



Número: **0817711-14.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **14/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA (AUTOR)		FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
5667152	16/07/2019 14:33	Petição Inicial	Petição Inicial
5667164	16/07/2019 14:33	1PROCURAÇÃO	Procuração
5667167	16/07/2019 14:33	2PROTOCOLO DE REQUERIMENTO	Documentos
5667174	16/07/2019 14:33	3prontuário HUT	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
5667177	16/07/2019 14:33	4 EXAMES MÉDICOS	Documentos

PETIÇÃO INICIAL



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA E EXTRA JUDICIA"

Pelo presente instrumento particular o senhor Emerson Lucas Lima Pereira, brasileiro, Vigilante, inscrito com RG sob o nº 3.205.306 (SSP-PI), e CPF sob o nº 030.377.883-05, residente e domiciliado na Rua José Marques da Rocha, 3384, Bairro: Buenos Aires, CEP: 64009-100, Nomeia e constitui como seus bastantes procuradores e advogados, Dr. Francisco das Chagas de Sousa Silva OAB/PI 14.943, Bel. Francisco Eduardo Maia, ambos com escritório profissional situado na Rua Governador Tibério, 329, Bairro: Cabral, CEP: 64000-924, onde recebem as intimações de praxe, nos termos do artigo 105, do Código de Processo Civil/2015, outorgando-lhe os poderes contidos na cláusula **ad judicicia** para o foro em geral, podendo agir junto ao INSS, repartições públicas Federais (Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil), Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como os especiais para confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, firmar compromissos, prestar declaração de pobreza na forma do artigo primeiro da Lei nº 7.115/83, cabendo apenas ao Dr. Francisco das Chagas de Sousa Silva substabelecer esta em quem lhe convier.

Teresina (PI), 23 de Janeiro de 2018.

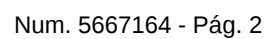


Emerson Lucas Lima Pereira

Rua Gov. Tibério Nunes, 329 - Bairro: Cabral, CEP.: 64.000-924- Teresina -PI
TEL: (86) 98194-4262/99519-4297
E-mail.: fcoadv2016@gmail.com



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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001401/19

Vítima: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

CPF: 030.377.883-05

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 22/09/2018

Titular do CPF: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA : 030.377.883-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190/00 8502
10/01/2019

3190/00 8502 472.

9863 - 3131

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior





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

595 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003806/2018-55

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 31/10/2018 - 15:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº:

Complemento

495525

Data/Hora

22/09/2018 - 23:20

Bairro

PRIMAVERA

Ponto de Referência

PONTE DA PRIMAVERA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA (28 ANOS)

RG: 3205306 SSP PI

Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA

Endereço: RUA JOSÉ MARQUES DA ROCHA, Nº 3384

Bairro: BUENOS AIRES

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO COMO PASSAGEIRO DE UM VEÍCULO /CHEVROLET AGILE LTZ, COR PRATA, PLACA NIS-2268-PI, DE PROPRIEDADE DE HELIO LIMA DE ANDRADE E CONDUZIDO POR RAIMUNDO CÉSAR MARQUES DE ARAUJO, QUANDO SE ENVOLVEU NUMA COLISÃO COM UM AUTOMÓVEL FIAT UNO QUE INVADIU A PREFERENCIAL; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUT (PRONTUÁRIO 489225); QUE, HOVE PERÍCIA NO LOCAL. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima Cordeiro
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Emerson Lucas Lima Pereira
EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA (28 ANOS) - Notificante
Responsável pela Informação

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

Delegado de Polícia



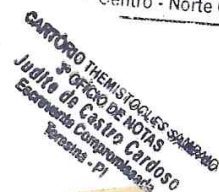
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Helio Lima de Andrade,
 RG nº 1788129 PI, data de expedição 01/10/09
 Órgão SSP, portador do CPF nº 645.702.073-81, com
 domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Eng. Alvin de Noronha, nº 3408
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Omerson Lucas Lima Pereira cujo o condutor era
Raimundo Cesar Marques de Araujo

Veículo: Agele
 Modelo: Chevroleto Agele
 Ano: 2011
 Placa: NIS 2268
 Chassi: BAGCN48X0BR148388
 Data do Acidente: 22-09-2018
 Local e Data: Av. Marechal de Castilho Branco
Teresina 27/10/18

Helio Lima de Andrade
 Assinatura do Declarante

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





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: 030.344.883-05 Nome completo da vítima: Emerson Laurens Lima Pereira

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

Nome completo: Emerson Laurens Lima Pereira CPF: 030.344.883-05

Profissão: Vigilante Endereço: Rua José Marques da Rocha Número: 3447 Complemento: _____

Bairro: Memória Cidade: Turixina Estado: Pernambuco CEP: _____

E-mail: _____ Tel. (DDD): 1861 994729591

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0023 013 CONTA: 70416 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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(a) 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 perícia realizada pela Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões 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 discordo do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Turixina - Pernambuco 20.12.18

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

(*) 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.

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





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída de PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF		Código IBGE		
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome				15 Sexo
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999			17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA
	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intensa	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) b) c)		32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		
Observações Interdisciplinar	34 Óbito				
	34 Óbito ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar Paciente vítima de colisão entre veículos com trauma contuso em antebraço direito evolui com dor, deformidade e limitação de movimento. Consciente e orientado.					
CONFERE COM O ORIGINAL Glauco Rocha e Silva Médico Responsável pela recepção Socorristas Médico AE/TE Enfermeiro Condutor					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

CEP: 64.002470





Alto

NOME DO PACIENTE: Emerson Lucas Lima Pereira
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 489.225

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





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



Imp: 23/09/2018 00:00:58

(User: PATRICIA MESQUITA)
(Datação: PECFCA001)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA		Prontuário: 489225	
Mãe: MARINILDE RODRIGUES DE LIMA	Pai: JOAO PEREIRA DA SILVA		
End.Resid.: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 30/07/1990	Idade: 28a1m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99456-5426
Responsável: O MESMO	CNS:		
Profissão: SEGURANÇA	CPF: * RG: -		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Concubinato		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 685632	Data: 22/09/2018 23:57:52	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Típico: Não
CID Secundário: V499		

DADOS CLÍNICOS:

Acidente urbano de acidente automobilístico (carro-x-carro). Não produziu lesões.
A - em uma manobra
B - Pupila esquerda
C - BNF, abdome recente, pelvis intacta
D - Pupila esquerda (patológica) e congestão
E - Costas na boca, dor, exacerbação, dor no antebraço direito

PA: X mmHg Pulso: FC: Temp.: CID:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ex Ambulatório / Baco
Ortopedia

☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem: ☐ Transferência:
ALTA:		DATA SAÍDA: / / HORA: :
DESTINO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs		☐ Família ☐ IML ☐ Anat. Patol.
ÓBITO:		() Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:

Assinatura Paciente ou Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Carimbo - Assinatura Profissional - BE

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

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



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

Imp: 23/09/2018 00:00:58
(PATRICIA MESQUITA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA	Prontuário:	489225
Mãe:	MARINILDE RODRIGUES DE LIMA	Pai:	JOAO PEREIRA DA SILVA
End.Resid.:	RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	30/07/1990	Idade:	28a1m24d
Responsável:	O MESMO	Sexo:	Masculino
Profissão:	SEGURANÇA	Fone:	86-99456-5426
G. Instrução:	Não informado	CNS:	
End.Local.:	- - -	Documento:	
		E.Civil:	Concubinato

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	685632	Data:	22/09/2018 23:57:52	Clas. Cor:	Indefinido	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	23/09/18	ESPECIALISTA:	Ortopedia
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	Do - braço D e para o após traq. Ao Sr. Edson e do - braço D. Manuseio de Ok		
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER:

Data/Hora:	1/1	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
Rx: fratura com CD: Intenso p/ unzi.		

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	1/1	ESPECIALISTA:	Dr. Cláudio Pereira
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	Ortopedia e Trauma CRM-PI 3321 SQU - MA 58912884		
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER:

Data/Hora:	1/1	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
X		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

02 JAN. 2019

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



Fröhner & Co.

Intermissão:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
223444	489225	EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA	Ortop.	2235	Ext.	JOSE SENECA NETO
			Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:		

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE, NUTRIÇÃO ORAL CNA 432								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SERO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO (lmo)	1,00	Frasco	EV	12/12h				Ocupado Paciente admitido do procedimento do post e com praxia de dia
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INT.	1,00	ampola	EV	12/12h				give urino, consuen
3	DIFERONA SÓDICA 500MG/ML, INT. 2ML.	1,00	ampola	EV	6/6h				te, orientado, físico
4	RANITIDINA 25MG/ML, INT. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h				Nega alteração a me-

Observações Gerais:

⑦ 57 w 6/6

8/1/20

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

elementos e com-
pidados.

Figure 1: The $\mathbb{Z}_2$ -equivariant Borel model $E_{\mathbb{Z}_2}^{\text{Borel}}(B\mathbb{Z}_2)$ is a $\mathbb{Z}_2$ -equivariant fibration $E_{\mathbb{Z}_2}^{\text{Borel}}(B\mathbb{Z}_2) \rightarrow B\mathbb{Z}_2$ with fiber $B\mathbb{Z}_2$. The total space $E_{\mathbb{Z}_2}^{\text{Borel}}(B\mathbb{Z}_2)$ is a $\mathbb{Z}_2$ -equivariant space, and the base space $B\mathbb{Z}_2$ is a $\mathbb{Z}_2$ -equivariant space.

CONFERENCE ORIGINAL
DATE: 11/11/2011
RECEIVED: 11/11/2011

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/09/18

NOME DO PACIENTE: <u>Guarany Soares Lima Damasceno</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>489225</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura Ombro Direita</u>	CIRURGIA: <u>Redução e fixação</u>
ANESTESIA: <u>BPB</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>LEANDRO PONCE DE ALVAL</u>	CPF Nº: <u>167 786 998-41</u>
AUXILIAR: <u>Dr. LEANDRO PONCE DE ALVAL</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Piano</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	1		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	1		PVPI TINTURA	ML	1	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	1	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	1	
JELCO Nº	UNID.	1					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				CONTEUDO NÃO VERIFICADO			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				02 JAN. 2019			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL				GENTE SEGURADORA S.A.			
MONONYLON 2.0	03			Rua Coelho de Resende, 465 Loja C			
FITA UMBILICAL				Centro - Norte CEP: 64.002470			
VICRYL 0	02			ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: <u>lauryz</u>			

MOD - 094





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			
Nome: <u>EMERSON LUCAS LIMA DE MENEZES</u>		Prontuário: <u>449225</u>	Data: <u>27/07/19</u>
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Idade: <u>28m</u>	Peso: <u>80,5 kg</u>	Altura: <u>1,68</u>
Procedimento (s) proposto (s): <u>FRATURA DE UMER</u>			Apto? ☒ Sim ☐ Não
ANAMNESE			
1 - Patologias cardiocirculatórias		☒ Sim	☐ Não
2 - Patologias respiratórias		☐ Sim	☒ Não
3 - Antecedentes patológicos		☐ Sim	☐ Não
4 - Convulsão		☐ Sim	☐ Não
5 - Passado anestésico cirúrgico		☐ Sim	☐ Não
6 - Transfusão sanguínea		☐ Sim	☐ Não
Uso de medicação		☐ Sim	☐ Não
8 - Alergia		☐ Sim	☐ Não
9 - História familiar de complicações anestésicas		☐ Sim	☐ Não
<u>OBESIDADE GRAU 4 (IMC = 37)</u> <u>CD 4 MET. SIN DE RULO CU ZIMENENIANO</u> <u>ETILISMO SOCIAL</u>			
EXAME FÍSICO			
PA: <u>150/80</u>	Pulso: <u>110</u> ☐ arritmico	Mallampati: (1) (2) ☒ (4)	
1. Respiratório	☒ Normal ☐ Alterado:		
2. Cardiovascular	☐ Normal ☒ Alterado: <u>em 2.ª e 3.ª</u>		
3. Neurológico	☒ Normal ☐ Alterado:		
4. Abdome	☒ Normal ☐ Alterado:		
5. Vias aéreas	☒ Possível VAD		
6. Extremidades	☒ Normal ☐ Alterado:		
EXAMES COMPLEMENTARES			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia		
ECG: <u>TAPICAPNO SIVSOL, SI (SIV), TRX Tórax</u>			
ECO: <u>no 2.ª e 3.ª</u>			
ASA: <u>II</u> Anestesia proposta: ☐ Geral ☐ Outro: <u>BLOQUEIO DE PERIFERIA + S6</u>			
OBSERVAÇÃO DE CRPA:			
Anestesiologista:			
CRM:			

Dr. Alvaro Regino de C. Melo
Médico Anestesiologista
CRM-PA 5386 / RQE 2826





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Radeação - Fone: 36 3218 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA FERREIRA** (Frontuário: 489225)
Endereço: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1990 Idade: 28a2m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685632
Regulatório: 876353 Solicitação: 23/09/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1065540 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 23/09/2018

BRACO DIREITO

O estudo radiológico do braço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura oblíqua no terço distal do úmero.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGES AUGUSTO)

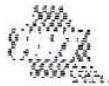
TERESINA - PI 03/10/2018

vera
VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Radiação - Fone: 35 3218 3445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.817/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EMERSON LUCAS LIMA FERREIRA** (Fonômetro: 455225)
Endereço: RUA PROFESSOR SELESTINO FILHO, 3430 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 30/07/1990 Idade: 28a2m4d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 655532
Requisição: 876353 Solicitação: 23/09/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1085539 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

DATA EXAME: 23/09/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/10/2018

vera lucia
VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.523-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Nome: **EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA**
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Código: 185597.02 RG 3205306 SSP/PI

Idade: 28 anos
Sexo: MASC
Data: 17/10/2018 14:53:00

RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO

RELATÓRIO

O exame radiológico do cotovelo direito, realizado em incidência ântero-posterior e perfil demonstrou:

- Fratura cominutiva fixada por placa e parafusos metálicos em terço distal da diáfise do úmero.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva fixada por placa e parafusos metálicos em terço distal da diáfise do úmero.



Dra. SILVIA AMELIA PRADO B.M.CAMPOS
CRM 3836



Nome: EMERSON LUCAS LIMA PEREIRA
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Código: 185597.02 RG 3205306 SSP/PI

Idade: 28 anos
Sexo: MASC
Data: 17/10/2018 14:53:00

RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

RELATÓRIO

O exame radiológico do braço direito, realizado em incidências ântero-posterior em rotação externa e interna demonstrou:

- Fratura cominutiva fixada por placa e parafusos metálicos em terço distal da diáfise do úmero.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

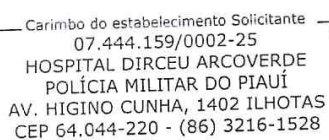
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominutiva fixada por placa e parafusos metálicos em terço distal da diáfise do úmero.

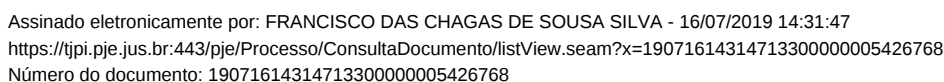


Dra. SILVIA AMELIA PRADO B.M.CAMPOS
CRM 3836





REQUISICÃO DE EXAMES				
Paciente: ERMERSON LUCAS LIMA PEREIRA			Sexo: Masculino	Convênio:
Nascimento: 30/07/1990	Idade: 28 Anos 3 Meses	RG: 3205306	CPF:	CNS: 704700731531435
Nome da Mãe: MARINILDA RODRIGUES DA SILVA			Fone: 994875382	
Endereço: Rua/AV. JOSE MARQUES DA ROCHA			Nº 3384	Bairro: MEMORARE
Complemento:	CEP: 64009100	Município: TERESINA	UF: PI	CID 10:
Dados Clínicos: FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO. CIRURGIA EM 28/09/2018; RAFI COM PLACA E PARAFUSOS. NECESSITA DE FISIOTERAPIA PARA ANALGESIA E GANHO DE MOVIMENTOS.				
Exames Solicitados: (No máximo três) RX DO BRAÇO DIR AP/P			Carimbo/Ass. do Prof. de Saúde Data: 13/11/2018	
Dados da Marcação Local de Atendimento: Endereço (Logradouro, Número/lote):				
Data e Hora do Atendimento 13/11/2018 às:		Nº da Marcação	Carimbo/Assin. Respons. pela Marcação Marcação do SUS	
Este exame é pago pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa. Coordenação de Gestão do SUS R. Gov. Artur de Vasconcelos, 730 - Centro/Sul Fone.: (86) 3222-0797				
Assinatura do Paciente / Responsável				



FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCACAO DE CONSULTAS/EXAMES

Ctrl: b092983f-5ec5e773-91991195-0b41663b
 Cadastro: 22/01/2019 14:52:15 Emissao: 22/01/2019
 Agenda: 13291807 Autorizacao: 1478591900

Usuario: ERMERSON LUCAS LIMA PEREIRA
 Cartao SUS: 704700731531435 Nascimento: 30/07/1990 Telefone: (86)9998-7816 Municipio: TERESINA

Local de Atendimento: UNIDADE INTEGRADA DE SAUDE PRIMAVERA
 Endereco: AV DUQUE DE CAXIAS, 2661 Bairro: PRIMAVERA
 Fones: (86)3221-0927

Profissional: SEM PROFISSIONAL DEFINIDO
 CBO: TECNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA

Procedimento(s):
 0204040051 RADIOGRAFIA DE BRACO Qtde: 1
 Comparecimento (Data, Hora): Quinta, 31 de Janeiro de 2019 as 14:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento
 Nao assine nada em caso de nao haver atendimento
 Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Samar Anticle Sousa Silva
 Auxiliar Administrativa
 Assinatura/Carimbo Responsavel pelo Agendamento

