

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677827 **Cidade:** Lagoa do Sítio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODOM SOARES FEITOSA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniocéfálico com hematoma subgaleal
Luxação acromioclavicular direita

Descrição do exame físico: Apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-80), rotação interna (realiza 0-30) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 3.
Relata crises de tontura frequentes.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677827 **Cidade:** Lagoa do Sítio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODOM SOARES FEITOSA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniocéfálico com hematoma subgaleal
Luxação acromioclavicular direita

Descrição do exame físico: Apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-80), rotação interna (realiza 0-30) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 3.
Relata crises de tontura frequentes.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677827 **Cidade:** Lagoa do Sítio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODOM SOARES FEITOSA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTSE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 09/11_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190677827 **Cidade:** Lagoa do Sítio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODOM SOARES FEITOSA **Data do acidente:** 29/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 09/11_CIRURGIA.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Odom Soares Feitosa

Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Solteiro	Profissão: Recusou
RG: MG-17.541.589	Org. emissor SSP/MG	D. Expedição 03/06/2008
Endereço: Povoado São Domingos	S/N	Bairro: Rural
Cidade: Lagoa Do Sítio	Estado: PI	CEP: 64308-000

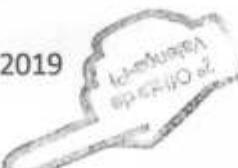
OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: José Ivan de Oliveira

Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Casado	Profissão: Recusou
RG: 36.100.495-3	Org. emissor SSP-SP	D. Expedição 10/12 /1998
Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins	Nº 187	Bairro: Vale Verde
Cidade : Valença	Estado: PI	CEP: 64300-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. Odom Soares Feitosa

Local / data: Lagoa do Sítio Do Piauí - Pi, 18 De Novembro De 2019



Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI

Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64300-000 - Fone: (86) 3465-1171

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ODOM SOARES FEITOSA. DOU FE. EM TEST. 01/11/2019. DA VERDADE. VALENCA DO PIAUI-PI. 22/11/2019.
Emol.:3,85 IRRF:0,77 RPPN:0,10 Selos:0,26 Total:4,88 Selo:ABU.20630
(F160P4)

Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - Escrevente

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Escrevente Autoriz.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433540/19

Vítima: ODOM SOARES FEITOSA

CPF: 391.467.298-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2019

Titular do CPF: ODOM SOARES FEITOSA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

ODOM SOARES FEITOSA : 391.467.298-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190677827

Vítima: ODOM SOARES FEITOSA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ODOM SOARES FEITOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190677827

Vítima: ODOM SOARES FEITOSA

Data do Acidente: 29/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ODOM SOARES FEITOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190677827 **Vítima: ODOM SOARES FEITOSA**

Data do Acidente: 29/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ODOM SOARES FEITOSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ODOM SOARES FEITOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003887

Conta: 0000026187-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 391.467.298-60	4 - Nome completo da vítima: Odom Soares Feitosa	

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Odom Soares Feitosa	6 - CPF: 391.467.298-60		
7 - Profissão: Recusou	8 - Endereço: Povoado São Domingos	9 - Número: S/N	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Rural	12 - Cidade: Lagoa Do Sítio	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64308-000
15 - E-mail: jiovian6.ii@gmail.com		16 - Tel.(DDD): (89)999260020	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____
AGÊNCIA: 3887	CONTA: 26187	8
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____		
CONTA: _____		

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Lagoa Do Sítio Do Piauí - PI, 22 De Novembro De 2019

* ODOM SOARES FEITOSA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Ivan de Oliveira
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

26/11/2019 HORA 10:47:55
DATA EFETIVAÇÃO: 26/11
CONVENIO 000338044
OPERADOR 00033804

.....
AGENCIA. 3887
CONTA 013 00026187-8
NOME: ODOM SOARES FEITOSA

VALOR 
COD. OPERAÇÃO 071948293

.....
DISQUE CAIXA - 0800726
0101 OUVIDO
RIA - 08007257474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A PREVIS
AO DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUT
OS

SAC CAIXA 08007260101 (informações,
reclamações,sugestões e elogios)

para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 08007262492

Ouvidoria 08007257474

Caixa.gov.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 245831.000072/2019-11

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Antonio Alcione Gonçalves De Moura

Data/Hora: 02/10/2019 - 09:49

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE LAGOA DO SÍTIO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

LAGOA DO SÍTIO

Endereço

POVOADO SÃO DOMINGOS, N°:

Complemento

ZONA RURAL

564222

Data/Hora

29/06/2019 - 12:30



Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ODOM SOARES FEITOSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 17541589 SSPMG MG

Mãe: MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Pai: ODOM DE ARAÚJO FEITOSA

Certifica e dou fá, que a presente

Endereço: POVOADO SÃO DOMINGOS, N°

Cópia confusa com o original.

Complemento: ZONA RURAL

Valença, 22/11/2019

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Em testo _____ da verdade

Cidade: LAGOA DO SÍTIO

Assinatura

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 - HONDA CG 160 FAN ESDI

2016 PIR7182 9C2KC2200GR015983

1082409481

Preta

Condutor: ODOM SOARES FEITOSA

End: POVOADO SÃO DOMINGOS Número: Complemento:

Cidade: LAGOA DO SÍTIO UF: PI Bairro:

Proprietário: CLEANE COSTA ANJOS

End: POVOADO SÃO DOMINGOS Número:

Cidade: LAGOA DO SÍTIO UF: Bairro:

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa

Escrevente Autorizada

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE NOTICIA A ESTA DP, QUE NO DIA, HORA E LOCAL MENCIONADOS ACIMA, CONDUZIA A MOTO EM TELA, QUANDO REPENTINAMENTE BATER UM EM TRONCO DE ÁRVORE, OCASIÃO EM QUE PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DO VEÍCULO CAINDO AO CHÃO; QUE NA QUEDA FRATUROU O OMBRO DIREITO E UM CORTE NA TESTA, CONFORME DIAGNÓSTICO DE ATENDIMENTO DE URGENCIA REALIZADO NO HOSPITAL REGIONAL DE VALENÇA DO PIAUÍ/PI, E PELO SEU ESTADO DE SAÚDE, REQUEREU ENCAMINHAMENTO PARA O HUT EM TERESINA/PI; QUE A CIDADE NÃO DISPÕE DE IML. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Antonio Alcione Gonçalves De Moura - Mat.
AGENTE DE POL.

ODOM SOARES FEITOSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Keila Leal Paraíba
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Odom Soares Feitosa	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	Odom Soares Feitosa			6 - CPF:	391.467.298-60	
7 - Profissão:	Recusou	8 - Endereço:	Povoado São Domingos		9 - Número: S/N	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro:	Rural	12 - Cidade:	Lagoa Do Sítio		13 - Estado: PI	14 - CEP: 64308-000
15 - E-mail:	jloivan6.ii@gmail.com					16 - Tel.(DDD): (89)999260020

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____
AGÊNCIA: 3887	CONTA: 26187	8
(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.		

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasdutoro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO	34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (não alfabetizado)	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____
			CPF: _____
			Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____	
		CPF: _____	
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha	

40 - Local e Data, Lagoa Do Sítio Do Piauí - PI, 22 De Novembro De 2019	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---	--	---

TESTEMUNHAS

ODOM SOARES FEITOSA

Nasc.: 15/01/1988 Idade: 31 ANOS, 5 MESES, 14 DIAS Profissão:

CPF: 391.467.298-60 - RG: 17541589 - SUS: 705007297207956

End.: SAO DOMINGOS, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: LAGOA DO SITIO/PI

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: MARIA DE ARAUJO FEITOSA

Civil: CEP: 64308-000
Pal: MARIA DA CRUZ SOARES DOS

Clinica: **CLINICA GERAL** Documento: 4710 - SAMUEL G. DANTAS ARRAES

Responsavel: ODOM SOARES FEITOSA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

29/06/2019 13:05 0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

Queixa principal:

PALEOVO; J. Avel. VITIMA TRAVEU MONOCICLICO. LACERDA 1
LACERDO CORRIDA 3 600m

Exame clinico/fisico:

Glasgow 15
PA: 110x70
FC: 88 L

Diagnostico provável:

TCU 6MVU

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

① RL - 500ml - Br - 28gblm

13.18
Edilson Geraldo de Lima Junior
Técnico de Enfermagem
COREN-PI: 281541

OFIRINA 1000mg - 03 Amp + Br - 40ml - ACOM

③ CEFACOTINA 3g - 03 Amp + Ag - Br - ACOM

⑨ VOLTAVER 75 - 01 Amp - IM - ACOM

14.00
Edilson Geraldo de Lima Junior
Técnico de Enfermagem
COREN-PI: 281541

⑤ CGG + 50ml

Dr. Rafael Borbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6057

⑥ TRAMAL 50mg - 01ml + 100ml SF 0,9% - IV - 30 ml

⑩

1.060 null 95.577.9599
 null null null null
equatorial
 COMPANHIA DE ENERGIA
cepisa

Para contato
 consultas, informações
 sobre NÚMERO! → **SEU CÓDIGO:**
0697114-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
 Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
 CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº de Nota Fiscal 26871512

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
 pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	13/09/2019	96	105,48
ANTONIO JOAQUIM DOS ANJOS PV SAO DOMINGOS S/N - B-RURAL CPF: 000000872139310 CEP: 64.308-000 - LAGOA DO SITIO DADOS DA LEITURA kWh ROT: 27.474.07.80.001550 DATA DA LEITURA			
Atual: 6667 Atual: 06/09/2019 Anterior: 6571 Anterior: 07/08/2019 Constante de Multiplicação: 1.000 Próxima Leitura: 08/10/2019 Consumo Medido: 96 Emissão: 05/09/2019 Consumo Faturado: 96 FCAM* Apresentação: 06/09/2019 Forma de Faturamento: NORMAL Código da Irregularidade: Dias de Consumo: 30			
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Pasta
RESIDENCIAL	MONO	A1410029	1.1.1.1 77
HISTÓRICO kWh Mês/ano consumo			
AGO/19	74	CONSUMO 96 A R\$ 0,912203 = 87,57	
JUL/19	77	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,73	
JUN/19	71	CORRFCAO MONETARIA IG 07/19-00 0,38	
MAR/19	66	MULTA POR ATRASO 07/19-00 1,32	
ABR/19	71	JUROS POR ATRASO 07/19-00 0,48	
MAR/19	74	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,83	
FEV/19	70		
JAN/19	70		
DEZ/18	82		
NOV/18	87		
TOTAL SEM TRIBUTOS: R\$ 96 A R\$ 0,912203 = 87,57			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/09/2019. O não pagamento pode ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SPC/BNB. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Nota para o cliente: Este documento é uma Nota Fiscal com Números 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, que indica o vencimento da fatura.

RESERVADO AO FISCO C250_0186_622E_868C_1494_ED90_468F_C6D4
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	18,41	Base de Cálculo:	87,57	68,30
Energia:	35,56	Alíquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	6,01	Valor do ICMS:		19,26
Encargos:	2,94	Valor do PIS:	1,40%	0,96
Tributos:	24,65	Valor do CORF:	6,49%	4,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Linha	7,27	14,53	29,06	3,68
Realizad	0,00	0,00	0,00	0,00
Conselho	NOVO ORIENTE		Período de abertura:	07/2019
				27,26

ROT: 27.474.07.80.001550

equatorial
 ENERGIA
cepisa

SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$

0697114-8 105,48
 MÊS FATURADO VENCIMENTO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
 Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
 CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
 09/2019 13/09/2019
 Nº de Nota Fiscal: 26871512 FCAM*

8368000001 7 05480017000 0 00000000697 3 11480919008 4



Fatura Mensal

MATRÍCULA	Hidrômetro	Referência
1735348-3	A18N078052	OUT/2018

Nome/Razão Social/Endereço
 JOSE IVAN DE OLIVEIRA
 RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187
 VALE VERDE
 VALENCA 64302000

AG= 67

Situação Água/Esgoto	Res.	Categorias de Uso	Inscrição		
3/1	1	Com. Ind. Pub.	113 2 07 0573 0171-000		
Período das Contas		Emiss. OBRAS PIAUÍ			
10/09/2018		08/10/2018			
		28			
Histórico de Consumo Data/Hora Leitura Consumo Diam.					
04/18 354 0 0 05/18 354 0 0 06/18 354 0 0 07/18 354 0 0 08/18 1 0 0 09/18 1 0 0 10/18 1 0 0					
Forma de Faturamento FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO Cód. Residencial Código da Tarifa 916181790 01 Consumo Médio Cons. Fls. Agua Cons. Fls. Esgoto 0 0 Consumo Consumo Retardo 0 10					

DESCRICAÇÃO DA FATURA

Cod.	Nome do Serviço	* Valor (R\$)
AGUA		26,91
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		0,61
JUROS DE MORA 001/001		0,63
MANUTENCAO HIDROMETRO		1,60

VENCIMENTO 15/10/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 29,75

 AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$29,65
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PANT 2014-2015-NR							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Nitrato	Coliforme	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	45	5,2	8,0±0,5	0,3	Ausente	Ausente

NF Mínimo de Amostras Analisadas

NF Amostras Realizadas

NF Amostra que Atende Legislação

Valor Médio 1.31 2.44 6.84 0.00 0.00 0.00

PRESENTE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMPRE PRATICAMENTE.

Comunicação

 Mensagem
 A AGESPIA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA, RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPIA.COM.BR.

EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGESPIA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF 411.758.243,72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ODOM SOARES FEITOSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 391.467.298,60, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ODOM SOARES FEITOSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 391.467.298,60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		<u>187</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>VALE VENDE</u>	<u>VALença</u>	<u>PI</u>	<u>64300-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>jiovian6.ji@gmail.com</u>	<u>(89)99412206</u>	<u>999260030</u>	

Valença - PI, 03 de Dezembro de 2019
Local e Data

José Ivan De Oliveira
Assinatura do Declarante

Ultra



NOME DO PACIENTE:

Dona Soárez Ferreira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

515456

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".



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ODOM SOARES FEITOSA		Prontuário: 515456
Mãe: MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS	Pai: ODOM DE ARAUJO FEITOSA	
End. Resid.: SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SITIO - PI - CEP: 64308-000		
Nascimento: 15/01/1988	Idade: 31a5m14d	Sexo: Masculino Fone: 89-99907-2988
Responsável: MARIA DAS DORES	CNS: 705007297207956	
Profissão: LAVRADOR	Documento: CPF: 391.467.298-60	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: União Estável	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 728762	Entrada: 29/06/2019 21:35:34	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura Informe Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	TOMOGRAFIA REALIZADA DATA: 23/06/2019 HORA: 07:47 EXAME: C/Normal		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Déficit neurológico agudo	TECNICO: QDO:	Cor: Laranja
--	---	---------------	--------------

Breve História Clas. Risco:

PACIENTE ENCAMINHADO DE LAGOA DO SITIO COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEGUIDO DE PERDA DE CONSCIENCIA NA MANHA DE HOJE, EVOLUINDO COM VOMITOS + DOR E MOBILIDADE PREJUDICADA DE OMBRO DIREITO. APRESENTANDO LESAO EM COURO CABELEUDO (SEGUNDO ENCAMINHAMENTO). acompanhante nega alergia medicamentosa.

ROMAK BEZERRA HOLANDA
COREM 322664 PI
Em: 29/06/2019 21:46:34

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, HÁ APROXIMADAMENTE 10 HORAS, NEGANDO USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE. TRAZIDO POR AMBULÂNCIA. RELATA VÔMITOS E PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA OTORRAGIA OU EPISTAXE.

A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL OU HEAD BLOCK OU PRANCHA RÍGIDA; B) SatO2: % (AO AR AMBIENTE); EUPNEICO; AP: MURMÚRIOS VESICULARES PRESENTES BILATERALMENTE, SIMÉTRICOS. C) FC: 93 BPM; AC: RR EM 2T, BNF, SS. AUSÊNCIA DE SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, FLÁCIDO; INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PULSOS FORTES E SIMÉTRICOS, SEM TURGÊNCIA JUGULAR. D) GLASGOW 15; PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES; SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS E) ESCORIAÇÕES EM FLANCO DIREITO E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM BRAÇO DIREITO.
--

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
---------------------------	------

Exames Complementares:
(1250435) - T.C. DE CRANIO (1250438) - TORAX PA (1250439) - PELVE

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: / / HORA: : :

<i>Silvia das Dores P Silva</i>
Assinatura Paciente ou Responsável

Dra. Fátima Britto
MÉDICA CRM-PI 6957
ISMAEL PEREIRA MAURIZI
CRM: 4712 EM: 29/06/2019 21:56:42



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

29 06 19
Aug

imp: 29/06/2024 14:56:43
ISMAEL MAURIZI

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ODOM SOARES FEITOSA		Prontuário: 515456
Mãe: MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS	Pai: ODOM DE ARAUJO FEITOSA	
End. Resid.: SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SITIO - PI - CEP: 64308-000		
Nascimento: 15/01/1988	Idade: 31a5m14d	Sexo: Masculino Fone: 89-99907-2988
Responsável: MARIA DAS DORES		CNS: 705007297207956
Profissão: LAVRADOR		Documento: CPF: 391.467.298-60
G. Instrução: Não informado		E.Civil: União Estável
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Dódigo: 728762 | Data: 29/06/2019 21:35:34 | Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | Convênio:S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 11 : 00 ESPECIALISTA: OLIOPESDA
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: AORK + CLÍNICO: CIC III

1986-87

Carimbo Van der Linde Canteen

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : _____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2) :

Data/Hora Solicitação: / / : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

~~Carimbo/Assinatura Solicitante~~

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / ...

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



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



Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 728762

Tmp: 29/06/2019 21:56:43

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> ODOM SOARES FEITOSA	<u>Prontuário:</u> 515456	<u>Local:</u>	<u>Leito:</u>
<u>Tipo Sanguíneo:</u>	<u>Fator RH:</u>	<u>Peso (Kg):</u> 0,00	<u>Altura (M):</u> 0,00
		<u>IMC (Kg/m²):</u> 0,00	



PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE <i>DOM SANTOS FETOSA</i>	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENE. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
1 DIETA LIVRE 2 SG5% 500ML + SF0,9% 500ML EV EM 12h 3 DIPIRONA 2ML+AD EV 6/6H 4 TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H 5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS 6 CCGG		<i>SS EV CJ</i>			
<i>Até 10/09/2019 CRM 1803 NRC 25252519 Câmara de Representantes do Piauí SOP/CRM/PI/2019</i>					

MÉDICO / CRM:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE <i>ODON SOTTO FETOSA</i>		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO		MÉDICO ASSISTENTE		ALERGIAS:		
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIO		OBSERVAÇÕES	
<p>DIETA LIVRE 2 SG5% 500ML +SF0,9% 500ML EV EM 12h 3 DIPIRONA 2ML+AD EV 6/6H 4 TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H 5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS 5 CCGG</p>						
<p>CRM: 4803 RQE: 253/259 Habite Lei da Vascourcelos</p>  						


**AUDIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

219178

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	242104

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ODOM SOARES FEITOSA	6 - Prontuário: 515456		
7-CNS: 705007297207956	8-Nascimento: 15/01/1988	9-Sexo: Masculino	CPF: 391.467.298-60
11-Mae: MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS			12-Fone: 89-99907-2988
13-Resp: MARIA DAS DORES			14-Cor: Parda
Endr: SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - CEP: 64308-000			
16-Munic: LAGOA DO SITIO	17-Cod.IBGE: 220559	18-UF: PI	19-CEP: 64308-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR GRAU 3 A DIREITA E TEM DOR LOCAL

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA

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

RX

23-Diagnóstico Inicial: Luxação da articulação acromioclavicular	24-CIU Prim: S431	25-CID Sec.: _____	26-CID C.Abs.: _____
---	--------------------------	--------------------	----------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408010185	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	Tempo SUS 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: 003.695.133-12	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS	34-Data Solicitação: 30/06/2019	Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) André Leal de Vasconcelos Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora: _____	40-Nº Bilhete: _____	41-Série: _____
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa: _____	43-CNAE Empresa: _____	44-CBOR: _____
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado	
--	--

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <i>30/06/2019</i>	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento: _____	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>X Maria das Dores Pereira da Silva</i>	Usuário: (ANDRÉ LEAL)
	Consulta Local: 728762
	Consulta SUS: Impressão: 30/06/2019 00:35:20



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	X Fio K 210

HOSPITAL: H-U-T CNPJ: _____
PACIENTE: Odeon Júnior Ferreira Nº AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: Almir CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Paciente com lesões pernovenulares diretas necessitando de osteosíntese.

Almir Alves Rebello Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI-2972

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Edson Soares Feitosa		
Diagnóstico pré-operatório	Fractura da Diáfise		
Operação - Tipo	Osteosynthes		
Cirurgião	SMUR	1º Assistente	Entidante
2º Assistente	_____	3º Assistente	_____
Instrumentador(a)	Bayana	Anestesista	Fernanda
Anestésico(a)	Anestesia Geral		
Data da Operação	02/07/19	Inicio	14:30
Diagnóstico Pós-operatório	Fratura		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em posição de caduta de prado
na anestesia geral inalatória, Anapna, Autanapna,
Coloração dos corpos estreitos, fechado a traumas
osmioscláustro direta, meniscotomia, Redutor e
osteosynthes da Lse, Sutura, Curativo, Típico,
SA

Fundação Municipal de Saúde
Hospital de Urgência de Teresina
Centro Cirúrgico

he



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02, 07, 19

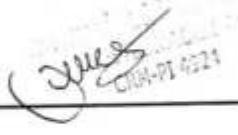
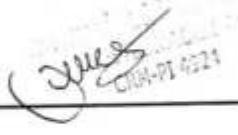
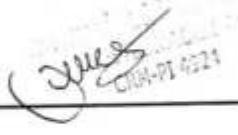
NOME DO PACIENTE:	Odilon Soares Furtado	PRONTUÁRIO N°:	515456
DIAGNÓSTICO:	LAC a Direito	CIRURGIA:	Ortostomia
ANESTESIA:	General	Nº DA SALA:	05
CIRURGÃO:	SEM 112	CPF N°:	
AUXILIAR:	Bethidanie	CPF N°:	
ANESTESIA:	Fernanda Roberta	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Dayana	CPF N°:	

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 710	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml FRASCO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL 14	UNID.	01	
JELCO Nº 20	UNID.	01		1 litro		05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Locova		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Urpon		01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				tubo 810		01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3-0	01						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	01						
PROLENE				CIRCULANTE			

FOLHA DE ANESTESIA

Od. 31w UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE						Nº DE REGISTRO																																																																																																																																																									
Odem Sávio dos Anjos																																																																																																																																																															
DATA: 02.07.19	P. ARTERIAL 120x70	PULSO 60	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																																																																																									
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA 12,2	HEMATOCRITOS 38,2%	GLICEMIA 144	DOS. URÉIA																																																																																																																																																									
EXAMES DE URINA						Flag. N65ml																																																																																																																																																									
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA																																																																																																																																																															
SISTEMA CIRCULATÓRIO Estável hemodinamicamente						ELETROCARDIÓGRAMA																																																																																																																																																									
SISTEMA RESPIRATÓRIO NDN						ASMA	BRONQUITE																																																																																																																																																								
SISTEMA DIGESTIVO	Jéjum Completo > 8h		SISTEMA URINÁRIO	NDN																																																																																																																																																											
ESTADO MENTAL	Glasgow 15		CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS																																																																																																																																																										
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	Varizes axonias-iliaicas D		FÍSICOS	ASA I																																																																																																																																																											
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO AS	EFEITOS																																																																																																																																																											
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</td> <td colspan="2">11:30h</td> <td colspan="2">12:30h</td> <td colspan="2">TOTAL DE DOSES</td> </tr> <tr> <td>OXIGÉNIO 1l/min</td> <td>1 AP 1l/min</td> <td>2 Sevoflurano</td> <td>3</td> <td>Troponina 100mcg</td> <td>Entamina 250mcg</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">LÍQUIDOS</td> <td>SO-UTO 500</td> <td>400</td> <td>SANGUE 300</td> <td>200</td> <td>Dexketorfanol 10mg</td> <td>Cefazolina 2g</td> </tr> <tr> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>Midazolam 2mg</td> <td>Diazepam 2mg</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">TEMPERATURA T</td> <td>260</td> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>Tilac 200mcg</td> <td>Oralnition 5mg</td> </tr> <tr> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>180</td> <td>Tramadol 100mg</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">P. ARTERIAL V O</td> <td>260</td> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>180</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">PULSO</td> <td>260</td> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>180</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">INÍCIO E FIM ANESTESIA X</td> <td>260</td> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>180</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</td> <td>260</td> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>180</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">RESPIRAÇÃO O</td> <td>260</td> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>180</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">SÍMBOLOS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">TÉCNICAS Anestesia Oral balanceada</td> <td colspan="3">INCIDENTE - ACIDENTE</td> </tr> <tr> <td colspan="4">OPERAÇÕES Oficinista</td> <td colspan="3">Sem intercorrências</td> </tr> <tr> <td colspan="4">CIRURGIÕES Dr. Alívio</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">ANESTESISTAS</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">  Od. 31w CONTEÚDO CORRETO HUT </td> <td colspan="3">CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">PARITICULARIDADES Negar comorbidades e alergias</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>							AGENTES ANESTÉSICOS	11:30h		12:30h		TOTAL DE DOSES		OXIGÉNIO 1l/min	1 AP 1l/min	2 Sevoflurano	3	Troponina 100mcg	Entamina 250mcg	LÍQUIDOS	SO-UTO 500	400	SANGUE 300	200	Dexketorfanol 10mg	Cefazolina 2g	100	100	100	100	Midazolam 2mg	Diazepam 2mg	TEMPERATURA T	260	240	220	200	Tilac 200mcg	Oralnition 5mg	240	220	200	180	Tramadol 100mg		P. ARTERIAL V O	260	240	220	200			240	220	200	180			PULSO	260	240	220	200			240	220	200	180			INÍCIO E FIM ANESTESIA X	260	240	220	200			240	220	200	180			INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	260	240	220	200			240	220	200	180			RESPIRAÇÃO O	260	240	220	200			240	220	200	180			SÍMBOLOS							TÉCNICAS Anestesia Oral balanceada				INCIDENTE - ACIDENTE			OPERAÇÕES Oficinista				Sem intercorrências			CIRURGIÕES Dr. Alívio							ANESTESISTAS							 Od. 31w CONTEÚDO CORRETO HUT				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			PARITICULARIDADES Negar comorbidades e alergias						
AGENTES ANESTÉSICOS	11:30h		12:30h		TOTAL DE DOSES																																																																																																																																																										
	OXIGÉNIO 1l/min	1 AP 1l/min	2 Sevoflurano	3	Troponina 100mcg	Entamina 250mcg																																																																																																																																																									
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	400	SANGUE 300	200	Dexketorfanol 10mg	Cefazolina 2g																																																																																																																																																									
	100	100	100	100	Midazolam 2mg	Diazepam 2mg																																																																																																																																																									
TEMPERATURA T	260	240	220	200	Tilac 200mcg	Oralnition 5mg																																																																																																																																																									
	240	220	200	180	Tramadol 100mg																																																																																																																																																										
P. ARTERIAL V O	260	240	220	200																																																																																																																																																											
	240	220	200	180																																																																																																																																																											
PULSO	260	240	220	200																																																																																																																																																											
	240	220	200	180																																																																																																																																																											
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	260	240	220	200																																																																																																																																																											
	240	220	200	180																																																																																																																																																											
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	260	240	220	200																																																																																																																																																											
	240	220	200	180																																																																																																																																																											
RESPIRAÇÃO O	260	240	220	200																																																																																																																																																											
	240	220	200	180																																																																																																																																																											
SÍMBOLOS																																																																																																																																																															
TÉCNICAS Anestesia Oral balanceada				INCIDENTE - ACIDENTE																																																																																																																																																											
OPERAÇÕES Oficinista				Sem intercorrências																																																																																																																																																											
CIRURGIÕES Dr. Alívio																																																																																																																																																															
ANESTESISTAS																																																																																																																																																															
 Od. 31w CONTEÚDO CORRETO HUT				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																																																																																																																																											
PARITICULARIDADES Negar comorbidades e alergias																																																																																																																																																															

Neurocirurgia

TCE - queda de moto.

Glasgow 15

TC de crânio: Sem patologias hemorrágicas

CP: Sem conduta neurocirúrgica
além da NER
(níveis de consciência)

Dr. Enajó Pergo de Oliveira
Neurocirurgião
CRM-PI: 5084 RQE: 3144

En Gesl 23.19

Paciente vítima de acidente de trânsito. Estável
hemodinamicamente. Esguicho. ECG - P.1S. ACP sem
alterações. RX de tórax sem sinal de pneumotórax/
Desconhece pleural / fratura de ossos costais. Abdome
físico / indolor. Id. Suturas do lesão contorcidas
em círculo babilônico. Sem outras demandas para cirurgia
no momento Dra. Fátima Brito

MÉDICA
CRM-PI 6957

Eduardo Pinto Lins
CRM-PI: 6504
SIME-HUT
CONTROLE CLÍNICO

Ker

Neurocirurgia

TCE - quefe de moto.

Glasgow 15

TC de crânio. Sem patologias neurocirúrgicas

CP: Sem conduta neurocirúrgica
além de NLR
(midador clínico)

Dr. Esmail Barroso de Oliveira
Neurocirurgião
CRM-PI: 5084 RQE: 3144

Ein Gesl 23:19

Paciente vítima de acidente de trânsito. Estava hemodinamicamente instável. Esguicho. ECG - P.15. ACP sem alterações. RX de tórax sem sinal de pneumotórax. Diorama pleural / fratura de arcos costais. Abdome firido / indolor. Od. Sutura das lesões conto-contuso em couro brinquedo. Sem outras demandas para o seu no momento Dra. Fátima Brito

MÉDICA
CRM-PI 6957

Eduardo Henrique
Felicidade 1000
SME - HU
COTRAN - 001 / 0001

Neurocirurgia

TCE - queda de moto.

Glasgow 15

TC de crânio. Sem patologias neurocirúrgicas

CP: Sem conduto neurocirúrgico
alte de NLR
(midador clínico)

Dr. Esmalito Passos de Oliveira
Neurocirurgião
CRM-PI: 5084 RQE: 3144

En Geral 23:19

Paciente vítima de acidente de trânsito. Estava hemodinamicamente instável. Faringo. ECG - p. 15. ACP sem alterações. RX de tórax sem sinal de pneumotórax. Derrame pleural / fratura de arcos costais. Abdome fechado / indolor. Od. Suturas das lesões contorcionadas em como babilônicos. Sem outras demandas para UG no momento Dra. Fátima Brito

MÉDICA
CRM-PI 6957

Eduardo Júnior / Neurocirurgião
Nascido: 1984
Série: 407
CRM-PI: 5084

Ker

Informações Gerais

-  Paciente: ODOM SOARES FEITOSA - 705007297207956 - 15/01/1988 (31 anos), Lagoa do Sítio. Mãe: MARIA DE ARAÚJO FEITOSA
-  Class. Risco: Muito urgente

 VISÃO GERAL

 MUDANÇAS QUADRO CLÍNICO

Estab. Solicitante

Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)

Médico Solicitante

RAFAEL BARBOSA VIEIRA

Usuário Solicitante

Usuário Padrão

Senha

VISUALIZAR SENHA ([/internacoes/121503/visualizar_senha](#))

Observação Solicitante

Observação Executante

Caráter

Urgência

Tipo de Leito

Neurocirurgia

CIDs

Traumatismos múltiplos da cabeça

Procedimentos

Descrição Clínica

Paciente, 31 anos, vítima trauma motociclistico evolui com lesão cortante +- 10 cm couro cabeludo/ equimose e edema periorbitário E. Ao EP: Glasgow 13 / PA: 110x70 / GC: 103 / Sat 02: 95% / FC: 88bpm. O encaminho p/ realização de TC DE CRÂNIO.

Visualizar mudanças ([/internacoes/121503/mudanca](#))

Protocolo de Atendimento

Pressão Sistólica: 110

Pressão Diastólica: 7

Saturacão (%): 95

Frequênciacardíaca(bpm): 88

Frequênciacrespiratória(rpm): 16

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 110X70

Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 88

Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 16

Saturação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado): 95

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 13

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): 103 .

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): NI

Assistência Ventilatória: Não necessita

Observações

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
29/06/2019 15:38	José Filho - Operador Internação - SESAPI	Excluída	Regulado Via Central de Regulação Municipal de Teresina : HUT - 80325/669791962
29/06/2019 13:38	Marcelo Coelho Vieira Albuquerque - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
29/06/2019 13:13	RAFAEL BARBOSA VIEIRA - Estab: Hospital Regional Eustáquio Portela	Pendente	



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	ODOM SOARES FEITOSA	(Prontuário: 515456)		
Endereço:	SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SITIO - PI	CEP: 64308-000		
Nascimento:	15/01/1988	Idade: 31a7m9d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	971815	Solicitação: 02/07/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO	Atendimento: 242104
Controle:	1252281	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 233 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 02/07/2019

OMBRO DIREITO

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

- Luxação acrômio-clavicular.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão:

- Luxação acrômio-clavicular.

(RENAN

TERESINA - PI 24/08/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Laudo médico original
Matrícula: 69004
SAÚDE - HUT
Confere com Original





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ODOM SOARES FEITOSA** (Prontuário: **515456**)

Endereço: **SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SITIO - PI CEP: 64308-000**

Nascimento: **15/01/1988** Idade: **31a6m29d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **728762**

Requisição: **970903** Solicitação: **29/06/2019** Solicitante: **ISMAEL PEREIRA MAURIZ**

Controle: **1250438** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 29/06/2019

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 13/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Jude Silveira Lopes da Silva
Médico Radiologista
CONFERENCIA CLINICA



LAUDO MÉDICO

Paciente:	ODOM SOARES FEITOSA	(Prontuário: 515456)
Endereço:	SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SITIO - PI CEP: 64308-000	
Nascimento:	15/01/1988	Idade: 31a5m15d
	Sexo: Masculino	Origem: URGÊNCIA/EMERG
Requisição:	970901	Solicitação: 29/06/2019
Controle:	1250435	Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
	Convênio: S U S	

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 29/06/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

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

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/06/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente:	ODOM SOARES FEITOSA (Prontuário: 515456)		
Endereço:	SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SITIO - PI CEP: 64308-000		
Nascimento:	15/01/1988	Idade: 31a6m29d	Sexo: Masculino
Requisição:	970903	Solicitação: 29/06/2019	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728762
Controle:	1250439	Convênio: SUS	Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 29/06/2019

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO – FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFESE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

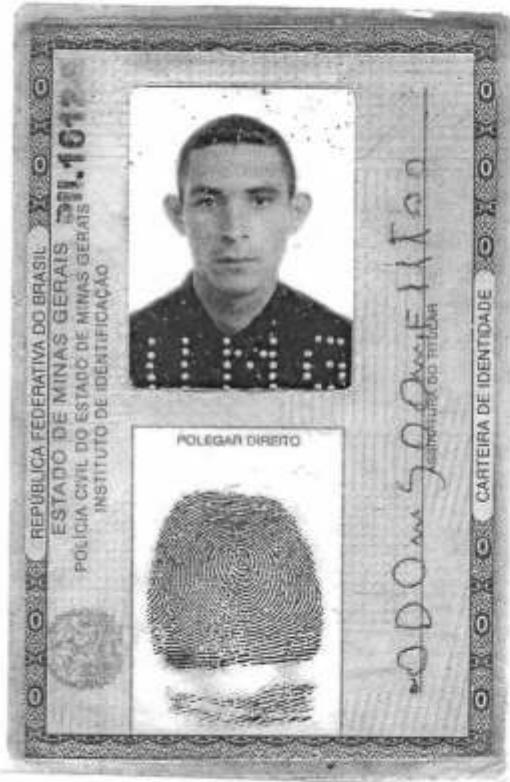
(IRANDI SILVA)

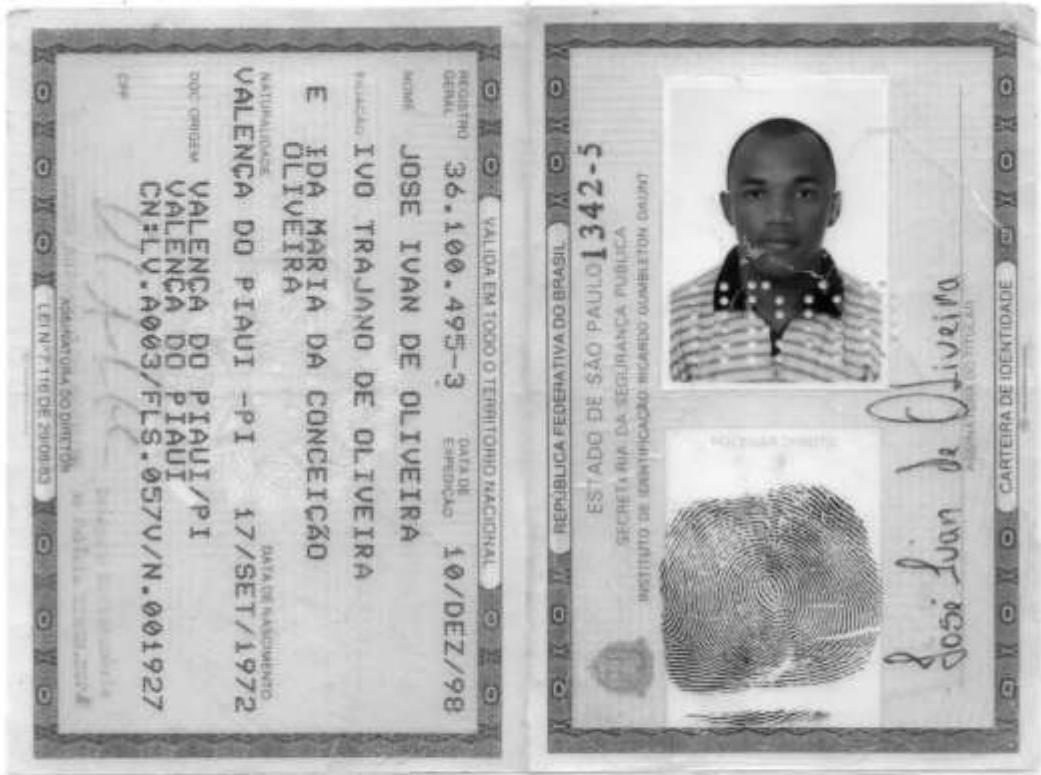
TERESINA - PI 13/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável

IRANDI SILVA
 CONFERENCIA HUT





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI N° 013936189691
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01082409461		2019

2771	NOME	
0106	CLEANE COSTA DOS ANJOS	
2069	*****	
417a	*****	
7b01	*****	
1684	*****	
8125	*****	
c20c	CPF / CNPJ	PLACA
cmbo	03198298393	PIR-7182
8219	PLACA ANT / UF	CHASSI
		9C2KC2200GR015983

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL	
P&C/MOTOCICLETA/NP/NHUMA	ALCOOL/GAS	
MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/CG 160 FAN ESDI	2015 2016	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	
02P/0162CC	PARTICU	
I P V A	COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	1º IPVA 2º 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES
SEM RESTRIÇÕES DE PORTE OBRIGATÓRIO
NOVO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL	DATA
LAGOA DO SITIO	27/02/2019

Assinatura do Agente de Trânsito
Agente de Trânsito do Município
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PINº 013936189691 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	27/02/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	03198298393	PIR-7182

RENAVAM	MARCA / MODELO
01082409461	HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB.	DATA FAB.	Nº CHASSI
2015	09	9C2KC2200GR015983

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
000,00	000,00	084,58

PAGAMENTO	X COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
			27/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

**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.

Número do Sinistro: **3190677827**

Nome do(a) Examinado(a): **ODOM SOARES FEITOSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

PV SAO DOMINGOS , SN - RURAL - Lagoa do Sítio - PI - CEP 64308-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /MG**] **17541589**

Data e local do acidente: [**29/06/2019**] **Lagoa do sítio - Piauí**

Data e local do exame: [**17/12/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Luxação acromioclavicular direita Traumatismo crânioencefálico com hematoma subgaleal

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Paciente apresenta déficits de movimentos em ombro direito. Relata crises de tontura frequentes.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento cirúrgico. Alta médica.

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-80), rotação interna (realiza 0-30) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 3.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual () 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):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433540/19

Vítima: ODOM SOARES FEITOSA

CPF: 391.467.298-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2019

Titular do CPF: ODOM SOARES FEITOSA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

ODOM SOARES FEITOSA : 391.467.298-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA
CPF: 411.758.243-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa