedreira Junior  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 3434 TEOT 11.977  
CPF 836.850.174-63

Data: 25/03/19

Médico (assinatura e carimbo)

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

TEM NO VERSO TAMBÉM ↑

CLINICA ORTOMED

CONVENIO: PARTICULAR

NOME: EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL

DN: 09/08/1963

MÃE:

SEBASTIANA SOBRAL DA SILVA

END: RUA EPAMINONDAS NOGUEIRA 1997 IEDA

VALENCA DO PIAUI FONE: 86 99993 7893

Consultas 02-04-19  
Padrão 07-05-19

02  
04  
19  
- Pseudoartrose T. b. a. (V)

Pos op 12 dias

F.O. longa

Ret. nos pontos.

em: Exame no corpo  
Pr com 3 mts avaliação  
carga em membro



Atendimento: P0236097

Data: 02/03/2019

Funcionario: EDIMAR

Registro: 104458

Hora: 21:43:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

**SUS**

Senha **85**

**EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL**

CPF: - RG: 2368396 - SUS:

Nasc.: 09/08/1963 Idade: 55 ANOS, 6 MESES, 24 DIAS Profissão:

Civil: CASADO(A) CEP: 64300000

Ind.: EPAMINONDAS NOGUEIRA, 1.997 -

Bairro: IEDA

Cidade: **VALENCA DO PIAUI/PI**

Cor: SEM

Telefone: ( ) -

Mãe: SEBASTIANA SOBRAL DA SILVA

Pai: FRANCISCO LIANDRO DA SILVA

Clinica: **CLINICA GERAL**

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

**Procedimentos**

301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

**História Clínica/Exame físico:**

Hora: \_\_\_\_:

☐ Internação

PACIENTE, 55 ANOS, VITIMA ATROFICADO EM C1

FRATURA EXPOSTA TÍBIA DISTAL DIREITA

**Exames Complementares:**

**Diagnostico provavel:**

FRATURA TÍBIA DISTAL DIREITA EXPOSTA

**Prescrição Médica:**

**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 21:51:11

**Prioridade:**

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

**Queixa/História:** TRAUMA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 JUN. 2019

COMPANHIA S. A.  
RUA COELHO DE RESENDE, 465 LOJA C  
CENTRO - NORTE CEP: 64.002.470

**Alergias:** NEGA ALERGIA MEDICAMENTA

**Medicação Usual:**

PA: 160/100 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 98

FC: 71 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:**

**Condulta:**

Maria Assumpta de Oliveira Silva  
Enfermeira  
COREN-PI 548.328

548328 - MARIA ASSUMPTA DE OLIVEIRA SILVA  
Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta**

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Dr. Rafael Barbosa Vieira  
Médico  
CRM-PI 6067





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ  
PRAÇA ANTENOR NEIVA,  
BOMBA, PICOIS/PI 64601-391  
CNPJ: 06.553.564/0102-81  
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0617613  
Data: 03/03/2019  
Funcionário: RITA

Registro: 407229  
Hora: 00:27:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

**EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL**

Nasc.: 09/08/1963 Idade: 55 ANOS, 6 MESES, 25 DIAS Profissão:

End.: EPAMINONDAS NOGUEIRA, 1.997 -

Bairro: IEDA

Cor: PARDA Telefone: ( ) -

Mãe: SEBASTIANA SOBRAL DA SILVA

CPF: - RG: 2.388.396 - SUS: 200526147050018

Civil: CASADO(A) CEP: 64300-000

Cidade: VALENÇA DO PIAUI/PI

Pai: FRANCISCO LIANDRO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: SAMU

Atendimento de URGÊNCIA

### Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

### História Clínica/Exame físico:

Paciente vítima de acidente  
motociclista, em trauma no  
M12

Hora: \_\_\_\_\_  
☐ Internação

### Exames Complementares:

Sinais vitais normais

### Diagnóstico provável:

Fratura exposta do M12

### Prescrição Médica:

Sem Farmacologia

1.000.000 / 10 de  
EL

Exatidão Rx de punho  
do antepedistal

Dr. FRANCISCO MARIO MENDES  
Clínico Médico -  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

### Anotações da Classificação de Risco

Hora: 00:36:13

### Prioridade:

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

Queixa/História: PCT REGULADO DE VALENÇA DO PIAUI, VITIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO HA +/-03 HORAS, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA, REFERE DOR LOCAL

Alergias: NEGA

Medicação Usual: NDN

PA: 150x90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NDN

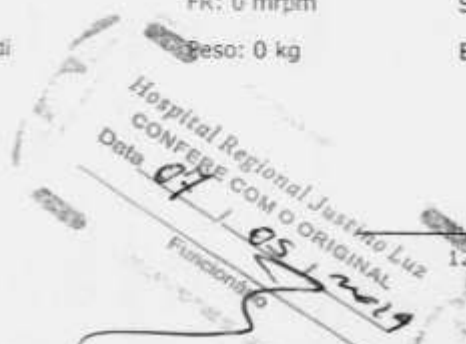
Conduta: AO CLINICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

Dor:  
13 JUN. 2019

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



122728 - INES LUCIA PACHECO LEAL  
Enfermeiro Responsável

Hora:

### Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL  
Paciente ou Responsável

1217 - FRANCISCO MARIO MENDES  
Médico Responsável







Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES  
4009622

4 - CNES  
4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
ANTONIO DA SILVA SOBRAL

7 - ENDEREÇO DO PACIENTE (CNS)  
RUA ...

8 - DATA DE NASCIMENTO  
09/08/1963

9 - SEXO  
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
407229

11 - TELEFONE DE CONTATO  
( ) -

12 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA  
RUA ...

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO  
2211308

15 - UF  
PI

16 - CEP  
64300-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vitima de Acidente Motorista  
Abuso de Expostos. Abuso de Expostos  
At Expostos Tíbilis (D)

18 - COMO SE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Abuso

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

At Expostos Tíbilis

21 - CID PRINCIPAL  
S822

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REG.)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO ...

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - PREVIDÊNCIA

42 - EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

13 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua ...  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data 07/08/2019  
Funcionário

Antônio ...





Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-301 - Picos-PI

PRONTUÁRIO  
DATA/  
HORA/  
CODIGO/

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLÍNICA

QUANT.

ENFER. OU  
APT

LEITO

MÉICO ASSIN

RELATORIO DE INFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

13 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002471Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data 07/06/2019  
Funcionário

José Ayres Pedreira Junior

Ortopedia / Traumatologia

CRM 12.183 - RBO 11.977





SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
JUN. 2019  
COMPANHIA SEGURODESA S.A.  
Rua Coentro de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.00247n

NOME: EDMILSON LEANDRO DA SILVA HD: FX DO MID	ALA C	ENF 18	LEITO 83	R. MET.
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA: 30/03/2019	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÃO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
1. DIETA ORAL LIVRE				
2. JELCO HIDROLISADO				
3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS				
4. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (SN)				
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (SN)				
6. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)				
7. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG				
8. SSVV + CCGG				
9. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				

Dr. Francisco Junior Castelo Branco  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI: 4504 / TEOT 14196

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data: 30/03/2019  
Funcionário: [assinatura]



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTABILIZADO  
JUN. 2019  
GENTE SEGURO S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

NOME: <u>Edna Regina da Silva Silva</u>	ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
HD: <u>Externa</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA: <u>03/19</u>	OBSERVAÇÕES			
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
1. DIETA ORAL P/ DIABÉTICO*				
2. JELCO SALINIZADO				
3. DIPIRONA 01 g + AD EV 6/6H S/N				
4. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 (S/N)				
5. OMEPRAZOL 40 MG VO ÀS 06 HORAS				
6. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP. V.O SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
7. BROMOPRIDA 10MG - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)				
8. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT: <u>(verificar)</u>				
<150: 0 251-300: 6UI				
151-200: 2 UI 301-350: 8UI				
201-250: 4UI > 350: 10UI				
9. GLICOSE 50% - 40ML IV SE HGT < 70MG/DL E CHAMAR O CLÍNICO <u>(verificar)</u>				
10. GLICEMIA DE 8/6 HORAS <u>(verificar)</u>				
11. TLATL 40MG, EV, 12/12H <u>de 24</u>				
12. CLEXANE 40MG, SC, 01 X DIA <u>(verificar)</u>				
13. SSVV + CCGG				

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data: 07/05/19  
Funcionário: [assinatura]

Dr. STAVO FELI  
Fisioterapia e Traumatologia  
CRM-PA 9915

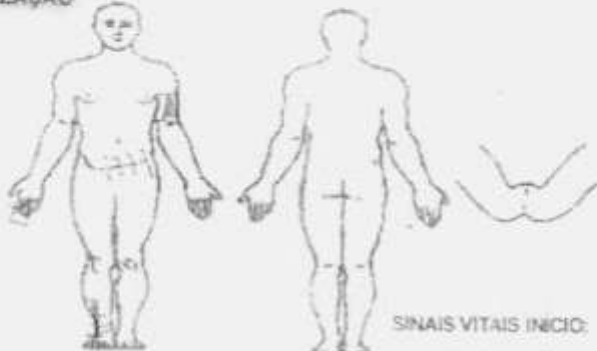


REGISTRO DE ENFERMAGEM  
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

03/03/2019

CIRCULANTE: Vera Fernandes / Trindade SALA Nº 4  
 ENTRADA NA SO: 01:10 INÍCIO DA ANESTESIA: 01:20 INÍCIO DA CIRURGIA: 01:30  
 SAÍDA DA SO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA PROPOSTA: L.M.C + fratura de fêmur exposta de tibia D  
 CIRURGIA REALIZADA: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO: Dr. Leonardo ANESTESIOLOGISTA: Dr. Marcos INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 ASSISTENTES: 1º: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ 2º: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTODOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 156x105 SATO 98% FC 107bpm  
 SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 147x97 SATO 99% FC 98bpm

TIPO DE ANESTESIA: Raqui

<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMULI PLEX	<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA	<input type="checkbox"/> GERAL
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20	<input type="checkbox"/> LOCAL	<input type="checkbox"/> COM CATETER
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR	<input type="checkbox"/> PERIDURAL	<input type="checkbox"/> SEM CATETER
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	<input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+I)	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL
	<input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	<input type="checkbox"/> TÓPICA	

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº \_\_\_\_\_ ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF ☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº \_\_\_\_\_  
☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL	<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA	<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO	<input type="checkbox"/> SENTADA	<input type="checkbox"/> TREDELEMBURG
<input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> LITOTOMICA	<input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	<input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	

PREPARO DA PELE

<input type="checkbox"/> DEGERMAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE	<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA	<input checked="" type="checkbox"/> PVPI TÓPICO
<input type="checkbox"/> ANTI SEPSIA	<input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO	<input type="checkbox"/> CLORO HEXIDINA ALCOOLICO	
<input type="checkbox"/> REALIZADA POR	<input type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	<input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL	<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA	<input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO
<input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl	<input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____
		<input type="checkbox"/> MSE	

☐ Sonda uretral Nº \_\_\_\_\_ ☐ COLETOR ☐ UROSTOM ☐ AP BARBEAR \_\_\_\_\_ UND ☐ SNG Nº \_\_\_\_\_  
☐ Sonda Foley Nº \_\_\_\_\_ ☐ LANCETA \_\_\_\_\_ UND ☐ Sonda de aspiração Nº \_\_\_\_\_ ☐ JELCO Nº \_\_\_\_\_

GARROTEAMENTO

TIPO: ☐ FAIXA DE SMARCH \_\_\_\_\_ UND

LOCALIZAÇÃO: ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO

TEMPO: INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO \_\_\_\_\_

SERVIÇOS SOLICITADOS

<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> LOCAL
<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 13 JUN. 2019  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

# FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: <i>Edson Roberto dos Santos Silva 5250</i>					Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>13/06/2019</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICO		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO ÀS	EFEITOS		
		<i>02h 03h</i>				TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					<b>SEQUÊNCIA</b> 1. Bupivacaína (0,5%) 125mg 2. Dinaf (100) 300mg 3. Alfentanil 100mg 4. Propofol 100mg 5. Fentanil 100mg 6. Difenidramina 100mg 7. Difenidramina 100mg 8. Difenidramina 100mg 9. Difenidramina 100mg 10. Difenidramina 100mg 11. Difenidramina 100mg 12. Difenidramina 100mg 13. Difenidramina 100mg 14. Difenidramina 100mg 15. Difenidramina 100mg	
LÍQUIDOS	SO. UTO SANGUE OUTROS						
TEMPERATURA T	Cº						
P. ARTERIAL V O PULSO	38						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							DURAÇÃO
TÉCNICAS							INCIDENTE / ACIDENTE
OPERAÇÕES							DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CIRURGIÕES							CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
ANESTESISTAS							13 JUN, 2019
CONDICÕES POS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:							GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470
PARTICULARIDADES							

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data *02/06/2019*  
Funcionário *[assinatura]*

MARCUS VINÍCIUS JUSTINO BEZERRA  
Médico

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

## FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE				DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
Edmilson Leandro da Silva Sobral				03/03/2019		
PROCEDIMENTO				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO				APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML		QUANT.	UND.	TOTAL		
SERINGA 5 ML/10 ML		02/02			ARCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML					BOMBA DE INFUSÃO <input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL					ASPIRADOR <input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO					AUTOClave <input checked="" type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12		03			INSTRUMENTAL CIRÚRGICO <input checked="" type="checkbox"/>	
ALGODÃO					ULTRASSON <input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA		02			STIMUPLEX <input type="checkbox"/>	
PVPI 10cm / 10pico		200/200				
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE		03				
ATADURA COM CREPOM 15cm		06				
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF 0.1mg		01				
NEOCAÍNA PESADA 0.5%		01				
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN 15mg/100ml		01				
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA		02				
CEFALOTINA 1g		02				
FENTANIL		01				
FLUMAZENIL						
PLASIL 100mg/10ml		01				
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOGINA 100mg/10ml						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON 2.0 ag		02				
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE 10x10cm		06				
ESPARADRAPO 2x4cm		40				
LÂMINA DE BISTURI nº 24		01				
LUVA ESTÉRIL 1/5		03				
LUVA DE PROCEDIMENTO		04				
SORO FISIOLÓGICO 0.9% (500ml)		15				
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE		01				
TNOXICAM						

INÍCIO		TÉRMINO	DURAÇÃO
01:30h		02:15	
OPERAÇÃO HMC + fixação externa de			
CIRURGIÃO Dr. Leonardo			
AUXILIAR			
ANESTESISTA Dr. Marcos Vinícius			
TIPO DE ANESTESIA Raque			
INSTRUMENTADOR Edilson			
OCORRÊNCIAS			

USUBINTEN. IND. E COM. LIDA  
Ref. 404102 - Lote 4734816  
FUNDADOR: JAY FOX O BARRA 200  
FUNDADOR EXTERNO: JAY FOX  
Registro ANVISA: 10223710025

Res. Técnica: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 0601620873

13 JUN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.00247n

MÉDICO: Dr. Leonardo  
ENFERMEIRA(O): Katia  
TÉC. ENFER: Vera 358752 T.E / J. Viana /  
Fernanda.

Nome: EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBR  
Idade: 55a 8m 27d  
Data: 06/05/2019  
Solicitante: JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR  
Convênio: PARTICULAR  
Código: 37244

**RX DA PERNA DIREITA (02 INC)**

**RELATÓRIO:**

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fraturas no terço distal da tíbia e da fíbula.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



**Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto**  
CRM 3255

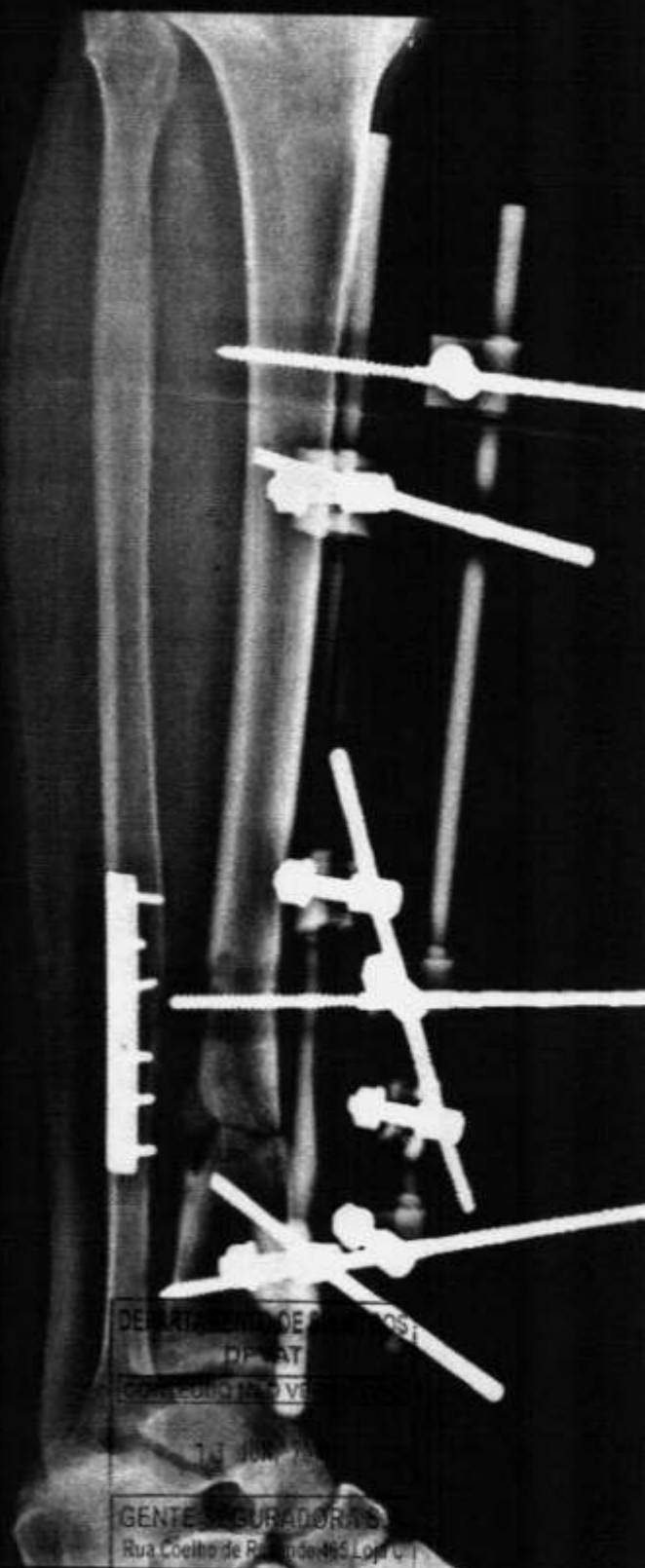
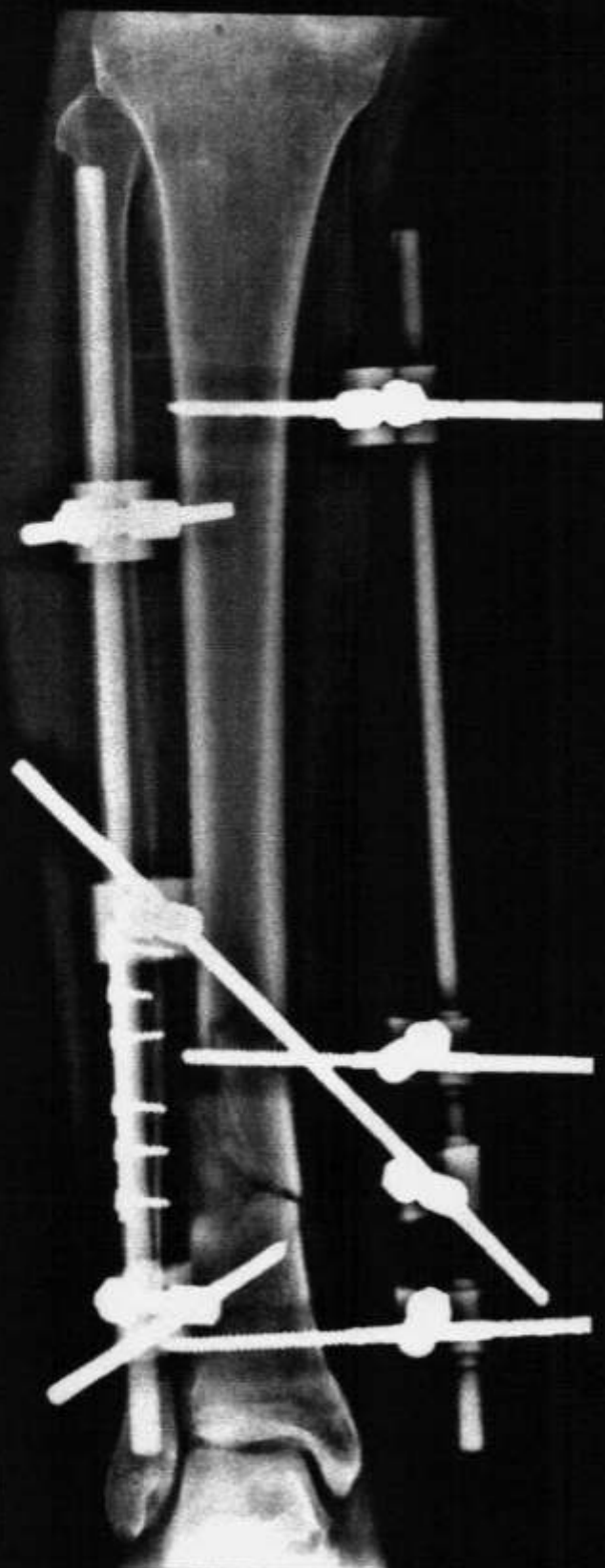


EDMILSON LINDRO DA SILVA SOBR  
Sexo: Masculino  
Idade: 55 Anos

Data de nascimento: 10/02/19  
Nome de nascimento: 1973440

EDMILSON LINDRO DA SILVA SOBR  
Sexo: Masculino  
Idade: 55 Anos

Data de nascimento: 10/02/19  
Nome de nascimento: 1973440



DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

7.4 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S  
Rua Coelho de Azevedo, 445 Lapa V

Dir.

Exame NÃO ESPECIFICADO  
Nome de nascimento: 1973440  
Med. Social: JOSEPHINES FERREIRA JUNIOR

CLÍNICA ANTONIO BOMFIM - VALENÇA - PI

Exame NÃO ESPECIFICADO  
Nome de nascimento: 1973440  
Med. Social: JOSEPHINES FERREIRA JUNIOR

CLÍNICA ANTONIO BOMFIM - VALENÇA - PI



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  
**3J90378995**

CPF da Vítima  
**306.670.463-72**

Nome completo da vítima  
**EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL</b>		CPF titular da conta <b>306.670.463-72</b>	Profissão <b>MECÂNICO</b>
Endereço <b>RUA EPAMINONDAS NOGUEIRA</b>		Número <b>1997</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>SAO FRANCISCO</b>	Cidade <b>VALENÇA</b>	Estado <b>PI</b>	CEP <b>64300-000</b>
Email <b>jioivan6.ji@gmail.com</b>		Telefone (DDD) <b>(89) 994122206</b>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ **BRADESCO (237)**    ☐ **BANCO DO BRASIL (001)**    ☐ **ITAU (341)**  
☐ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

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

**BANCO**  
Nome **BANCO BRADESCO** NRO **237**

**AGÊNCIA** NRO.  D/V   
(Informar dígito se existir)

**CONTA** NRO.  D/V   
(Informar dígito se existir)

**AGÊNCIA** NRO. **5813** D/V   
(Informar dígito se existir)

**CONTA** NRO. **8422** D/V **0**  
(Informar dígito se existir)

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

**VALENÇA-PI, 11 de JULHO de 2019**  
Local e Data

*Edilson Lando da Silva Sobral*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PAULO J F CHAVES/SCOPUS  
PAULO J F CHAVES - M  
ROD PI 120  
VALENTIN VAL. DO PIAUI PI

V19.1 11/07/2019 12:47  
TERM 000001 LOJA 000009213500001

AUTE 273594

DATA:11/07/2019 HORA DE BRASILIA:12:47

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

FAVORECIDO

BANCO : 237

AGENCIA: 05813 - VALENCA DO PIAUI

CONTA : 0000000008422-0

NOME : EDMILSON LIANDRO DA SILVA  
SOBR

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 JUL 2019

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

DEPOSITANTE : O PROPRIO

FAVORECIDO

VALOR EM DINHEIRO :

VALOR EM CHEQUE :

VALOR TOTAL :

AG.BRADESCO :5813 - VALENCA DO PIAUI  
CORRESP.BANC.:116 - PAULO J F CHAVES  
NSU: 003202912943 AUTENTICACAO: 364944

O PAULO J F CHAVES ATUA COMO  
CORRESPONDENTE BANCARIO DO BANCO  
BRADESCO S/A.

CONSERVE ESTE RECIBO

OUIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

VIA DO CLIENTE



# 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: 306.670.463-72 Nome completo da vítima: EDIMILSON LINDRÃO DA SILVA SOBRAL

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

Nome completo: EDIMILSON LINDRÃO DA SILVA SOBRAL CPF: 306.670.463-72  
Profissão: RECUSOU Endereço: RUA EPAMINONDAS NOGUEIRA Número: 1997 Complemento: CASA  
Bairro: SAO FRANCISCO Cidade: VALENÇA Estado: PI CEP: 64300-000  
E-mail: jioivan6.ji@gmail.com Tel (DDD): (89) 994122206

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

## RENDA MENSAL:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0761 8 CONTA: 30.605 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 JUN. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Figueiredo 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) ☐ Divorçado ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: VALENÇA DO PIAUI - PI 11/06/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (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.

Banco Postal

\*\*\* Depósito em Conta Corrente \*\*\*

Agência : 34300643-AC VALENCA DO PIAUI  
Terminal: 34306401 Id.Trx. : 918650  
Nro Aut : 111332 Caixa : 85272590  
Data : 11/06/2019 Hora : 11:13  
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL

5757806124

0046

SAC BB 0800 729 0722

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE  
EM DINHEIRO

CLIENTE: EDMILSON L. SILVA SOBRAL

AGENCIA: 2761-8

CONTA:

30.605-3

DATA

11/06/2019

NR. DOCUMENTO

57.578.061.240.046

VALOR DINHEIRO

VALOR TOTAL

NR. AUTENTICACAO

8.FE1.AFB.C31.06E.F3D

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 JUN. 2019

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



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



508 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000554/2019-10**

Complementar ao BO Nº: 122451.000553/2019-51

**Unidade de Registro:**

**Resp. pelo Registro: Maria Valdínez Martins Dos Santos**

**Data/Hora: 04/06/2019 - 13:09**

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Unidade Policial Responsável**

**Data/Hora**

**DP DE VALENÇA DO PIAUÍ**

**02/03/2019 - 20:30**

**Tipo Local**

**VIA PÚBLICA**

**Município**

**VALENÇA DO PIAUÍ**

**Endereço**

**RUA EPAMINONDAS NOGUEIRA, Nº:**

**Complemento**

**Bairro**

**CENTRO**

**Ponto de Referência**

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome: EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL**

**Tipo Envolv.: VITIMA**

**RG: 2388396**

**Mãe: SEBASTIANA SOBRAL DA SILVA**

**Pai: FRANCISCO LIANDRO DA SILVA**

**Endereço: RUA EPAMINONDAS NOGUEIRA, Nº 1997**

**Complemento: BAIRRO SÃO FRANCISCO**

**Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO**

**Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ**

**Nome: EDILANE LOPES SOBRAL**

**RG: 529114094**

**Mãe: ANTONIA LOPES DE ARAUJO**

**Pai: EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL**

**Endereço: RUA DR. ANTONIO VELOSO, Nº 1621**

**Complemento: BAIRRO CAMPESTRE**

**Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO**

**Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ**

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

**Natureza(s) da Ocorrência**

**1 - Lesão corporal acidental no trânsito.**

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - YAMAHA. OUTROS			NIH4417	9C6KE122090074018	156234050	Preta

**Condutor: EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL**  
**End: RUA EPAMINONDAS NOGUEIRA Número: Complemento:**  
**Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:**

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DP PARA REGISTRAR QUE DIA DATA E HORA ACIMA CITADA, SEU PAI EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA EPAMINONDAS NOGUEIRA NO CRUZAMENTO COM A RUA JOSÉ PORTELA UM INFRATOR INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A VITIMA QUE SOFREU LESÕES DE ACORDO COM O LAUDO MEDICO DO DR. LEONARDO CARVALHO CRM 5750 PI CPM NA 9950. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

**Maria Valdínez Martins Dos Santos - Mat. 1301802**  
**AGENTE DE POLÍCIA**

**Edilane Lopes Sobral**  
**EDILANE LOPES SOBRAL - Noticiante**  
**Responsável pela Informação**



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

506 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000554/2019-10**

Complementar ao BO Nº: 122451.000553/2019-51

Delegado de Polícia

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anxos - Valença do Piauí / PI  
Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL  
EXIBIDA NESTAS NOTAS DOU PE EM TEST. DA VERDADE.  
VALÊNCIA DO PIAUÍ-PI, 11/06/2019.  
Ana Cláudia Melão Lopes Ferreira Chaves Barbosa-ESCREVENTE  
Emol.:2,48 TJ:0,50 FMP:0,06 Selo:0,26 Total:3,30 Selo:ABV.3805  
(F16OP16)



Ana Cláudia Melão L. F. Chaves Barbosa  
Escrevente Autorizada

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

**HREP** HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA  
AV SANTOS DUMONT,  
CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000  
CNPJ: 06553564001100  
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369  
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: P0236097

Data: 02/03/2019

Funcionario: EDIMAR

Registro: 104458

Hora: 21:43:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 85

SUS

**DMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL**

asc.: 09/08/1963 Idade: 55 ANOS, 6 MESES, 24 DIAS Profissão:

nd.: EPAMINONDAS NOGUEIRA, 1.997 -

or: SEM

Telefone: ( ) -

Bairro: IEDA

Mãe: SEBASTIANA SOBRAL DA SILVA

CPF: - RG: 2388396 - SUS:

Civil: CASADO(A) CEP: 64300000

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

Pa: FRANCISCO LIANDRO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

**Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

Hora: : :

☐ Internação

**História Clínica/Exame físico:**

PACIENTE, 55 ANOS, VITIMA ATROFICADO (C)

FATURA EXPOSTA TIGIA DISTAL DIABITA

**Exames Complementares:**

**Diagnostico provavel:**

FATURA TIGIA DISTAL DIABITA EXPOSTA

**Prescrição Médica:**

Hora: 21:51:11

**Anotações da Classificação de Risco**

**Prioridade:**

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☒ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

Q x/História: TRAUMA

**Alergias:** NEGA ALERGIA MEDICAMENTA

**Medicação Usual:**

PA: 160/100 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 98

FC: 71 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:**

**Conduta:**

**Dados da Alta**

☐ Alta

☐ Óbito

☐ Evasão

☐ Transferencia

**Destino:**

Hora:

Dr. Rafael Barbosa Vieira

Médico  
CRM-PI 6067

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA  
Médico Responsável





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ  
PRAÇA ANTENOR NEIVA,  
BOMBA, PICNIS/PI 64601-391  
CNPJ: 06.553.564/0102-81  
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0617613

Data: 03/03/2019

Funcionário: RITA

Registro: 407229

Hora: 00:27:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL

Nasc.: 09/08/1963 Idade: 55 ANOS, 6 MESES, 25 DIAS Profissão:

End.: EPAMINONDAS NOGUEIRA, 1.997 -

Cor: PARDA Telefone: ( ) -

Bairro: IEDA

Mãe: SEBASTIANA SOBRAL DA SILVA

CPF: - RG: 2 388 396 - SUS: 200526147050018

Civil: CASADO(A) CEP: 64300-000

Cidade: VALENÇA DO PIAUI/PI

Pai: FRANCISCO LIANDRO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: SAMU

Atendimento de URGÊNCIA

### Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Paciente vítima de acidente  
motociclista, em trauma no M1/D

Hora: 00:27:00  
☐ Internação

Exames Complementares:

Síndrome Vítima Normal

Diagnóstico provável:

Fratura exposta do M1/D

Prescrição Médica:

Som. Fisiológico - 1000 r/min

Lab. - RX de punho

- Ac. entopodística

Dr. Francisco Mario Mendes  
Clínico Médico  
CRM 101278 - PI

Hora: 00:36:13

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

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

Queixa/História: PCT REGULADO DE VALENÇA DO PIAUI, VITIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO HA +/-03 HORAS, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA, REFERE DOR LOCAL

Alergias: NEGA

Medicação Usual: NDN

PA: 150x90 mmHg

TAX: 0%  
Glicemia: 0 mg/dl

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

FC: 0 bpm

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: MDN

Conduta: AO CLINICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Dor: 13 JUN. 2019

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

122728 - INES LUCIA PACHECO LEAL  
Enfermeiro Responsável

Hora:

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Destino:

EDMILSON LIANDRO DA SILVA SOBRAL  
Paciente ou Responsável

1217 - FRANCISCO MARIO MENDES  
Médico Responsável