

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 cranioencefálico 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 cranioencefálico 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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). 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

Valoração 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	CPF: 391.467.298-60
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	CPF:411.758.243-72
Endereço: Rua Antonino de Sousa Martins		Nº 187	Bairro: Vale Verde
Cidade : Valença		Estado: PI	CÉP: 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

X Odom Soares Feitosa

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: 64.300-000 - Fone: (88) 3465-1171



RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ODOM SOARES FEITOSA, DOU FE. EM TEST. 10 DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUI-PI, 22/11/2019. Enol.:3,85 Taxa:7,77 FPP:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 Selo:ABU.20630 (F160P4)

Ana Cláudia Melão
Ana Cláudia Melão Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE

Ana Cláudia Melão L. F. Chaves Barbosa
Escrivente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433540/19

Vítima: ODOM SOARES FEITOSA

CPF: 391.467.298-60

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 29/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ODOM SOARES FEITOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

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



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

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, retorne 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ 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

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.ji@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:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 26187 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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.

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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

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)

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)

ara 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

564222

Data/Hora

29/06/2019 - 12:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

LAGOA DO SÍTIO

Endereço

POVOADO SÃO DOMINGOS, Nº:

Complemento

ZONA RURAL

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ODOM SOARES FEITOSA

RG: 17541588 SSPMG MG

Mãe: MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS

Pai: ODOM DE ARAÚJO FEITOSA

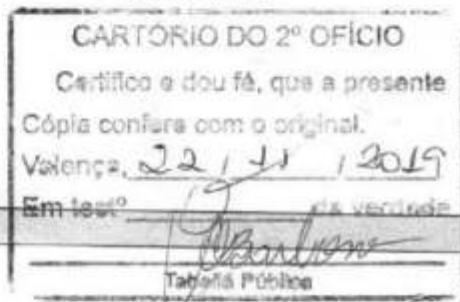
Endereço: POVOADO SÃO DOMINGOS, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: LAGOA DO SÍTIO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 160 FAN ESDI

Ano: Placa: Chassi:

2016 PIR7182 9C2KC2200GR015983

Renavam:

1082409481

Cor:

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 Molão L. F. Chaves Barbosa
Escritor 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 URGÊNCIA 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

4000990390
ODOM SOARES FEITOSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Parafita
Delegada Geral de Polícia Civil
Mat.: 196.333-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ 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

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: jioivan6.ji@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: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) *
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3887 CONTA: 26187 8 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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.

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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
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)



CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Data: 29/06/2019

Funcionario: ADRIANO

Hora: 13:05:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

ODOM SOARES FEITOSA

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

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

Civil:

CEP: 64308-000

End.: SAO DOMINGOS, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: LAGOA DO SITIO/PI

Cor: SEM

Telefone: () -

Mãe: MARIA DE ARAUJO FEITOSA

Pai: 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 URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

Queixa principal:

Paciente, 31 anos, vítima trauma motociclistico com c/ lesão costal e 4cm

Exame clínico/físico:

GLASGOW 15
PA: 110x70
GC: 105 mmHg
T_{ax}: 35,1
FC: 88 bpm

Diagnostico provavel:

TCE grau I

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

1) RL - 500ml - IV - 28 gpbm

Opioma 50mg - 0,5 Amp + 25 - IV - 100ml

3) CEFACOTIMA 3g - 0,5 Amp + 25 - IV - 100ml

4) VOLTAREN 75 - 0,5 Amp - IM - 100ml

5) CCGG + 50ml

6) IMVAL 500ml - 20ml + 100ml SF 0,9% - IV - 20 gpbm

13:18
Epidio Geraldo de Lima Junior
Técnico de Enfermagem
COREN-PI: 1281541

14:02
Epidio Geraldo de Lima Junior
Técnico de Enfermagem
COREN-PI: 1281541

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6067

Responsavel: ODOM SOARES FEITOSA

4710 - SAMUEL G. DANTAS ARRAES



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

Para contato
consulte, informe
o NÚMERO:

SEU CÓDIGO

0697114-8

Nº da 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 SÃO DOMINGOS S/N - B-RURAL
CPF: 00000872139310
CEP: 64.308-000 - LAGOA DO SÍTIO

ROT: 27.474.07.80.001550

DADOS DA LEITURA		DADOS 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	Apresentação:	06/09/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Código de irregularidade:	Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Est.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1410029		1.1.1.1	77

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
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	CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00	0,38
MAI/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		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 0,912203

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 poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SPED-EN. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	18,41	Base de Cálculo:	87,57
Energia:	35,56	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	6,01	Valor do ICMS:	19,26
Encargos:	2,94	Valor do PIS:	0,96
Tributos:	24,65	Valor do COFINS:	4,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FIC			DICI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Linha	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
Revisão	0,00			0,00			0,00
Consumo	NOVO ORIENTE			Período de apuração:			27,26

ROT: 27.474.07.80.001550



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0697114-8

MÊS FATURADO

09/2019

Nº da Nota Fiscal:

TOTAL A PAGAR - R\$

105,48

VENCIMENTO

13/09/2019

26871512 - FCAM*

83680000001 7 05480017000 0 00000000697 3 11480919008 4



Fatura Mensal

MATRÍCULA 1735348-3		Hidrometro A18N078052		Referência OUT/2018																																	
Nome/Razão Social/Endereço JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000																																					
AG= 67																																					
Situação Água/Esgoto	Res.	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição																																	
3/1	1			113 2 07 0573 0171-000																																	
Período de Consumo		Dias Consumidos																																			
de 10/09/2018 a 08/10/2018		28																																			
Histórico de Consumo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Leitura</th> <th>Consumo</th> <th>Quant.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>04/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/18</td><td>354</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/18</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>09/18</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>10/18</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>			Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quant.	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/ MINIMO DA LIGACAO Cód. Responsável 916181790 Código da Tarifa 01 Consumo Médio 0 Consumo Faturado 10		
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quant.																																		
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																																		
DESCRIÇÃO DA FATURA																																					
Cód.	Nome do Serviço				Valor (R\$)																																
AGUA					26,91																																
	MULTA IMPONTJALIDADE 001/001				0,61																																
	JUROS DE MORA 001/001				0,63																																
	MANUTENCAO HIDROMETRO				1,60																																

VERIFICACAO 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 AGUA CONFORME PORT 2018-2018 RES						
Parâmetros	Turbidez	Cor	Oxig	PH	Ferro	Coliformes
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	8,0 a 9,5	0,3	Escherichia Coli
NI Mínimo de Amostras Legais						Asente
NI Amostras Realizadas						Asente
NI Amostras que Atende Legislação						
Valor Médio	1.31		2.44	6.84	0.00	0.00

PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS GEMETRICAMENTE.

Observações
A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETOA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL

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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

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 Líder-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 <u>RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VERDE</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>jioivan6.ji@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(89)994122206</u>	Telefone celular (DDD) <u>999260020</u>

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

José Ivan de Oliveira

Assinatura do Declarante



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

Alto

NOME DO PACIENTE: Odora Soares Furtos

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".

**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

Alcides (OK)
C. Carneiro (OK)
ORTOPEDIA

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

(User: ISMAEL MAURIZ)

(Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: ODOM SOARES FEITOSA		Prontuário: 515456
Mãe: MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS	Pai: ODOM DE ARAUJI 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 22:23

EXAME C/ME

TECNOLOGIA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Déficit neurológico agudo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE ENCAMINHADO DE LAGOA DO SITIO COM HISTORIA 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 CABELUDO (SEGUNDO ENCAMINHAMENTO). acompanhante nega alergia medicamentosa.		ROMAK BEZERRA HOLANDA COREM 222664 PI Em: 29/06/2019 21:46:34

SSVV: (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, 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 TURGENCIA 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:** :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dra. Fátima Brito
MÉDICA
CRM-PI 6957
ISMAEL PEREIRA MAURIZ
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

Assinatura

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

(ISMAEL MAURIZ)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ODOM SOARES FEITOSA		Prontuário: 515456	
Mãe: MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS	Pai: ODOM DE ARAUJI FEITOSA		
End.Resid.: SÃO DOMINGOS - ZONA RURAL - LAGOA DO SÍTIO - 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:

Código: 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: __/__/__:__	ESPECIALISTA: ORTOPEDIA
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: ADX + CLÍNICA: CAC III	
CD INTERNA DA CLÍNICA	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

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

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	SINAIS VITAIS:							
			HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese
REGISTROS DE ENFERMAGEM:										

Flávia J. Soares - Farmacêutica
08/06/2019
SAÚDE - HUT
COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

[illegible]

MÉDICO / CRM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

[illegible]

MÉDICO / CRM:



242104

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

219178

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

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-Mãe:	MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS				12-Fone:	89-99907-2988	
13-Resp:	MARIA DAS DORES				14-Cor:	Parda	
End:	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

<u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u>			
PACIENTE COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR GRAU 3 A DIREITA E TEM DOR LOCAL			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u>			
AS ACIMA			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u>			
RX			
<u>Diagnóstico Inicial:</u>		24-CID Prim:	25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:
Luxação da articulação acromioclavicular		S431	

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.: CPF 003.695.133-12
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS		34-Data Solicitação: 30/06/2019		Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: X Maria das Dores pereira da Silva	Usuário: (ANDRE 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: Edson Jones Furtos Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: Almir CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

*Pacientes com lesões traumáticas
diretas necessitando de ortomóveis.*

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

DATA: 02/07/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Fórmula Médica Especializada em
Assistência: 66-04
SUS - HUT
CONTEÚDO ORIGINAL

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Odson Soares Feitosa</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>LSC a Direita</i>		
Operação - Tipo <i>Osteomiteria</i>		
Cirurgião <i>SMIR</i>	1º Assistente <i>Estedante</i>	
2º Assistente <i>—</i>	3º Assistente <i>—</i>	
Instrumentador(a) <i>bayland</i>	Anestesista <i>Fernanda</i>	Anestesia <i>General</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>02/07/19</i>	Início <i>11:30</i>	Fim <i>12:20</i>
Diagnóstico Pós-operatório <i>9 mm</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em posição de decúbito prono, sob anestesia geral inalatória, Síncope, Antivômito, Colagem dos campos esternos, Acesso a ortotomias acromioclaviculares direita, simultânea, Redução e osteomiteria da LSC, Sutura, Curativo, Tiquia, SA

Funda. de Urgência / Descontante
Nº 00000000000000000000
SABE - HUT
CONTORE CDD O UNICORAL

he



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02/07/19

NOME DO PACIENTE: Odem Soares Furtos	PRONTUÁRIO Nº: 515456
DIAGNÓSTICO: LAC a Direita	CIRURGIA: Ostomizante
ANESTESIA: Geral	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Luiz	CPF Nº:
AUXILIAR: Estudante	CPF Nº:
ANESTESIA: Fernanda Roberta	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Dayana	CPF Nº:

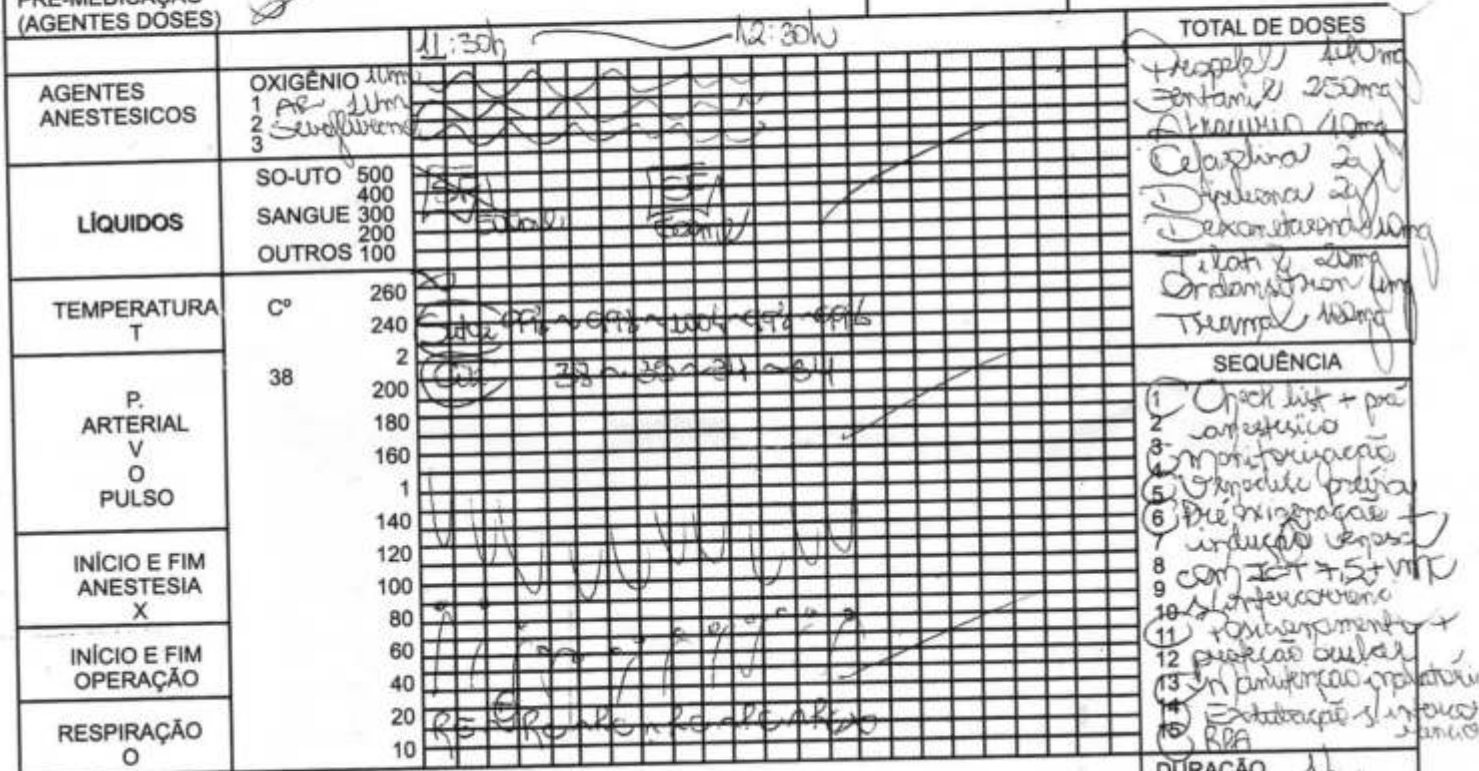
MATERIAL DE CONSUMO

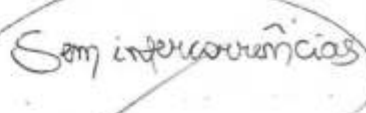
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 710	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	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 Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL 14	UNID.	01	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Metodo	05		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	03		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Isuova	01		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepom	01		
CAT. GUT. CROMADO C/AG				tubo 810			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	01						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	01			CIRCULANTE: Galene			
PROLENE							

FOLHA DE ANESTESIA

Unidade de Saúde

NOME DO PACIENTE <u>Odson Soares dos Anjos</u>						Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>02.07.19</u>	P. ARTERIAL <u>120x70</u>	PULSO <u>60</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA <u>12,2</u>	HEMATOCRITOS <u>38,3%</u>	GLICEMIA <u>174</u>	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA <u>Plag. 165ml</u>							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>Estável hemodinamicamente</u>						ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CRICULATÓRIO <u>NDN</u>						ASMA <u>NDN</u>	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>NDN</u>						BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO <u>Jejum Completo > 8h</u>						SISTEMA URINÁRIO <u>NDN</u>	
ESTADO MENTAL <u>Glasgow 15</u>						CORTICOIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <u>Luxação acromio-clavicular D</u>						ATARÁXICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <u>NDN</u>						OUTROS	
APLICADO AS						FÍSICOS <u>ASA 1</u>	
EFEITOS							



SÍMBOLOS		DURAÇÃO <u>4h</u>	
TÉCNICAS <u>Anestesia Geral balanceada</u>	INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES <u>Osteossíntese</u>			
CIRURGIÕES <u>Dr. Alvaro</u>			
ANESTESISTAS	CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
PARITICULARIDADES <u>Nega comorbidades e alergias</u>			

Neurocirurgia

TCE - queda de moto.

Glasgow 15

TC de crânio: Sem patologias neurocirúrgicas

CA: Sem conduta neurocirúrgica
alta de NCR
Unidades clínicas

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

Em Geral 23:19

Paciente vítima de acidente de trânsito. Estável hemodinamicamente. Eupneico. ECG - P. 15. ACP sem alterações. RX de tórax sem sinal de pneumotórax / atelectases. Dorsome pleural / poturo de arcos costais. Abdomem físico de / indolente. Ed. Sutures de lesões corticosternais em caso de lesões. Sem outras demandas para Emergência no momento Dra. Fátima Brito

MÉDICA
CRM-PI 6957

Fátima Inês Pimenta Cavalcanti
Médica: 09804
SANE - HUT
CONTEÚDO ORIGINAL

Neurocirurgia

TCE - queda de moto.

Glasgow 15

TC de crânio: Sem patologias neurocirúrgicas

CP: Sem conduta neurocirúrgica
alte de NCR
Unidades clínicas

Dr. Edmilson Augusto de Oliveira
Neurocirurgião
CRM-PI: 5084 RQE: 3144

Em Geral 23:19

Paciente vítima de acidente de trânsito. Estável
hemodinamicamente. Eupneico. ECG - P. 15. ACP sem
alterações. RX de tórax sem sinal de pneumotórax.
Dor no pleural / posterior de arcos costais. Abdomem
flesado / indolor. Ed. Sutura de lesão corticosternal,
em caso fechado. Sem outras demandas para Atenção
no momento Dra. Fátima Brito

MÉDICA
CRM-PI 6957

Felipe Jorge Pimenta - residente
Neurocirurgia
SMA - HUP
CRM-PI 6957

Neurocirurgia

TCE - queda de moto.

Glasgow 15

TC de crânio: Sem patologias neurocirúrgicas

CP: Sem conduta neurocirúrgica

alte de NCR

Medidas clínicas

Dr. Esmail Barros de Oliveira
Neurocirurgia
CRM-PI: 5084 RQE: 3144

Cir Geral 23.19

Paciente vítima de acidente de trânsito. Estável hemodinamicamente. Eupneico. ECG - P. 15. ACP sem alterações. RX de tórax sem sinal de pneumotórax.

Dor no flanco | pontos de orcas costais. Abdome físico do | indolente. Ed. Sutura da lesão corticosternal em caso de lesão. Sem outras demandas para Cir Geral no momento.

Dra. Fátima Brito
MÉDICA
CRM-PI 6957

Fátima Brito Fátima Brito
Médica Cirúrgica
CRM-PI 6957

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 EF: Glasgow 13 / PA: 110x70 / GC: 103 / Sat O2: 95% / FC: 88bpm. O encaminhamento p/ realização de TC DE CRÂNIO.

Visualizar mudanças (/internacoes/121503/mudanca)

Protocolo de Atendimento

Pressão Sistólica: 110

Pressão Diastólica: 7

Saturação (%): 95

Frequência Cardíaca (bpm): 88

Frequência Respiratória (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 SÍTIO - PI CEP: 64308-000
Nascimento: 15/01/1988 Idade: 31a7m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 242104
Requisição: 971815 Solicitação: 02/07/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
Controle: 1252281 Convênio: S U S 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

Assinatura Profissional
Matrícula: 80004
SABE - HUT
Conferir 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 COSTOFRÊNICOS 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

João Serrão Lima
Médico
SAC
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: 31a5m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728762
Requisição: 970901 Solicitação: 29/06/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1250435 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



**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: 1250439 Convênio: S U S

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




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE MINAS GERAIS
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

311.1612



POLEGAR DIREITO



ODOM SOARES FEITOSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MG-17.541.589 03/06/2008

ODOM SOARES FEITOSA

ODOM DE ARAUJO FEITOSA
MARIA DA CRUZ SOARES DOS ANJOS

NASCIMENTO 15/1/1988

LAGOA DO SÍTIO-PI
NASC. LV-14A FL-69
INHUMA-PI

ASSINATURA

PII-1612 NILMA S. REIS SANTOS
ASSISTENTE DO DIRETOR

1.VIA

TEI N° 7.116 DE 29/06/03

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
391.467.298-60

Nome
ODOM SOARES FEITOSA

Nascimento
15/01/1988

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013936189691
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

2771 NOME

0106 CLEANE COSTA DOS ANJOS

2069

417a

7b0b *****

368f *****

8123

620c CPF / CNPJ PLACA

ceb0 03198298393 PIR-7182

4303 PLACA ANT / UF CHASSI

8219 9C2KC2200GR015983

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLE/NENHUMA ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/CG 160 FAN ESDI 2015 2016

CAP / POT / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE

02P/0162CC PARTICU PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS

1° IPVA

2°

3° PAGO

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

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

SEGURO PAGO

SEM RESTRICOES

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA

LAGOA DO SÍTIO 27/02/2019

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 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. CAT. TARE Nº CHASSI

2015 09 9C2KC2200GR015983

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (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 DATA DE QUITAÇÃO

X COTA ÚNICA PARCELADO 27/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

OUT / 2017

**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 cranioencefálico 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 sequela (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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 29/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ODOM SOARES FEITOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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