

# 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: 25/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000008171-3

---

Nr. da Autenticação 7BE32774022658FF

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160738964 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NERCIMAR FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 14/03/2016 **Seguradora:** Companhia de Seguros  
CARVALHO Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura bimalleolar à esquerda. Fratura da clavícula esquerda.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame apresenta 02 extensas cicatrizes cirúrgicas no tornozelo esquerdo (região medial, e lateral). Hipotrofia da perna esquerda com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do tornozelo. Apresenta ainda diminuição dos movimentos articulares do ombro esquerdo (flexão, extensão, abdução, adução, rotação, e circundação), com prejuízo da extensão do membro superior esquerdo até a escápula contralateral.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento ortopédico com redução e osteossíntese com colocação de placa e 05 parafusos na fíbula, e com 02 parafusos na tíbia e conservador com uso de tipoia tipo americana para a lesão do ombro. Refere que fez fisioterapia (30 sessões), e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo, Limitação funcional do membro superior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/12/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Mauro Ricardo Ramos Bilibio

**CRM do médico:** 6373

**UF do CRM do médico:** MA

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

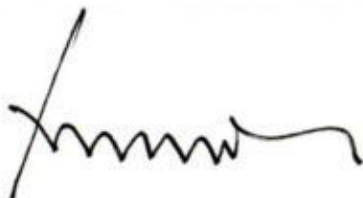
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO** Sinistro: **3160738964** Data: **14/03/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R SAO JOSE, 956 - CENTRO - Valença do Piauí - PI - CEP 64300-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / PI** ] **1.130.163**

Data local do exame: [ **29/12/2016** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fratura bímaleolar à esquerda. Fratura da clavícula esquerda. Ao exame apresenta 02 extensas cicatrizes cirúrgicas no tornozelo esquerdo (região medial, e lateral). Hipotrofia da perna esquerda com perda de força e diminuição dos movimentos articulares do tornozelo. Apresenta ainda diminuição dos movimentos articulares do ombro esquerdo (flexão, extensão, abdução, adução, rotação, e circundação), com prejuízo da extensão do membro superior esquerdo até a escápula contralateral.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Realizado tratamento ortopédico com redução e osteossíntese com colocação de placa e 05 parafusos na fíbula, e com 02 parafusos na tíbia e conservador com uso de tipoia tipo americana para a lesão do ombro. Refere que fez fisioterapia (30 sessões), e que já teve alta definitiva do tratamento médico.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do membro inferior esquerdo, Limitação funcional do membro superior esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Membro superior esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):  
**Membro inferior esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

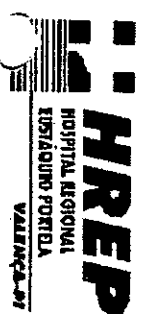
c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

12 DEZ 2016

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro):



Secretaria Estadual de Saúde  
Hospital Regional Eusébio Porto  
Av. Senador Dantas, s/n - Centro - Valença do Piauí - PI - CEP 64300-000  
CNPJ: 06.553.564/0011-00  
Tel/Fax: (89) 3.465-1369 / 3465-1015

Data: 14/10/2016 Hora: 08:35  
Funcionário: Márcio Campos

Nome: Meliciane Ferreira da Silva Mendes Data de Nasc: 29/10/1970 Sexo: F  
RG: 1.130.163 CPF: 819.104.523-00 SUS 898004154307306  
Mãe: Maria de Oliveira Lima Pai: Antônio Ferreira da Silva  
Endereço: R. São José Nº 956 Bairro: Cidade: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Queixa Principal: Tumor na mama esquerda e metástase  
Diagnóstico provável: Câncer de mama com  
metástase de células grandes e pequenas  
na mama esquerda e linfonodo axilar  
Procedimentos Realizados: \_\_\_\_\_

Ass. Técnico: \_\_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_  
Dr. Francisco A. Arrais de Carvalho  
Médico  
CRM: 172053-97 - CBO: 3011-05/01  
Médico





12 DEZ 2016

NOME DO PACIENTE: Nercimar Ferreira da Silva Corvalho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 396-039

**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

ORTOPEDIA

Imp: 14/03/2016 14:11:26

(User: RAYLTON)

(Estação: ACCR01)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                                               |             |                           |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|
| Nome:         | NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO                                           | Prontuário: | 396039                    |
| Mãe:          | TEREZINHA DE OLIVEIRA LIMA                                                    | Pai:        | ANTONIO FERREIRA DA SILVA |
| End.Resid.:   | RUA BABILONAS NOGUEIRA N1820 - COHAB - VALENCA DO PIAUI - PI - CEP: 64300-970 |             |                           |
| Nascimento:   | 29/10/1970                                                                    | Idade:      | 45a:5m:14d                |
| Sexo:         | Feminino                                                                      | Fone:       | 89-99932-4837             |
| Responsável:  | LUSIMAR                                                                       | CNS:        | 898004154307306           |
| Profissão:    | LAVRADOR                                                                      | Documento:  | RG: 1130163 - PI          |
| G. Instrução: | Não informado                                                                 | E.Civil:    | Casado(a)                 |
| End.Local.:   |                                                                               |             |                           |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                    |                                                     |                |                     |                     |                                 |
|--------------------|-----------------------------------------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------------------------------|
| Código:            | 530369                                              | Data:          | 14/03/2016 13:58:40 | Condução:           | AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR |
| Motivo da Procura: | ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM BICICLETA (CICLISTA) |                |                     | Convênio:           | S U S                           |
| id.Trab.:          | Sim                                                 | Acid. Trajeto: | Sim                 | Acid. Trab. Típico: | Não                             |
| CID Secundario:    | V199                                                |                |                     |                     |                                 |

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                                                                                    |                                                                     |                 |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| Sinal/Sintoma:                                                                                                                                                                     | Evento Principal:                                                   | Destino:        | Classificação: |
| TRAUMA MAIOR                                                                                                                                                                       | Dor moderada                                                        | CIRURGIÃO GERAL | Amarelo        |
| Breve História:                                                                                                                                                                    | Profissional Clas. Risco:                                           |                 |                |
| PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE CARRO DE PASSEIO-BICICLETA, APRESENTA CORTE NA CABEÇA COM SANGRAMENTO, SUSPEITA DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. ENCAMINHO PARA SALA DE TRAUMA. | RAYLSON DA SILVA CARDOSO<br>COREM-324211<br>Em: 14/03/2016 14:11:25 |                 |                |

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: 14:39)

1ª vítima de acidente de trânsito, estava na bicicleta, foi atropelada por carro. Dor na região de ombro e clavícula (E) e perna (E).

(1) via aérea permeável, color. cervicofacial (B) (A) (E)  
(2) RA; (3) Pulso (E), FC: 124, PRF, RR 17, STS.  
(4) cor. cut. (E), ECG: 15;

PA \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg

Pulso: 124 bpm

FC: \_\_\_\_\_ bpm

Temp.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial:

CID:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

(1) Rx. 1000 ml - EV - 30 gotas/min  
(2) Solicito Rx. tórax, ombro (E), plom (E)  
(3) Avaliação ORTOPEDIA

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /

HORA: : :

Procedimento

CID

408050497 S-82.3

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

12 DEZ 2016

17:03:16  
Inclusão em Arquivo  
S. 14/03/2016  
C. 14/03/2016



# 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: 14/03/2016 14:12:03

(RAYLTON)

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

|                                                                                           |                                |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nome: NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO                                                 |                                | Prontuário: 396039                 |
| Mãe: TEREZINHA DE OLIVEIRA LIMA                                                           | Pai: ANTONIO FERREIRA DA SILVA |                                    |
| End.Resid.: RUA BABILONAS NOGUEIRA N1820 - COHAB - VALENCA DO PIAUI - PI - CEP: 64300-970 |                                |                                    |
| Nascimento: 29/10/1970                                                                    | Idade: 45a:5m:14d              | Sexo: Feminino Fone: 89-99932-4837 |
| Responsável: LUSIMAR                                                                      | CNS: 898004154307306           |                                    |
| Profissão: LAVRADOR                                                                       | Documento: RG: 1130163 - PI    |                                    |
| G. Instrução: Não informado                                                               | E.Civil: Casado(a)             |                                    |
| End.Local.: - - -                                                                         |                                |                                    |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                        |                           |                                            |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|
| Código: 530369                                                         | Data: 14/03/2016 13:58:40 | Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR  |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM BICICLETA (CICLISTA) |                           | Convênio: S U S                            |
| Id.Trab.: Sim                                                          | Caso Policial: Não        | Pl.Saúde: Não Trauma: Não Maus Tratos: Não |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

|                                                                                                                                                        |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Data/Hora Solicitação: 14/03/16 15:35                                                                                                                  | ESPECIALISTA: |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:<br>Trauma/critura de quadro de bicicleta por<br>atropelamento de automovel. Com dor em<br>ombro (E) + tornoz (E). Não comêr oke |               |
| Carimbo/Assinatura Solicitante                                                                                                                         |               |

|                                             |                                     |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|
| DADOS DO PARECER: Data/Hora: 14/03/16 15:35 | ESPECIALISTA: Dr. Leonardo S. Lopes |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer            |                                     |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

|                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| Data/Hora Solicitação: 12/03/16 | ESPECIALISTA: Dr. Leonardo S. Lopes |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:          |                                     |
| Carimbo/Assinatura Solicitante  |                                     |

|                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| DADOS DO PARECER: Data/Hora: 17/03/16 | ESPECIALISTA: Dr. Leonardo S. Lopes |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer      |                                     |



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TÊRESINA DR. ZENON ROCHA

[illegible]

MOD 007 HIT



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26 / 03 / 16

|                                                      |                                                |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Nailma Ferreira</u>             | PRONTUÁRIO Nº: <u>396039</u>                   |
| DIAGNÓSTICO: <u>Distúrbio Biliaccolm do Pâncreas</u> | CIRURGIA: <u>Adi B Biliaccolm Pâncreas</u>     |
| ANESTESIA:                                           | Nº DA SALA:                                    |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Campos</u>                         | CPF Nº:                                        |
| AUXILIAR:                                            | CPF Nº:                                        |
| ANESTESIA: <u>José Miguel</u>                        | CPF Nº: <u>José Miguel de Andrade F. L.</u>    |
| INSTRUMENTADORA: <u>Daciana</u>                      | CPF Nº: <u>CRMPI 887 - CPF: 138.542.403/68</u> |

12 DEZ 2016

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                                                                                                                                         | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | —      | —     | LÂMINA DE BISTURI 24                                                                                                                                  | UNID.  | 01     | —     |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 01     | —     | LUVA Nº 8.0                                                                                                                                           | PAR    | 02     | —     |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     | —     | LUVA Nº 7.0                                                                                                                                           | PAR    | 02     | —     |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     | —     | LUVA DE PROCEDIMENTO                                                                                                                                  | PAR    | 10     | —     |
| ÁLCOOL 70%              | ML    | 200    | —     | PVPI DE GERMANTE                                                                                                                                      | ML     | 200    | —     |
| ALGODÃO                 | BOLA  | —      | —     | PVPI TÓPICO                                                                                                                                           | ML     | 200    | —     |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 05     | —     | PVPI TINTURA                                                                                                                                          | ML     | —      | —     |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     | —     | SERINGA 20CC                                                                                                                                          | UNID.  | —      | —     |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | 01     | —     | SERINGA 10CC                                                                                                                                          | UNID.  | 01     | —     |
| ESPARADRAPO             | CM    | 50     | —     | SERINGA 5CC                                                                                                                                           | UNID.  | 01     | —     |
| ESCALPE Nº              | UNID. | —      | —     | SERINGA 3CC                                                                                                                                           | UNID.  | —      | —     |
| FORMOL                  | ML    | —      | —     | SORO FISIOLÓGICO                                                                                                                                      | FRASCO | 01     | —     |
| GASES                   | PAC.  | 03     | —     | SONDA URETRAL                                                                                                                                         | UNID.  | —      | —     |
| JELCO Nº                | UNID. | —      | —     | luva 7.5                                                                                                                                              | 02     | —      | —     |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA                                                                                                                                            |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. |       |        |       | <p>algodão 19-03-16</p> <p>DR. JOEL CAMPOS NETO</p> <p>ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA</p> <p>CRM-PI 2220-295 - 385.538.233-9</p> <p>Depoimento: 02</p> |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                                                                                                                                                       |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. |       |        |       |                                                                                                                                                       |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. |       |        |       |                                                                                                                                                       |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                                                                                                                                                       |        |        |       |
| MONONYLON 2-0           | 02    |        |       |                                                                                                                                                       |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:                                                                                                                                           |        |        |       |
| VICRYL 0                | 01    |        |       | CIRCULANTE: <u>deleusa</u>                                                                                                                            |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                                                                                                                                                       |        |        |       |



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

|                                                                        |               |           |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|
| Nome do Paciente                                                       |               |           |
| Diagnóstico pré-operatório <i>PERITONITE BILIBILIAR DEPENDENTE</i> (B) |               |           |
| Operação - Tipo <i>DATA R BILIBILIAR DEPENDENTE</i>                    |               |           |
| Cirurgião <i>DR. CARLOS</i>                                            | 1º Assistente |           |
| 2º Assistente                                                          | 3º Assistente |           |
| Instrumentador(a)                                                      | Anestesista   | Anestesia |
| Anestésico(a)                                                          |               |           |
| Data da Operação                                                       | Início        | Fim       |
| Diagnóstico Pós-operatório                                             |               |           |

DR. JOSÉ CAMPOS NETO  
ORTOPEDISTA  
CRM-PA 13333  
CPF 035.891.212-53

Relatório Imediato do Patologista

12 DEZ 2016

19.03.16  
Relatório Imediato (Complante)  
Módulo: E3001  
Série: HUT  
Certificado Original

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1. 200cc Agulha Davis na bexiga* (B)
- 2. Agulha Davis Extra - União Lata Total* (B) *Anestesia por PL*  
*Revisão Bexiga - Data R - 1/3 - 6/5 - 6/5*
- 3. União Mural Bexiga - 2x4 - 1/3 - 6/5 - 6/5*
- 4. Sutura Contínua de Bexiga*

DR. JOSÉ CAMPOS NETO  
ORTOPEDISTA  
CRM-PA 13333  
CPF 035.891.212-53

## FOLHA DE ANESTESIA



| NOME DO PACIENTE              |                                        |                                                                                           |                | UNIDADE DE SAÚDE |                   |                      | Nº DE REGISTRO |        |  |  |
|-------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|-------------------|----------------------|----------------|--------|--|--|
| DATA                          | P. ARTERIAL                            | PULSO                                                                                     | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA      | PESO              | ALTURA               |                |        |  |  |
| 16/03/2016                    | 131/08                                 | 71                                                                                        | 12             |                  |                   |                      |                |        |  |  |
| 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                                                                                  | TOTAL DE DOSES |                  |                   |                      |                |        |  |  |
|                               |                                        | 1<br>2<br>3                                                                               |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |
| LÍQUIDOS                      | SO-UTO 500<br>SANGUE 300<br>OUTROS 100 |                                                                                           |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |
| TEMPERATURA T                 | 38                                     | 260<br>240<br>220<br>200<br>180<br>160<br>140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10 |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |
| P. ARTERIAL V O PULSO         |                                        |                                                                                           |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X      |                                        |                                                                                           |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO         |                                        |                                                                                           |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |
| RESPIRAÇÃO O                  |                                        |                                                                                           |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |
| SÍMBOLOS                      |                                        |                                                                                           |                |                  |                   | DURAÇÃO              |                |        |  |  |
| TÉCNICAS                      |                                        |                                                                                           |                |                  |                   | INCIDENTE - ACIDENTE |                |        |  |  |
| OPERAÇÕES                     |                                        |                                                                                           |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |
| CIRURGIÕES                    |                                        |                                                                                           |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |
| ANESTESISTAS                  |                                        |                                                                                           |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |
|                               |                                        |                                                                                           |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |
|                               |                                        |                                                                                           |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |
| PARTICULARIDADES              |                                        |                                                                                           |                |                  |                   |                      |                |        |  |  |

MOD 76 - HUT

17.03.16

E  
 Contador



# 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

ORTOPEDIA

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/03/2016 14:11:26

(User: RAYLTON)  
(Estação: ACCR01)

|                                                                                            |                                |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nome: NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO                                                  |                                | Prontuário: 396039                 |
| Mãe: TEREZINHA DE OLIVEIRA LIMA                                                            | Pai: ANTONIO FERREIRA DA SILVA |                                    |
| End. Resid.: RUA BABILONAS NOGUEIRA N1820 - COHAB - VALENCA DO PIAUI - PI - CEP: 64300-970 |                                |                                    |
| Nascimento: 29/10/1970                                                                     | Idade: 45a:5m:14d              | Sexo: Feminino Fone: 89-99932-4837 |
| Responsável: LUSIMAR                                                                       | CNS: 898004154307306           |                                    |
| Profissão: LAVRADOR                                                                        | Documento: RG: 1130163 - PI    |                                    |
| E. Instrução: Não informado                                                                | E. Civil: Casado(a)            |                                    |
| End. Local: - - -                                                                          |                                |                                    |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                        |                           |                                              |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------|
| Código: 530369                                                         | Data: 14/03/2016 13:58:40 | Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR    |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM BICICLETA (CICLISTA) |                           | Convênio: S U S                              |
| Id. Trab.: Sim                                                         | Acid. Trajeto: Sim        | Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V199 |

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                                                                                                                    |                                |                                                                                         |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR                                                                                                                                                                        | Evento Principal: Dor moderada | Destino: CIRURGIÃO GERAL                                                                | Classificação: Amarelo |
| Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE CARRO DE PASSEIO-BICICLETA, APRESENTA CORTE NA CABEÇA COM SANGRAMENTO, SUSPEITA DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. ENCAMINHO PARA SALA DE TRAUMA. |                                | Profissional Clas. Risco: RAYLTON DA SILVA CARDOSO COREN 324211 Em: 14/03/2016 14:11:25 |                        |

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: 14:39)

1º vítima de acidente de trânsito, estava na bicicleta, foi atropelada por carro. Refere dor na região de ombro e clavícula (E) e perna (E).  
2º Visão aérea pério, d color cervical. (B) (M) (A) (R) (A); (C) Pulso (C), FC: 124, PA: 124, RR: 21, TS.  
3º Orientado, orientado, ECG: 15;

|                        |                |               |              |
|------------------------|----------------|---------------|--------------|
| PA: _____ X _____ mmHg | Pulso: 124 bpm | FC: _____ bpm | Temp.: _____ |
| Diagnóstico Inicial:   |                |               | CID:         |

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1º Rx. 100 ml - EV - 30 pts/min  
2º Exame Rx tórax, ombro (E), pé na (E)  
3º Avaliação ORTOPEDIA

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

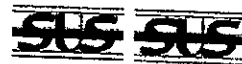
|           |         |                                                                                     |
|-----------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| DATA: / / | HORA: : | Se Internação, indique o Procedimento e CID<br>408050497 S-82.3<br>Procedimento CID |
|-----------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|

Lusimar Ferreira da Silva  
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



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



## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 14/03/2016 14:12:03  
(RAYLTON)

### DADOS DO PACIENTE:

|                                                                                           |                                |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nome: NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO                                                 |                                | Prontuário: 396039                 |
| Mãe: TEREZINHA DE OLIVEIRA LIMA                                                           | Pai: ANTONIO FERREIRA DA SILVA |                                    |
| End.Resid.: RUA BABILONAS NOGUEIRA N1820 - COHAB - VALENCA DO PIAUI - PI - CEP: 64300-970 |                                |                                    |
| Nascimento: 29/10/1970                                                                    | Idade: 45a:5m:14d              | Sexo: Feminino Fone: 89-99932-4837 |
| Responsável: LUSIMAR                                                                      | CNS: 898004154307306           |                                    |
| Profissão: LAVRADOR                                                                       | Documento: RG: 1130163 - PI    |                                    |
| G. Instrução: Não informado                                                               | E.Civil: Casado(a)             |                                    |
| End.Local.: - - -                                                                         |                                |                                    |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                        |                           |                                            |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|
| Código: 530369                                                         | Data: 14/03/2016 13:58:40 | Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR  |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM BICICLETA (CICLISTA) | Convênio: S U S           |                                            |
| Id.Trab.: Sim                                                          | Caso Policial: Não        | Pl.Saúde: Não Trauma: Não Maus Tratos: Não |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

|                                                                                                                                        |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Data/Hora Solicitação: 14/03/16 15:35                                                                                                  | ESPECIALISTA: |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:                                                                                                                 |               |
| Falta de assistência de quando de bicicleta por<br>atropelamento de ambulância com dor em<br>ombro (E) + tornozelo (E). Não com dor ok |               |
| Carimbo/Assinatura Solicitante                                                                                                         |               |
| DADOS DO PARECER: Data/Hora: 14/03/16 15:35                                                                                            |               |
| EX SI LUSIMAR ~ Fone: 89-99932-4837                                                                                                    |               |
| Fone: 89-99932-4837                                                                                                                    |               |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer                                                                                                       |               |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

|                                          |                                            |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Data/Hora Solicitação: __/__/__:__       | ESPECIALISTA: Dr. Leocádio - Traumatologia |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:                   |                                            |
| 12 DEZ 2016                              |                                            |
| Carimbo/Assinatura Solicitante           |                                            |
| DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__ |                                            |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer         |                                            |

17-03-16

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 16 / 03 / 16

|                                                 |                                                                                     |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Natália Ferreira</u>       | PRONTUÁRIO Nº: <u>396039</u>                                                        |
| DIAGNÓSTICO: <u>Epifora Bifurcação do Pênis</u> | CIRURGIA: <u>Adi B Bifurcação Pênis</u>                                             |
| ANESTESIA:                                      | Nº DA SALA:                                                                         |
| CIRURGIÃO: <u>Joel Campos</u>                   | CPF Nº:                                                                             |
| AUXILIAR:                                       | CPF Nº:                                                                             |
| ANESTESIA: <u>João Miguel</u>                   | CPF Nº:                                                                             |
| INSTRUMENTADORA: <u>Daniela</u>                 | CPF Nº: <u>Jose Miguel de Andrade Fát.</u><br><u>CRM 11887 - CPF 133.542.403/RS</u> |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                                                                                                                     | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | —      | —     | LÂMINA DE BISTURI 24                                                                                                              | UNID.  | 01     | —     |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 01     | —     | LUVA Nº 8.0                                                                                                                       | PAR    | 02     | —     |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     | —     | LUVA Nº 7.0                                                                                                                       | PAR    | 02     | —     |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     | —     | LUVA DE PROCEDIMENTO                                                                                                              | PAR    | 10     | —     |
| ÁLCOOL 70%              | ML    | 300    | —     | PVPI DE GERMANTE                                                                                                                  | ML     | 300    | —     |
| ALGODÃO                 | BOLA  | —      | —     | PVPI TÓPICO                                                                                                                       | ML     | 300    | —     |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 05     | —     | PVPI TINTURA                                                                                                                      | ML     | —      | —     |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     | —     | SERINGA 20CC                                                                                                                      | UNID.  | —      | —     |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | 01     | —     | SERINGA 10CC                                                                                                                      | UNID.  | 01     | —     |
| ESPARADRAPO             | CM    | 50     | —     | SERINGA 5CC                                                                                                                       | UNID.  | 01     | —     |
| ESCALPE Nº              | UNID. | —      | —     | SERINGA 3CC                                                                                                                       | UNID.  | —      | —     |
| FORMOL                  | ML    | —      | —     | SORO FISIOLÓGICO                                                                                                                  | FRASCO | 01     | —     |
| GASES                   | PAC.  | 03     | —     | SONDA URETRAL                                                                                                                     | UNID.  | —      | —     |
| JELCO Nº                | UNID. | —      | —     | luva 7.5                                                                                                                          | 02     | —      | —     |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCCORRÊNCIA                                                                                                                       |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. |       |        |       | <div>15-03-16<br/>DR. JOEL CAMPOS NETO<br/>ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA<br/>CRM 11887 - CPF 133.542.403/RS<br/>12 DEZ 2016</div> |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                                                                                                                                   |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. |       |        |       |                                                                                                                                   |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. |       |        |       |                                                                                                                                   |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                                                                                                                                   |        |        |       |
| MONONYLON 2-0           | 02    |        |       |                                                                                                                                   |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:                                                                                                                       |        |        |       |
| VICRYL 0                | 01    |        |       | CIRCULANTE: <u>Adriana</u>                                                                                                        |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                                                                                                                                   |        |        |       |



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Terapia Endoscópica (E)

Operação - Tipo

Ata de Biópsia Endoscópica

Cirurgião

Dr. Carlos

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

12 DEZ 2016

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Análise de Biópsia (E)

2. Análise de Biópsia - Lado da Base (E) Direção para a

Região da Base da Glândula

3. Análise de Biópsia - Lado da Base

4. Análise de Biópsia - Lado da Base



# PRESCRIÇÃO VCA

[illegible]

**THE 2007 HIT**

12 DEZ 2016

12 DEZ 2016

| VALIA ENTUDO O TERRITÓRIO NACIONAL                      |                    |
|---------------------------------------------------------|--------------------|
| REGISTRO GERAL                                          | DATA DE EMISSÃO    |
| 1.130.163                                               | 16/06/14           |
| NOME                                                    |                    |
| NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO                     |                    |
| FILIAÇÃO                                                |                    |
| TEREZINHA DE OLIVEIRA LIMA<br>ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA |                    |
| AUTUALIDADE                                             |                    |
| VALENÇA DO PIAUI-PI                                     | DATA DE NASCIMENTO |
| 29/10/1970                                              |                    |
| DOC. ORIGIN                                             |                    |
| CERT. CASAM. 2308 L 806 F 291                           |                    |
| EXP. VALENÇA DO PIAUI-PI: 06/12/98                      |                    |
| TITULADA - PI                                           |                    |
| 819.104.523-00 SEMANALINA DO DIRETOR                    |                    |

LEI Nº 7.118 DE 28/04/83 - DECRETO Nº 89.250/83

12 DEZ 2016

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, VERGILMA FERREIRA DA SILVA CARVALHO PORTADORA DO RG Nº 1130.163 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 16/6/14 E CPF 819104523-00 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO BUXAL

E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA VERGILMA FERREIRA DA SILVA CARVALHO, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Sussep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRASDES, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3887 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3-T+18

DECLARO QUE A CONTA AGIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

13 de Janeiro de 2014

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

VERGILMA FERREIRA DA SILVA CARVALHO

**ATENÇÃO**

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



OUTO-ATENDIMENTO - AG VALENCA

DATA: 16/01/2017

HORA: 10:58:19

TERMINAL: 38871001

CONTROLE: 388710010221

AGÊNCIA: 3887 - VALENCA DO PIAUI

CONTA: 013.00008171-3

CLIENTE: NERCIMAR FERREIRA DA S CARVALHO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

| DATA | NR.DOC | HISTÓRICO | VALOR |
|------|--------|-----------|-------|
|------|--------|-----------|-------|



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10434684

A/C: NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO

Sinistro: 3160738964 ASL-1191852/16  
Vítima: NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO  
Data Acidente: 14/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003887

Conta: 000008171-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = | R\$ | 2.362,50 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = | R\$ | 2.362,50 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000833/2016-15**

Unidade Policial: DP DE VALENÇA DO PIAUI

Resp. pelo Registro: Pablo Roberto Rocha Nunes

Data/Hora: 29/06/2016 - 09:16

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE VALENÇA DO PIAUI

14/03/2016 - 08:30

Tipo Local

CRUZAMENTO

Município

VALENÇA DO PIAUI

Bairro

CENTRO

Endereço

RUA EPAMINONDAS NOGUEIRA, CRUZAMENTO COM A RUA SÃO JOSÉ, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

NO CRUZAMENTO DO BANCO BRADESCO

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 1.130.163 SSP PI

Mae: TEREZINHA DE OLIVEIRA LIMA

Pai: ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA

Endereço: RUA SÃO JOSÉ, Nº 956

Complemento: BAIRRO VALENTIM

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: VALENÇA DO PIAUI - CEP: 64300-000

Telefone(s): 89-9977-4761

**12 DEZ 2016**

**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 - CALOI; OUTROS

Rosa

Condutor: NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO

RG: 1.130.163 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA SÃO JOSÉ Número: 956 Complemento: BAIRRO VALENTIM

Cidade: VALENÇA DO PIAUI UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

2 - GM. Celta

2006 LWJ7092 9BGRZ08906G185714

00877728852

Vermelha

Condutor: ANDERSON BARBOSA DE MACEDO

End: AVENIDA JOAQUIM MANOEL Número: 400 Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUI UF: PI Bairro: CENTRO

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para comunicar: QUE no dia e horário acima descritos, ia de casa para o centro do município de Valença do Piauí, deslocando-se em sua bicicleta; QUE transitava pela rua São José e, quando foi cruzar a rua Epaminondas Nogueira, acabou sendo atropelada pelo veículo acima descrito; QUE os vários carros estacionados próximo ao cruzamento das ruas tirou a visibilidade da noticiante, não observando que o veículo se aproximava; QUE o condutor do veículo acionou o SAMU e a noticiante foi socorrida e levada ao Hospital Regional Eustáquio Portela, neste município, sendo posteriormente levada ao Hospital de Urgência de Teresina/PI; QUE em decorrência do acidente de trânsito sofreu fratura na clavícula esquerda e no pé esquerdo, sendo que passou por procedimento cirúrgico no pé esquerdo. Era o que tinha a noticiar.



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

1244 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000833/2016-15**

*Pablo Nunes*

Pablo Roberto Rocha Nunes - Mat. 2814595  
AGENTE DE POLÍCIA

*Nercimar Ferreira da Silva Carvalho*

NERCIMAR FERREIRA DA SILVA CARVALHO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Marllos Rossano Ribeiro Gonçalves de Sampaio  
Delegado de Polícia

**12 DEZ 2016**