



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 109375.000781/2017-51

Unidade de Registro: 13ª DRPC - ESPERANTINA

Resp. pelo Registro: Sebastião Santos Gonçalves

Data/Hora: 20/09/2017 - 09:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

13ª DRPC - ESPERANTINA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ESPERANTINA

Endereço

ESTRADA DE PIÇARRA DO LUGAR BEIRUTE - N/M, Nº:

Complemento

Data/Hora

10/01/2017 - 14:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Mãe: ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA

Pai: AMADEU MARIANO DA SILVA

Endereço: LOCALIDADE MALHADA DO MEIO, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: ESPERANTINA

Telefone(s): 86-9416-8724

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - YAMAHA. OUTROS

2010 NIQ5123

9C8KE1440A0004159

227911717

Vermelha

Condutor: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

End: LOCALIDADE MALHADA DO MEIO Número: Complemento:

Cidade: ESPERANTINA UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: MARIA DA LUZ MACHADO COSTA DA SILVA

Cidade: BARRAS UF: Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATOU que foi vítima de acidente de trânsito na estrada de piçarra na localidade Beirute quando trafegava no sentido Esperantina pilotando o veículo especificado e foi atingido por outro motoqueiro que trafegava em sentido contrário na contra-mão, ocasionando as lesões corporais gravíssimas como fratura do braço direito e múltiplas fraturas e ferimentos faciais (mandíbula e maxilar), além da perda de 6 dentes; Afirma a vítima que não sabe identificar o outro motoqueiro e o veículo envolvidos no acidente; Acrescenta que o SAMU foi solicitado e uma ambulância o conduziu para o Hospital Estadual de Esperantina, sendo em seguida transferido para o HUT em Teresina e que foi submetido a cirurgias, conforme o prontuário.

Sebastião Santos Gonçalves - Mat. 0385042
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 109375.000781/2017-51

Delegado de Polícia

COPIA LIGADA EM 20/09/2017 09:02 - 109375.000781/2017-51



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 109375.000781/2017-51

Unidade de Registro: 13ª DRPC - ESPERANTINA

Resp. pelo Registro: Sebastião Santos Gonçalves

Data/Hora: 20/09/2017 - 09:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

13ª DRPC - ESPERANTINA

10/01/2017 - 14:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ESPERANTINA

Endereço

ESTRADA DE PIÇARRA DO LUGAR BEIRUTE - N/M, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Mãe: ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA

Pai: AMADEU MARIANO DA SILVA

Endereço: LOCALIDADE MALHADA DO MEIO, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: ESPERANTINA

Telefone(s): 86-9416-8724

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - YAMAHA.	OUTROS	2010	NIQ5123	9C6KE1440A0004159	227911717	Vermelha
Condutor: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA						
End: LOCALIDADE MALHADA DO MEIO Número: Complemento:						
Cidade: ESPERANTINA UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL						
Proprietário: MARIA DA LUZ MACHADO COSTA DA SILVA						
Cidade: BARRAS UF: Bairro: OUTROS - ZONA URBANA						

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATOU que foi vítima de acidente de trânsito na estrada de piçarra na localidade Beirute quando trafegava no sentido Esperantina pilotando o veículo especificado e foi atingido por outro motoqueiro que trafegava em sentido contrário na contra-mão, ocasionando as lesões corporais gravíssimas como fratura do braço direito e múltiplas fraturas e ferimentos faciais (mandíbula e maxilar), além da perda de 6 dentes; Afirma a vítima que não sabe identificar o outro motoqueiro e o veículo envolvidos no acidente; Acrescenta que o SAMU foi solicitado e uma ambulância o conduziu para o Hospital Estadual de Esperantina, sendo em seguida transferido para o HUT em Teresina e que foi submetido a cirurgias, conforme o prontuário.

Sebastião Santos Gonçalves - Mat. 0385042
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Francisco das Chagas Machado Costa da Silva
FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 051.961.663-43 4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas machado Costa da Silva

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

5 - Nome completo: Francisco das chagas machado Costa da Silva 6 - CPF: 051.961.663-43
7 - Profissão: lavrador lc. malhada do meio 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Barras 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64.100-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8499982.3093

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: ☒ RECLUSO 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3834 CONTA: 222415 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 nascituro(a) nascido(a)? ☐ 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 Lider 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barras, PE 05.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário(s) declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO Nº

DATA: 10/01/17

Ato



End.	MUNICÍPIO	BAIRRO														
	RUA PACIENTE															
Ident	PACIENTE	RADE														
		SEXO														
HISTÓRIA																
Pte. comumente vítima de acidente de moto com fratura no M.S.D. e fratura na boca com ferimentos																
PRINCIPAIS QUEIXAS																
Dificuldade respiratória () Dor () Local () Febre () Náuseas () Vômitos () Tonturas () Alergia () Outras ()																
INÍCIO DOS SINTOMAS																
Menos de 1 hora () 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()																
EXAME INICIAL		ESTADO RACIAL														
		CRÍTICO														
		GRAVE														
		MODERADO														
		LEVE														
A	Vias Aéreas	SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS														
B	Respiração															
C	Circulação															
D	Neuro															
E	Gineco															
Livre (X) Obstrução Parcial () Obstrução Total () Corpo estranho () Broncoaspiração () Edema de Glote ()		<table border="1"> <tr><td>HORÁRIO</td><td></td></tr> <tr><td>PA</td><td></td></tr> <tr><td>PC</td><td>76</td></tr> <tr><td>PR</td><td>80</td></tr> <tr><td>GLASGOW</td><td>15</td></tr> <tr><td>TEMP</td><td></td></tr> <tr><td>SPO2</td><td>98</td></tr> </table>	HORÁRIO		PA		PC	76	PR	80	GLASGOW	15	TEMP		SPO2	98
HORÁRIO																
PA																
PC	76															
PR	80															
GLASGOW	15															
TEMP																
SPO2	98															
Normal (X) Insuficiência Resp Aguda () Parado Ventilatória () Ventil Espontânea (X) Assistida () Controlada () Ritmo Irregular () Expansibilidade Normal (X) Superficial () Regular () Irregular () Hemoptise ()		PROCEDIMENTOS REALIZADOS ☒ ORIENTAÇÃO EM SAÚDE ☐ OXIGENOTERAPIA ☐ BANDAGENS/ IMOBILIZAÇÃO ☐ COLOCAÇÃO DE CANULA DE GUEDEL ☒ CURATIVO SIMPLES ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ ASPIRAÇÃO ORO/ NASORRINQUEAL ☐ MANOBRA DE CHIN LIFT ☐ MANOBRA DE JAW THRUST ☐ MANOBRA DE HEIMLICH ☐ DESFIBRILAÇÃO ☐ GLICEMIA ☐ HEMOSTASIA POR COMPRESSÃO ☐ COLAR CERVICAL ☐ KED ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRAS ☐ PRANCHA LONGA ☐ LIMPEZA DE FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ VENTILAÇÃO AMBÚ ☒ OXIMETRIA DE PULSO ☒ PUNÇÃO VENOSA ☒ INFUSÃO DE SOLUÇÃO														
Pulso Regular () Irregular () Ausente () Cheio () Fino () Parado Cardíaco Respiratório () Pele Normal () Pálida () Cianótica () Quente () Fria () Seca () Úmida () Choque Hipovolêmico () Séptico () Cardíaco () Anafilático () Edema Ausente () Palpebral () M. Inferiores () Anasarca ()																
Normal (X) Sonoridade () Diminuição () Atenuação () Coar () Abertura ocular Espontânea (X) Orientada (X) Obedece comandos (X) A voz () Confusa () Localiza dor () A dor () Preceitos inapropriados () Movimento de retirada () Nenhuma () Reflexos inconscientes () Reflexo anormal () Nenhuma () Nenhum () Estímulo anormal () Nenhum () Nenhum ()																
Pupilas Reagor (X) Não Reag () Mese () Mide () Convulsão ()																
Abortamento Amniótico () Espontâneo () Provocado () Parte A Termo () Parte Pré-Termo () Parte Pós-Termo () Metrorragia ()																
TRAUM	Grã Fac Col Tór Bac Ms Ms Mid Mle															
	Escorção															
	Contusão															
	Ferimento															
	Luxação															
	Fratura															
	Laceração															
	Secção															
DESTINO:	HORÁRIO	ESTADO ATUAL														
		CRÍTICO														
		GRAVE														
		MODERADO														
		LEVE														

 MEDICO
 CRM-PI 4887

 CNPJ: 06.553.564/0003-08
 HOSPITAL ESTADUAL DR.

 JULIO HARTMAN
 Rua Mesquita deodoro, nº 341
 Centro CEP 64.180-000
 ESSENCIAL

S R

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO Nº _____

DATA: 10/01/17



End.	MUNICÍPIO	Esperantina	BAIRRO	Zona Rural																																																																																
Ident	RUA PACIENTE	Malhada do Meio	IDADE	SEXO																																																																																
	PACIENTE	Francisco das Chagas Machado Costa Silva		M																																																																																
HISTÓRIA	Pte consciente vítima de acidente de moto com fratura no MSD e fratura na boca com abrimentos																																																																																			
PRINCIPAIS QUEIXAS	Dificuldade respiratória () Dor () Local () Febre () Náuseas () Vômitos () Tonturas () Alergia () Outras ()																																																																																			
INÍCIO DOS SINTOMAS	Menos de 1 hora () 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()																																																																																			
EXAME INICIAL		ESTADO INICIAL																																																																																		
		CRÍTICO GRAVE MODERADO L.E.																																																																																		
A	Vias Aéreas	SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS																																																																																		
	Livre (X) Obstrução Parcial () Obstrução Total () Corpo estranho () Broncoespasmo () Edema de Glote ()	<table border="1"> <tr><td>HORÁRIO</td><td></td></tr> <tr><td>PA</td><td></td></tr> <tr><td>FC</td><td>76</td></tr> <tr><td>FR</td><td>20</td></tr> <tr><td>GLASSGOW</td><td>15</td></tr> <tr><td>TEMP</td><td></td></tr> <tr><td>Sat O₂</td><td>98</td></tr> </table>			HORÁRIO		PA		FC	76	FR	20	GLASSGOW	15	TEMP		Sat O ₂	98																																																																		
HORÁRIO																																																																																				
PA																																																																																				
FC	76																																																																																			
FR	20																																																																																			
GLASSGOW	15																																																																																			
TEMP																																																																																				
Sat O ₂	98																																																																																			
B	Respiração																																																																																			
	Normal (X) Insuficiência Respiratória Aguda () Parado Ventilatória () Ventil. Espontânea (X) Assistida () Controlada () Ritmo irregular () Expansibilidade Normal (X) Superficial () Regular () Irregular () Hemoptise ()																																																																																			
C	Circulação																																																																																			
	Pulso Regular () Irregular () Ausente () Cheio () Fino () Parado Cardíaco Respiratório () Pele Normal () Palidez () Cianose () Quente () Fria () Seca () Úmida () Choque Hipovolêmico () Séptico () Cardíaco () Anafilático () Edema Ausente () Palpebral () M. Inferiores () Anasarca ()																																																																																			
D	Neuro																																																																																			
	Normal (X) Sonolência () Obnubilado () Agitado () Coma () Abertura ocular () Resposta verbal () Resposta motora () <table border="1"> <tr> <td>Espondilose</td> <td>4</td> <td>Orientado</td> <td>5</td> <td>Obedece comandos</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>A voz</td> <td>3</td> <td>Confusa</td> <td>4</td> <td>Localiza dor</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>A dor</td> <td>2</td> <td>Palavras inapropriadas</td> <td>3</td> <td>Movimento de reflexo</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Nenhuma</td> <td>1</td> <td>Palavras incoerentes</td> <td>2</td> <td>Flexão anormal</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Nenhuma</td> <td>1</td> <td>Extensão anormal</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Nenhuma</td> <td>11</td> </tr> </table>	Espondilose	4	Orientado	5	Obedece comandos	18	A voz	3	Confusa	4	Localiza dor	15	A dor	2	Palavras inapropriadas	3	Movimento de reflexo	14	Nenhuma	1	Palavras incoerentes	2	Flexão anormal	13			Nenhuma	1	Extensão anormal	12					Nenhuma	11																																															
Espondilose	4	Orientado	5	Obedece comandos	18																																																																															
A voz	3	Confusa	4	Localiza dor	15																																																																															
A dor	2	Palavras inapropriadas	3	Movimento de reflexo	14																																																																															
Nenhuma	1	Palavras incoerentes	2	Flexão anormal	13																																																																															
		Nenhuma	1	Extensão anormal	12																																																																															
				Nenhuma	11																																																																															
	Pupilas Reagentes (X) Não Reagentes () Mioses () Midríases () Convulsão ()																																																																																			
Gineco	Abortamento Ameaçado () Espontâneo () Provocado () Parto A Termo () Parto Pré-Termo () Parto Pós-Termo () Menstruação ()																																																																																			
TRAUM	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Crânio</td> <td>Face</td> <td>Col</td> <td>Tór</td> <td>Bac</td> <td>Ms d</td> <td>Ms e</td> <td>Mid</td> <td>Mie</td> </tr> <tr><td>Escoriação</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Contusão</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fenimento</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Luxação</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fratura</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Laceração</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sedação</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					Crânio	Face	Col	Tór	Bac	Ms d	Ms e	Mid	Mie	Escoriação										Contusão										Fenimento										Luxação										Fratura		X								Laceração										Sedação									
	Crânio	Face	Col	Tór	Bac	Ms d	Ms e	Mid	Mie																																																																											
Escoriação																																																																																				
Contusão																																																																																				
Fenimento																																																																																				
Luxação																																																																																				
Fratura		X																																																																																		
Laceração																																																																																				
Sedação																																																																																				
DESTINO	HEJH																																																																																			
HORÁRIO	1525																																																																																			
ESTADO ATUAL	CRÍTICO GRAVE MODERADO L.E.																																																																																			

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☒ ORIENTAÇÃO EM SAÚDE
☐ OXIGENOTERAPIA
☐ BANDAGENS/ IMOBILIZAÇÃO
☐ COLOCAÇÃO DE CANULA DE GUEDEL
☒ CURATIVO SIMPLES
☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
☐ ASPIRAÇÃO ORO/NASOTRAQUEAL
☐ MANOBRA DE CHIN LIFT
☐ MANOBRA DE JAW THRUST
☐ MANOBRA DE HEIMLICH
☐ DESFIBRILAÇÃO
☐ GLICEMIA
☐ HEMOSTASIA POR COMPRESSÃO
☐ COLAR CERVICAL
☐ KED
☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS
☐ PRANCHA LONGA
☐ LIMPEZA DE FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
☐ VENTILAÇÃO AMBÚ
☒ OXIMETRIA DE PULSO
☒ PUNÇÃO VENOSA
☒ INFUSÃO DE SOLUÇÃO

CARM-PI 4897
 MEDICO
 CARM-PI 4897

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SI

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03834

CONTA: 000000022241-5

Nr. da Autenticação ADE3CD94EB35E2C6

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO C. DA SILVA,RG nº 3282273, data de expedição 20/01/09, Órgão SSP/DI,

CPF nº 051961663-43, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>LOCALIDADE MACHADA DO MEIO</u>
Número	<u>-</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>ESPERANTINA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.480-000</u>
Telefone de Contato	<u>86 99446-8724</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ESPERANTINA, 17/10/2017Assinatura do Declarante: Francisco das Chagas Machado Costa da Silva

CPF: 051961663-43 Data: 17/10/2017 Hora: 10:55 - 42035

8361000001 4 65820017000 4 00000001473 8 25050517000 5

[illegible]



A Tarifa Social de Energia Eléctrica - TSEE foi criada pelo laudo nº 10-438 de 26 de abril de 2002.

TARIFA	SEM	EXTRA
8 A	2,00	- 0,21 (10%)
11 A	3,00	- 0,33 (10%)

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	FIC			FIC			DHIC	ENCR
	Plano	Semanal	Anual	Plano	Semanal	Anual	Plano	Plano
União	7,77	14,53	29,06	3,86	7,73	15,45	4,14	
Estadual	0,00			0,00			0,00	
Composto	(AESP) 11,10			Pontuação de expansão:			0,00	12,84

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

Nº da Nota Fiscal 029156717

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\$)
OUTUBRO/2019	10-11-2019	585	614,23

MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.32.019300

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	15793	Atual:	25/10/2019
Anterior:	15208	Anterior:	25-09-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26-11-2019
Consumo Medido:	585	Emissão:	24-10-2019
Consumo Faturado:	585	Apresentação:	25-10-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRP	D176626		1.1.1.3	526

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	585 A R\$ 0,943695 = 552,06
SET/19	551	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO5IP)	44,54
AGO/19	567	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,88
JUL/19	529	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,42
JUN/19	539	MULTA POR ATRASO 08/19-00	11,01
MAI/19	538	JUROS POR ATRASO 08/19-00	5,32
ABR/19	500	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	7,31
MAR/19	418	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,89
FEV/19	506		
JAN/19	526		
DEZ/18	455		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 A 585 - 0,634476

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07-11-2019. O não pagamento poderá acarretar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode pagar por meio de boleto de pagamento da sua fatura em dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes em contato por meio dos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 7186.0050.C023.1944.5003.0955.182A.6205	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 108,55	Base de Cálculo: 552,06 403,00
Energia: 209,79	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 35,48	Valor do ICMS: 149,05
Encargos: 17,37	Valor do PIS: 1,40% 5,67
Tributos: 180,87	Valor do COFINS: 6,49% 26,15

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	OCC			PIC			DACC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunta	TERESINA-MACAUBA						Período de Apuração:	08/2019
							EURO:	200,77

ROT: 18.001.02.32.019300



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Procondonio da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 14, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francisco das Chagas Machado Costa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.961.663 / 13
do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vitima Francisco das Chagas Machado Costa da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.961.663 / 13 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 Henrique Dias</u>	Número: <u>790</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Verdelha</u>	Cidade: <u>Tererina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____		CEP: <u>64069-330</u> Tel. (DDD): <u>86</u> 999823093

Local e Data: Tererina - PI 07.11.2019

Maria do Carmo Procondonio da Silva
Assinatura do Declarante



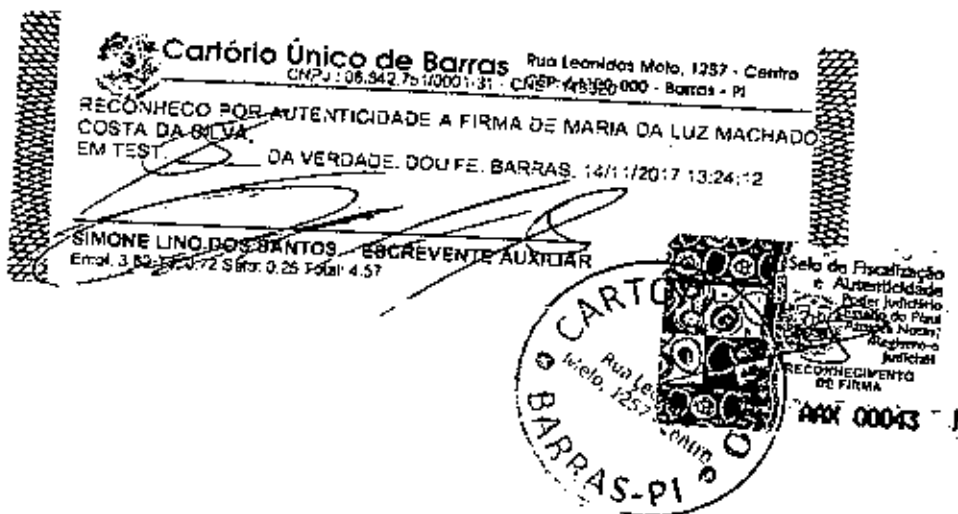
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DA LUZ MACHADO COSTA DA SILVA,
 RG nº 5020234, data de expedição 30/09/15,
 Orgão SSD/PJ, portador do CPF nº 036049593-14, com
 domicílio na cidade de BARRAS, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA GEN. ISUMATURO, nº 995,
 complemento ATO 104, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Fco DAS CHagas M. COSTA DA SILVA cujo o condutor era
FRANCISCA DAS CHAGAS M. COSTA DA SILVA.

Veículo: MOTO YAMAHA T 115 CRYPTON K
 Modelo: 2010
 Ano: 2010
 Placa: NTQ 5123 - PI
 Chassi: 9CGKE1440A0004159
 Data do Acidente: 10/01/2017
 Local e Data: ESPERANTINA, 17/10/2017

Maria da Luz Machado Costa da Silva
 Assinatura do Declarante

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





HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN
MAL. DEODORO,
CENTRO, ESPERANTINA/PI - 64180-000
CNPJ: 06553564000308
(86) 3383-1193 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P050519

Data: 10/01/2017

Funcionario: GIRLENE

Registro: 28686

Hora: 15:22:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 69

SUS

FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA CPF: - RG: 3282273 - SUS: 708606090643585
Nasc.: 28/10/1990 Idade: 26 ANOS, 2 MESES, 13 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: CASADO(A) CEP: 64
End.: LOC MALHADA DO MEIO, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: ESPERANTINA/PI
Cor: PARDA Telefone: (86) - Mãe: ROSILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA Pai: AMADEUS MARIANO DA SILVA

Clinica: CLINICA MEDICA

Documento: 2 - MEDICO DE PLANTAO

Responsavel: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA -

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/01/2017 15:22

0301060096

ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

☒ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Documentação medica - hospitalar



Exame clinico/fisico:

Politrauma

Diagnostico provavel:

*Fratura de radio e
múltiplos outros fracos*

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

① Anamnese

② Ausc

③ Traqueostomia

CNPJ: 06.553.564/0003-08

HOSPITAL ESTADUAL DR
JULIO HARTMAN
Rua Marechal Deodoro, nº 341
Centro CEP 64180-000
ESPERANTINA-PI

EDMILSON FARIAS
MEDICO
CRM-PI 1897

Francisco das Chagas N. Sousa

Responsavel: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO

2 - MEDICO DE PLANTAO



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRANSFERÊNCIA

DATA: 10/01/17 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: Julio Hartman MUNICIPIO: Esperantina
MÉDICO: Ogiksen Fereira CRM: 4897
NATUREZA DA SOLICITAÇÃO: SVS - 708.6060.9064.3585
() Obstetria () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outros _____
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: R6 - 3.282.273
Nome: Francisco das Chagas Machado Costa da Silva
Idade: 26 anos Sexo: M Masculino () Feminino DN - 28.10.90
RDA: Ref. Vitrino de dentes mobilizados, c/
fratura de raiz n°12 + múltiplos fraturas
parciais maxilar e mandibular
ESCALA DE GLASGOW: 18
ABERTURA OCULAR
4 - Espontânea
3 - Comandos
2 - A dor
1 - Nenhuma
RESPOSTA VERBAL
5 - Orientado
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma
RESPOSTA MOTORA
6 - Obedece a comandos
5 - Localizado
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dL

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa 500ml 80ml
() Aspiração () Medicação fratura de maxila
() Curativo () Outros _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

CNPJ: 06.553.564/0003-08
HOSPITAL ESTADUAL DR
JULIO HARTMAN
Rua Marechal Deodoro, n° 341
Centro CEP 04.180-000
ESPERANTINA-PI

HOSPITAL DESTINO

Hospital: HAUT
Clínica / Posto: _____ Senha: 2017011014538

Assinatura e Carimbo do Médico

CRM-PI 4897



Alto

NOME DO PACIENTE: Francisco das Chagas Machado Cor!

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 432541.

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BUCOMAXILOD
ORLOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA		Prontuário:	432541
Mãe:	ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA	Pai:	AMADEU MARIANO DA SILVA	
End. Resid.:	MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - ESPERANTINA - PI - CEP: 64180-000			
Nascimento:	28/10/1990	Idade:	26a:3m:13d	Sexo: Masculino
Responsável:	ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA		CNS:	709606090643585
Profissão:	LAVRADOR		Documento:	CPT:
G. Instrução:	Fundamental Incompleto		E. Civil:	Casado(a)
End. Local.:				

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	589906	Data:	10/01/2017 18:13:50	Condução:	AMBULANCIA UNIDADE DE INTERIOR		
Evento da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COLISÃO FRONTAL. APRESENTA TRAUMA EM VÍTIMA. REFERE POR LOCAL. FOM 15.	HUT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXAME: Crânio + Face		MARCOS NATANILDO DE ARAÚJO COREM 271028 PI Em: 10/01/2017 18:19:35

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: _____)

DATA: 10/01/2017 18:44

Paciente vítima de acidente de trânsito em motocicleta, com lesão de crânio e face. Ao exame: A) Vítima consciente; B) Ventilação espontânea, AP normal; C) hemodinamicamente estável; D) ECG normal, pupila isocórica e s/ déficits aparentes; E) Escala de Glasgow em 15.

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Tem: _____
Diagnóstico Inicial:	CID:		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

① TC face
② RX do braço (D)

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: _____	HORA: _____	Se Internado, Indique o Procedimento e CID
		0404020526
		Procedimento

Antonio Machado
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. João Emilio L. Pinheiro
MÉDICO
CRM-PI 5725
Assinatura - Profissional Médico

Marcos Nataniel de Araújo
Cirurgião Bucal-Maxilofacial
CPF 327.942.075-34
CRO 1352



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

22/01

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 10/01/2017 18:13:42

MARCOS PORTADO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA		Prontuário: 432541
Mãe: ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA	Pai: AMADEU MARIANO DA SILVA	
End. Resid.: MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - ESPERANTINA - PI - CEP: 64180-000		
Nascimento: 28/10/1990	Idade: 26a:3m:13d	Sexo: Masculino Fone: 86-99420-3443
Responsável: ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA	CNS: 708606090643585	
Profissão: LAVRADOR	Documento: CPF:	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 589906	Data: 10/01/2017 18:13:50	Clas. Cor: Indefinido
Tipo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 10/01/17 20:10	ESPECIALISTA: Paco. Muelo
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pte vítima de acidente motociclístico e operando a Orientado, apneico, isocórico, ferimentos em região lábio inferior, montes, mucosa do lábio inferior e palato duro. Mobilidade da mandíbula dental (IC5), dor em mandíbula (sinha) e oclusão alterada. rc. p. do terço médio + sinha	

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /

cd. - realizado sobre

IX - Internação (previsão)

Marcos Portado
CRM 32792/PI
CRO 1352

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 11/01/17	ESPECIALISTA: Ritzquedis
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente vítima de acidente automobilístico de trânsito, com lesões em membros superiores e inferiores. A exam: protuberância no 7. CD: Internação p/ cirurgia	

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /

Dr. Cláudio Nogueira
CRM 32792/PI
CRO 1352

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

PRESCRIÇÃO

MÉDICA

Forusio das Chagas Machado Leite da AUG

DATA: 10/01/19 HORA: 20:10

HORÁRIO

1º DI: Febra do terço médio da per +
mandíbula (sinistra)

OBSERVAÇÕES

ed. Sghis ppt admi-
bido, apresentando vomo
bodo, febre, rejeição
hepa, alergia medi-
camentosa - idedore
plano: febre, alga
em per + mandíbula
segue ade os cuidados
da enfermagem

Eduardo Augusto T. Borges
Enfermeiro
CRM-PI 319.090

1 Dieta líquida

Visto Nutricionista
Adriana Karla CRN/PI 6320

2 SF 0,9% - 1000 ml - EV - 14h min

3 Ceftriaxona 1g - EV - 12/12hs

4 Paracetamol 4mg - EV - 25ml - 0/0hs

5 Dapirone 800ml - 2ml - EV - 0/6hs

6 Fluticl 20mg - EV - 12/12hs

7 Paratona 80mg - EV - 0/0hs

8 Higiene bucal 21 cl cloroxina 0,12%

9 CCGS + SSUV

10 - Narco

11 - Narco

12 - Narco

13 - Narco

14 - Narco

MÉDICO/CRM:

410025 - 15:01 1904 100252730 00 10025 03011 1002525

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Tramelo das Chagas Malhada Costa Silva IDADE 57 anos DATA 11/01 /2017
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIJA REALIZADA Fratura de Mandíbula CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>178/89</u>	<u>145/67</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>93</u>	<u>94</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>99</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Ribeiro</u>	<u>Paula</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR						
Movimenta os quatro membros	2	2	☒	2	☐	2
Movimenta dois membros	1	1	☐	1	☐	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☐	0	☐	0
RESPIRAÇÃO						
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☐	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☐	1	☐	1
Tem apnéia	0	0	☐	0	☐	0
CIRCULAÇÃO						
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☒	2	☐	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☐	1	☐	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☐	0	☐	0
CONSCIÊNCIA						
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☐	2	☐	2
Desperta, se solicitado	1	1	☒	1	☐	1
Não responde	0	0	☐	0	☐	0
AS						
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☒	2	☐	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☐	1	☐	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☐	0	☐	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		
ESCALA DE DOR ALTA			ASS. <u>Dr. M. do Amparo</u>	<u>Enfermeira</u>		

SONDA VESICAL	DIURENO DE SUÇÃO	DIURENO TORACICO	DIURENO	COLOSTOMIA	SONDA NASOGASTRICA
hs	ml	hs	ml	hs	ml
hs	ml	hs	ml	hs	ml

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

16:45 - Pac. admitido na SRPA, em POS de fratura de mandíbula + CO₂
sob efeito de anestesia geral. consciente, algo sonolento, mas ou-
tado. Espontânea SI O₂. Alvo hiperêmico, demais SSV estáveis. HV em
cursu.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01) Tramel 100mg - 01 Ampola + 100ml S.F. 0.5%
em curso

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGIA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGEM () GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉC



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRANSFERÊNCIA

DATA: 10/01/17 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE: Julio Hartman MUNICIPIO: Esperantinópolis
MÉDICO: Orixon Fenelon CRM: 4897

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO: SUS-708.6060.9064.3585

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outros _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: RG-3.282.273

NOME: Francisco das Chagas Machado Costa da Silva

Idade: 26 anos Sexo: ☒ Masculino () Feminino DN: 28.10.90

HDA: Ref. vítima de acidente automobilístico, c/
fractura de rádio ulna + múltiplos fraturas
pele nos membros + mordida labial

ESCALA DE GLASGOW: 18

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localizado *
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa Stop
- () Aspiração () Medicação analéxico
- () Curativo () Outros _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DESTINO

Hospital: PIUT
Clínica / Posto: _____ Senha: 2017011014538

Assinatura e Carimbo do Médico

ORIXON FENELON
MÉDICO
CRM-PI 4897



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco de Chagas Medeiros Costa de Jil		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de Colles		
Operação - Tipo	Redução e fixação com placa e parafusos		
Cirurgião	Dr. W. W. W.	1º Assistente	Glaucon Tufan de Nascimento
2º Assistente	Dr. W. W. W.	Assistente	Ortopedista e Traumatologista
Instrumentador(a)	Dr. W. W. W.	Anestesiado	Anestesia
Anestésico(a)	KPS		
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório	0 MBUO		

SEMPRE LIGAR EM 06/05/2017 hora: 10:32 - 420023

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Não houve 16.07.17

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Redução da fratura com tração manual e fixação com placa e parafusos.
2. Lavagem da ferida com solução fisiológica.
3. Fechamento da ferida com pontos de sutura.
4. Aplicação de curativo.
5. Administração de analgésico.
6. Administração de antibiótico.
7. Administração de antiemético.
8. Administração de sedativo.
9. Administração de hipotensor.
10. Administração de diurético.

Dr. W. W. W. Costa
CRM-PI 4740/CRM-MA 6663

Glaucon Tufan de Nascimento
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 2775



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 107131

LAUDO 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:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	182157

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA	6 - Prontuário: 432541		
7-CNS: 708606090643585	8-Nascimento: 28/10/1990	9-Sexo: Masculino	RG: 3282273 - SSPPI
11-Mãe: ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA	12-Fone: 86-99420-3443		
13-Resp: ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA	14-Cor: Sem Informação		
15-End: MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - CEP: 64180-000	17-Cod. IBS: 220370	18-UF: PI	19-CEP: 64180-000
16-Munic: ESPERANTINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura de rádio e ulna do membro superior direito

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero [ulna]

24-Clínica: S520

25-Clínica: S520

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26-Cod. Proced.: 0408020458	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALBRAITH / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI	Tempo: 3	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 804.614.683-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILANILDO LIMA COSTA	34-Data Solicitação: 13/01/2017	35-Ass. Carimbo Med. (CRM):	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ seguradora:	40-No. Emissão:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CROR:
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:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
48-Docum.: () CNES () CPF	49-Num. Documento:	Assinatura: KARLA BATISTA
Assinatura Paciente ou Responsável:		Consulta Local: 551406
		Consulta SUS:

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____

Proc. №

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13, 04, 17

NOME DO PACIENTE:	João das Chagas Machado	RESPONTUÁRIO Nº:	432541
DIAGNÓSTICO:	F. d. Bellazzzi D	CIRURGIA:	DAFI 11 PEG T F
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	Dr. Wulbold	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Dr. Glauber	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:		CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

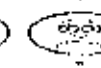
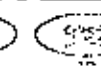
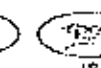
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 6,5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	/		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	12	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	/		PVPI TÓPICO	ML	70	
ÁGUA OXIGENADA	ML	/		PVPI TINTURA	ML	/	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº poliflex	UNID.	01		SERINGA 3CC	UNID.	/	
FORMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		respom	und	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	und	01	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				cateter p/02	16.01.17		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: Gramace			
PROLENE							

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - POS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Francisco das Chagas Machado Costa da Silva IDADE 33 anos DATA 13/01/2015
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA Físt. costovertebral (D) CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>157 / 117</u>	<u>124 / 82</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>100</u>	<u>78</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME / MATRÍCULA	<u>B Ribeiro</u>	<u>B Ribeiro</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROGLIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR						
Movimenta os quatro membros	2		2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
Movimenta dois membros	1		1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☒
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0		0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2		2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1		1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Tem apnéia	0		0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO						
PA em 20% do nível pré-anestésico	2		2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
PA em 20-49% do nível anestésico	1		1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
PA em 50% do nível pré-anestésico	0		0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA						
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2		2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
Desperta, se solicitado	1		1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Não responde	0		0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂						
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2		2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1		1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0		0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO							TOTAL	<u>09</u>		
ESCALA DE DOR ALTA							ASS.	<u>11</u>	<u>11</u>	<u>11</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() GASTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
ml	ml	ml	ml		
hs	hs	hs	hs		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
11:55 Admitido na SRPA em PU2 de 11h cirurgia
para fístula em costovertebral (D) sob efeito de fentanyl
consciente, com respiração espontânea e saturação de O₂ em 100%
Hipertensão. Sem suores. Mucosas úmidas.

13:00 segue estável, si quizes liberado da SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALFA SRPA

HORÁRIO

Dr. Eduardo R. Filho
 Médico Anestesiologista
 CRM-PI 474 / CPF: 055.972.903-01

ENCAMINHAMENTO | EXTERNO | SALA DE GESSO | IMAGENS E GRÁFICOS |

POSTO: | 1 | 2 | 3 | EMERGÊNCIA PED. UTI: | PED | NEURO | GERAL | 4 | QUEIM. CLÍNICA: | PED | TORT | NEU | CIR | MÉD

Mto da Silveira

HOS^{AL} DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible][illegible]



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA** (Prontuário:
Endereço: MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - ESPERANTINA - PI CEP: 64180-000
Nascimento: 28/10/1990 Idade: 26a:3m:16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589906
Requisição: 711224 Solicitação: 10/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 886766 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 10/01/2017

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- ENFISEMA SUBCUTÂNEO NA FACE.
- MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS:
 - * ASSOALHO E PAREDE MEDIAL DAS ÓRBITAS.
 - * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES.
 - * ESPINHA NASAL ANTERIOR.
 - * SEPTO NASAL.
 - * PALATO DURO.
 - * MAXILA COM EXTENSÃO AO OSSO ALVEOLAR.
 - * PROCESSOS NASAIS DA MAXILA.
 - * PROCESSOS PTERIGÓIDES.
 - * REGIÃO PARAMENTONIANA ESQUERDA DA MANDÍBULA.
- HEMOSSINUS FRONTAL DIREITO E MAXILO-ETMOIDAL BILATERAL.
- SEIOS FRONTAL ESQUERDO E ESFENOIDAIIS NORMOAERADOS.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

16.01.17



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO Nº _____

DATA: 10/01/17



End.	MUNICÍPIO	Bairro																																																																																	
	Cruzília		Zona Rural																																																																																
	RUA PACIENTE	Nº																																																																																	
	Machado do Meio																																																																																		
Ident	PACIENTE	RAÇA	SEXO																																																																																
	Francisco das Chagas Machado Costa Silva		M																																																																																
HISTÓRIA																																																																																			
Pte. consciente vítima de acidente de moto com fratura no M.D. e fratura na boca com ferimentos																																																																																			
PRINCIPAIS QUEIXAS																																																																																			
Dificuldade respiratória () Dor () Local () Febre () Náuseas () Vômitos () Tonturas () Alergia () Outras ()																																																																																			
INÍCIO DOS SINTOMAS																																																																																			
Menos de 1 hora () 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()																																																																																			
EXAME INICIAL		ESTADO INICIAL	CRÍTICO GRAVE MODERADO LEVE																																																																																
A	Vias Aéreas	SINAIS VITAIS E PRAMETROS EVOLUTIVOS																																																																																	
	Livre (X) Obstrução Parcial () Obstrução Total () Corpo estranho () Broncoaspiração () Edema de Glote ()	<table border="1"> <tr><td>HORÁRIO</td><td></td></tr> <tr><td>PA</td><td></td></tr> <tr><td>FC</td><td>76</td></tr> <tr><td>FR</td><td>20</td></tr> <tr><td>GLASSGOW</td><td>15</td></tr> <tr><td>TEMP</td><td></td></tr> <tr><td>Sat O₂</td><td>98</td></tr> </table>		HORÁRIO		PA		FC	76	FR	20	GLASSGOW	15	TEMP		Sat O ₂	98																																																																		
HORÁRIO																																																																																			
PA																																																																																			
FC	76																																																																																		
FR	20																																																																																		
GLASSGOW	15																																																																																		
TEMP																																																																																			
Sat O ₂	98																																																																																		
B	Respiração																																																																																		
	Normal (X) Insuficiência Resp. Aguda () Parada Ventilatória () Ventil Espontânea (X) Assistida () Controlada () Ritmo Irregular () Expansibilidade Normal (X) Superficial () Regular () Irregular () Hemoptise ()																																																																																		
C	Circulação																																																																																		
	Pulso Regular () Irregular () Ausente () Chelo () Fino () Parada Cardio Respiratória () Pele Normal () Palidez () Cianose () Quente () Fria () Seca () Úmida () Choque Hipovolêmico () Séptico () Cardíaco () Anafilático () Edema Ausente () Palpastral () M. Inferiores () Anasarca ()																																																																																		
D	Neuro																																																																																		
	Normal (X) Sonolência () Obstrução () Agitação () Coma () <table border="1"> <tr> <th>Abertura ocular</th> <th>Resposta verbal</th> <th>Resposta motora</th> </tr> <tr> <td>Spontânea (X) 4</td> <td>Orientada (X) 5</td> <td>Obedece comandos (X) 6</td> </tr> <tr> <td>A voz () 3</td> <td>Confusa () 4</td> <td>Localiza dor () 5</td> </tr> <tr> <td>A dor () 2</td> <td>Palavras inapropriadas () 3</td> <td>Movimento de retirada () 4</td> </tr> <tr> <td>Nenhuma () 1</td> <td>Palavras incompreensíveis () 2</td> <td>Flexão anormal () 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nenhuma () 1</td> <td>Extensão anormal () 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Nenhuma () 1</td> </tr> </table>	Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Spontânea (X) 4	Orientada (X) 5	Obedece comandos (X) 6	A voz () 3	Confusa () 4	Localiza dor () 5	A dor () 2	Palavras inapropriadas () 3	Movimento de retirada () 4	Nenhuma () 1	Palavras incompreensíveis () 2	Flexão anormal () 3		Nenhuma () 1	Extensão anormal () 2			Nenhuma () 1																																																													
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora																																																																																	
Spontânea (X) 4	Orientada (X) 5	Obedece comandos (X) 6																																																																																	
A voz () 3	Confusa () 4	Localiza dor () 5																																																																																	
A dor () 2	Palavras inapropriadas () 3	Movimento de retirada () 4																																																																																	
Nenhuma () 1	Palavras incompreensíveis () 2	Flexão anormal () 3																																																																																	
	Nenhuma () 1	Extensão anormal () 2																																																																																	
		Nenhuma () 1																																																																																	
	Pupilas Reagentes (X) Não Reag () Miase () Midriase () Convulsão ()																																																																																		
Gineco	Abortamento Ameaçado () Espontâneo () Provocado () Parto A Termo () Parto Pré-Termo () Parto Pós-Termo () Metrorragia ()																																																																																		
TRAUM	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>Crã</th> <th>Fac</th> <th>Col</th> <th>Tór</th> <th>Bac</th> <th>Ms d</th> <th>Ms e</th> <th>Mid</th> <th>Mão</th> </tr> <tr><td>Escoriação</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Contusão</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ferimento</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Luxação</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fratura</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Laceração</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Secção</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				Crã	Fac	Col	Tór	Bac	Ms d	Ms e	Mid	Mão	Escoriação										Contusão										Ferimento										Luxação										Fratura		X								Laceração										Secção									
	Crã	Fac	Col	Tór	Bac	Ms d	Ms e	Mid	Mão																																																																										
Escoriação																																																																																			
Contusão																																																																																			
Ferimento																																																																																			
Luxação																																																																																			
Fratura		X																																																																																	
Laceração																																																																																			
Secção																																																																																			
DESTINO:	HORÁRIO:		ESTADO ATUAL																																																																																
HJH	15:25		CRÍTICO GRAVE MODERADO LEVE																																																																																
Assinatura: Lusneide																																																																																			

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☒ ORIENTAÇÃO EM SAÚDE
☐ OXIGENOTERAPIA
☐ BANDAGENS/ IMOBILIZAÇÃO
☐ COLOCAÇÃO DE CANULA DE GUEDEL
☒ CURATIVO SIMPLES
☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
☐ ASPIRAÇÃO ORO/NASOTRAQUEAL
☐ MANOBRA DE CHIN LIFT
☐ MANOBRA DE JAW THRUST
☐ MANOBRA DE HEIMLICH
☐ DESFIBRILAÇÃO
☐ GLICEMIA
☐ HEMOSTASIA POR TAMPÃO DE PRESSÃO
☐ COLAR CERVICAL
☐ KED
☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRAS
☐ PRANCHA LONGA
☐ LIMPEZA DE FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
☐ VENTILAÇÃO AMBÚ
☒ OXIMETRIA DE PULSO
☒ PUNÇÃO VENOSA
☒ INSUFUSÃO DE SOLUÇÃO

FÉRMEN
 MÉDICO
 CRM-PI 4897

CNPJ: 06.553.564/0003-08
 HOSPITAL ESTADUAL DR
 JÚLIO HARTMAN
 Rua Manoel de Aguiar, nº 341
 Centro CEP 64.180-000
 ESPIRITO SANTO - PI

S R



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRANSFERÊNCIA

DATA 10/01/17 HORA: _____ Nº DO TELEFONE _____

HOSPITAL SOLICITANTE Julio Hartman MUNICIPIO: Esperantina

MÉDICO: Brickson Feneben CRM: 4897

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO SUS-708.6060.9064.3585

() Obstetria () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outros _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE RG-3.282.273

Nº: Francisco das Chagas Machado Costa da Silva

Idade: 26 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino DN-28.10.90

HDA: _____

Ref. vítima de acidente automobilístico, c/
fractura de todos os membros superiores e inferiores
por os membros e membros

ESCALA DE GLASGOW: 18

ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea

3 - Comandos

2 - A dor

1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

5 - Orientado

4 - Confusa

3 - Palavras inapropriadas

2 - Palavras incompreensíveis

1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

6 - Obedece a comandos

5 - Localizado

4 - Movimento de retirada

3 - Flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa 500ml

() Aspiração () Medicação analéptico

() Curativo () Outros _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DESTINO

Hospital: PIUT

Clínica / Posto: _____ Senha: 2017011014538

Assinatura e Carimbo do Médico

BRICKSON FENELEN
MÉDICO
CRM-PI 4897



HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN
MAL. DEODORO,
CENTRO, ESPERANTINA/PI - 64180-000
CNPJ: 06553564000308
(86) 3383-1193 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P050519

Data: 10/01/2017

Funcionario: GIRLENE

Registro: 28686

Hora: 15:22:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha **69**

SUS

FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA CPF: - RG: 3282273 - SUS: 708606090643585
Nasc.: 28/10/1990 Idade: 26 ANOS, 2 MESES, 13 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: CASADO(A) CEP: 641
End.: LOC MALHADA DO MEIO, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: **ESPERANTINA/PI**
Cor: PARDA Telefone: (86) - Mãe: ROSILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA Pai: AMADEUS MARIANO DA SILVA

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 2 - MEDICO DE PLANTAO

Responsavel: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA - Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

10/01/2017 15:22 0301060096 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Exame clinico/fisico:

Relatado

Diagnostico provavel:

Medicação:

*Fratura de rádio +
múltiplas fraturas por osso*

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

① Ault

② Auro

③ Transfusão

CNPJ: 06.553.564/0003-08
HOSPITAL ESTADUAL DR
JULIO HARTMAN
Rua Marechal Deodoro, n° 341
Centro CEP 64180-000
ESPERANTINA-PI

ERIKSON FERNELON AGUIAR
CRM-PI 2897

Francisco das chagas n. Sousa

Responsavel: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO

2 - MEDICO DE PLANTAO

Alto



NOME DO PACIENTE: Francisco das Chagas Machado Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 432541

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

22/10/17
BUCOMAXILO
ORLOPEDEIA

Neuro 10/01/2017 18:19:35

Usuário: MARCOS FUSTADO

Telefone: EMERGENCIA(2)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA	Prontuário:	432541
Mãe:	ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA	Pai:	AMADEU MARIANO DA SILVA
End.Resid.:	MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - ESPERANTINA - PI - CEP: 64180-000		
Nascimento:	28/10/1990	Idade:	26a:3m:13d
		Sexo:	Masculino
		Fone:	86-99420-3443
Responsável:	ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA	CNS:	708606090643585
Profissão:	LAVRADOR	Documento:	CPF:
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E.Civil:	Casado(a)
End.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	589906	Data:	10/01/2017 18:13:50	Condução:	AMBULANCIA "MILICIA DA INTERIOR"
Evento da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio:	S U S		
Acid.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Tipico:	Não
				CID Secundario:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COLISAO FRONTAL. APRESENTA TRAUMA FACIAL. REFERE DOR LOCAL. FOG-15.	HUT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXAME: <u>Cranio + face</u> DATA: <u>10/01/17 às 18:44</u>	MARCOS ANTONIO DE ARAUJO COREM 271028 PI Em: 10/01/2017 18:19:35	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____ DATA: 10/01/17 às 18:44)

Paciente vítima de acidente motociclístico há cerca de 04 horas (mob/mob) no município de Esperantina-PI. Transportado por ambulância, sem edema cervical e sem grande sangramento. Ao exame: A) via aérea permeável; B) ventilação espontânea, AP normal; C) hemodinamicamente estável; D) ECGs, pupílas isocólicas e s/ déficits aparentes; E) escarapião em face.

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

① TC face	
② RX do braço ①	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____:____	Se Internação, indique o Procedimento e CID
		0404020526
		Procedimento

Dr. João Emilio L. Pinheiro
MÉDICO
CRM-PI 5725

Assinatura - Profissional Médico

Marcos Antonio de Araujo
Cirurgião Bucodentofacial
CPF 327.942.073-34
CRO 1352

Antonio Machado
Assinatura Paciente ou Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Impr: 10/01/2017 18:18:42

MARCOS FORTADO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA		Prontuário: 432541	
Mãe: ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA	Pai: AMADEU MARIANO DA SILVA		
End.Resid.: MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - ESPERANTINA - PI - CEP: 64180-000			
Nascimento: 28/10/1990	Idade: 26a:3m:13d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99420-3443
Responsável: ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA		CNS: 708606090643585	
Profissão: LAVRADOR		Documento: CPF: . . .	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 589906	Data: 10/01/2017 18:13:50	Clas. Cor: Indefinido
Tipo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 10/01/17 20:10 ESPECIALISTA: Pato-Mauilo

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pte vítima de acidente motociclístico e operando orientado, apneico, isocórico, ferimentos em região lábio inferior, mento, mucosa do lábio inferior e palato duro. Mobilidade da articulação dentária (JCS), dor em mandíbula (sinistra) e occlusão alterada. TC + Rx do tórax médio + sinistra

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Ad. realizado sobre internação (previsão)

16.01.17

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 11/01/17__:__ ESPECIALISTA: Artguedis

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pte vítima acidente automobilístico de trânsito, com lesões em membros superiores e inferiores. TC + Rx do tórax médio + sinistra

Ad. realizado sobre internação (previsão)

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Dr. Cláudio Nogueira

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



BOLETIM PARA REGISTRO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL – HUT

PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA PRONT 432844

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____

TIPO DE ANESTESIA: Local

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO EM: 10/01/2017

☒ Assepsia e anestesia local com Lidocaína

☒ Colocação de campo estéril

☐ Sutura

☒ Curativo Local

☒ Orientação para cuidados e retirada de pontos

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANT	DISCRIMINAÇÃO	UNIDADE	QUANT
AGULHA 13 x 4,5	UNID	01	SERINGA _____ CC	UNID	
AGULHA 25 x 7	UNID		SERINGA _____ CC	UNID	
AGULHA 25 x 8	UNID		SONDA VESICAL nº	UNID	
AGULHA 40 x 12	UNID	01	SONDA URETRAL nº	UNID	
GASE	UNID	01	SNG nº	UNID	
COMPRESSA	UNID		SONDA NASOENTERAL nº	UNID	
ATADURA	UNID				
ESPARADRAPO	CM	15			
EQUIPO GOTAS	UNID				
JELCO nº	UNID				
SCALP nº	UNID		FIOS		
SORO FISIOLÓGICO ml	FR		CATGUT SIMPLES C/ AGULHA	UNID	
FORMOL	ML		CATGUT SIMPLES S/ AGULHA	UNID	
LUVAS nº 8,0	UNID	01	CATGUT CROMADO C/ AGULHA	UNID	
LUVAS DE PROCEDIMENTO	UNID	01	CATGUT CROMADO S/ AGULHA	UNID	
LAMINA BISTURI nº	UNID	01	MONONYLON 4,0	UNID	01
ÁLCOOL 70%	ML		VICRYL	UNID	
PVPI DEGERMANTE	ML	20	PROLENE	UNID	

Observações:

Profissional executante: _____

Auxiliar: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Francisco das Chagas Machado Costa da Silva

DATA: 18/01/17 HORA: 20:10.

1º DS: Febra do terço médio da face +
mandíbula (sinistra).

① Dieta líquida Visto Nutricionista
Adriana Maria CRN/PI 6320

② SF 0,9% - 1000 ml - 6 - 14h/min

③ Ceftriaxona 1g - 6 - 12/12hs

④ Dexametasona 4mg - 6 - 25ml - 8/8hs

⑤ Dexametasona 2ml - 6 - 6/6hs

⑥ Fluticasona 20mg - 6 - 12/12hs

⑦ Paracetamol 300mg - 6 - 8/8hs

⑧ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

⑨ Ceftriaxona 1g - 6 - 12/12hs

⑩ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

⑪ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

⑫ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

⑬ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

⑭ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

⑮ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

⑯ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

⑰ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

⑱ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

⑲ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

⑳ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

㉑ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

㉒ Heparina 1000UI - 6 - 8/8hs

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

ex: Sgltus por admi-
lido, apresentando pain-
lido, febre, euphoria
vep, alguns medi-
comentários: Mediane-
pleno. Refere alga-
em face + mandíbula
segue sob os cuidados
da enfermagem -

Edson Laguerre - Borges
Farmácia
COREN-PI 379.090

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

A1H : 221710002268-7

Órgão Emissor: N221100001

UNI : H.U.T (PROF. ZENON BOCHA)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

NASCIMENTO
28/10/1990

Identificação do Estabelecimento de Saúde

D.LIBERA: 13/01/2017

DI. LAUDO: 10/01/2017

PRONTO: 0404020526 OSTEOSINTESE

OP.SIST: WELLINGTON

CID: S024

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

5828856

182000

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

6 - Prontuário: 432541

7-CNS: 708606090643585

8-Nascimento: 28/10/1990

9-Sexo: Masculino

RG: 3282273 - SSPPI

11-Mãe: ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA

12-Fone: 86-99420-3443

13-Resp: ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA

14-Cor: Sem Informação

15-Ende: MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - CEP: 64180-000

Munic: ESPERANTINA

17-Cod. IBGE: 220370

18-UF: PI

19-CEP: 64180-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Dor facial e deformidade

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura dos ossos maxilares e maxilares

24-CID Prim: S024

25-CID Sec: S

26-CID Q: S

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0404020526

OSTEOSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 327.942.073-34

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

MARCIA SOCORRO DA COSTA BORBA

34-Data Solicitação:

10/01/2017

De Marcos Aurélio R. do A. Viana
Médico Auditor DRCAA/HUT

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

40-No.Bilhete:

41-Série:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-DSOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

José Gonçalves Cordeiro Pinheiro
Médico Auditor DRCAA/SMS
CPF: 025.500.753-15

CNS: 203833990030000

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (FRANCISCO)
Consulta Local: 589906
Consulta SUS:
Impressão: 10/01/2017 21:26:12

Rozilândia machado costa

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Travieso das Chagas Malinda Costa Silva IDADE _____ anos DATA 11/01 /2017HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA ☒ GERAL ☐ RAQUE ☐ BLOQUEIO ☐ PERIDURAL ☐ SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Fratura de Mandíbula CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>178/89</u>	<u>145/67</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>93</u>	<u>94</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>99</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		<u>-</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		<u>-</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>1301619</u>	<u>Paula</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
As	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	09	Dra. M ^a do Amparo Brito Gury Enfermeira COREN-PA 13.493	10
ESCALA DE DOR ALTA						

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

16:45 - Paciente admitido na SRPA, em POS de fratura de mandíbula + COZM sob efeito de anestesia geral. Consciente, alar sondento, mas orientado. Espmicos, SI O₂. Alar hipertenso, demais SSV estáveis. HV em curso.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01) Tranel 100mg - 01 Ampola + 100ml SF 0,9 EV cont. Dr. Manoel 11-10

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGEM E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente			Francisco de Castro Medeiros Costa d. JIL		
Diagnóstico pré-operatório			Fr. d. Colleza 277 D		
Operação - Tipo			RSEF c. 1 ploc + fratura Glaucon Tuquarre Nascimento		
Cirurgião		1º Assistente		Ortopedista e Traumatologista	
2º Assistente		Assistente		CRM-PI 2775	
Instrumentador(a)		Anestesiologista		Anestesia	
Anestésico(a)				BPS	
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			0 mguo		
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) 1. Pd em MM pd Bbq. Ploc. Biquil 2. Mucelapex + fratura + fratura + fratura 3. Feste. Vc d. arco d. Hooper + fratura d. ploc. at. ploc d. fr. + Redução + fratura c. ploc + fratura costura 4. Redução + fratura d. Redução d. Lc d. ARU7 + fratura ploc c. FK n= 2.5 5. Sutura TCS. ploc 6. Anestesia					



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13, 01, 17

NOME DO PACIENTE: <u>João das Chagas Machado</u>	IDENTIFICADOR: <u>432541</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fo 2 Bellazzzi D</u>	CIRURGIA: <u>DAFT 11 PEGT G</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. W. W. W. W.</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Dr. G. G. G. G.</u>	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:

CRAM-PI 2775
Ortopedista e Traumatologista
Glaucio T. T. T. T.

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 6,5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	/		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	12	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	/		PVPI TÓPICO	ML	70	
ÁGUA OXIGENADA	ML	/		PVPI TINTURA	ML	/	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N° poliflex	UNID.	01		SERINGA 3CC	UNID.	/	
FORMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO N°	UNID.	01		crepom	und	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	und	01	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				cateter p 102			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: <u>Granassa</u>			
PROLENE							

16.01.17
X

NOME <u>Francisco das Chagas Machado Costa da Silva</u>		IDADE <u> </u> anos		DATA <u>13/01/2017</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>11 hs 35 min</u>		TIPO DE ANESTESIA <u>GERAL</u>		RAQUE <u>(BLOQUEIO)</u> PERIDURAL <u>()</u> SEDAÇÃO <u>()</u>	
CIRURGIA REALIZADA <u>Físt. retal externa</u>				CIRURGIÃO <u> </u>	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>157 / 117</u>	<u>124 / 82</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>100</u>	<u>78</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>BOLIBUINO</u>	<u>BOLIBUINO</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☒	2 ☒	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☒	1 ☒	1 ☒
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☒	2 ☒	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☒	2 ☒	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☒	2 ☒	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☒	2 ☒	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		<u>04</u>
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>09</u>		<u>04</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
ml	ml	ml	ml		
hs	hs	hs	hs		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:55 Admitido na SRPA em PUA de 11h cirurgia para fístula em retal externa (D). Sob efeito de bloqueio. Consciente, calmo, eupneico, respirando em ar ambiente. Hipertensão. Sinais específicos. Monitorado.

13:00 - segue estável, 21 quixos. Liberado da SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

Dr. Charinho Raulino Filho
Médico Anestesiologista
CRM-PI 474 / CPF: 068.972.903-07

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] JOQUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ART [] NEU [] CIR [] MÉD

Mto da ortopedia

LAUDO 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:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

182157

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

6 - Prontuário: 432541

7-CNS: 708606090643585

8-Nascimento: 28/10/1990

9-Sexo: Masculino

RG: 3282273 - SSPFI

11-Mãe: ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA

12-Fone: 86-99420-3443

13-Resp: ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA

14-Cor: Sem Informação

15-Endereço: MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - CEP: 64180-000

16-Munic: ESPERANTINA

17-Cod. IBGE: 220370

18-UF: PI

19-CEP: 64180-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

24-CID: Frim: S520

25-CID: Sec: 1

26-CID: C.A.S.: 1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 0408020458

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI

Tempo FIM 3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 02 01

CPF

804.614.683-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

WILANILDO LIMA COSTA

34-Data Solicitação:

13/01/2017

Dr. Wilanildo L. Costa
CRM-PI 47474/CRM-MA 6663
TEC: 13063

35-Ass. Carimbo Méd. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CPOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Diagnóstico:

49-Num. Documento:

50-CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável:

Assinatura: (MARCIA BATISTA)

Consulta Inicial: 584906

Consulta SUS:

Intercalação: 4384000



FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
PRESCRIÇÃO MÉDICA		432541	26	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
				HORÁRIOS		
13/01/17	9:10 Encomendado ao CC					
1	Dieta líquida pastosa	Michelle de Castro Sampaio França ENFERMEIRA COREN-PI 415.402				
2	Jeito salinizado					
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h	12 18 24 06				
4	dexametasona 4mg 1fras + AD EV 8/8h	14 22 06				
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs	12 24				
6	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs	12 18 24 06				
7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs	14 22 06				
8	higiene bucal					
9	Cuidados gerais e sinais vitais					
Cirurgia ortopédica						
Pl de Urgência						
Dieta livre esp RPA						
		Dr. Wilson L. Costa CRM-PI 415.402 TEOT: 13063				
Dr. Gilberto Caceres / Dr. Yuri Inácio Filho / Dr. Fernando Costa de Oliveira / Dr. Paulo H. S. Passos Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia						
CRM 0415.780710029		CRM 0415.780710029		CRM 0415.780710029		CRM 0415.780710029

**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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA** (Prontuário:
Endereço: MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - ESPERANTINA - PI CEP: 64180-000
Nascimento: 28/10/1990 Idade: 26a2m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589906
Requisição: 711223 Solicitação: 10/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 886765 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 10/01/2017

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em
pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no rádio distal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura no rádio distal com fixação metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/01/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA** (Prontuário:
Endereço: MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - ESPERANTINA - PI CEP: 64180-000
Nascimento: 28/10/1990 Idade: 26a:3m:16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589906
Requisição: 711224 Solicitação: 10/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 886766 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 10/01/2017

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- ENFISEMA SUBCUTÂNEO NA FACE.
- MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS:
 - * ASSOALHO E PAREDE MEDIAL DAS ÓRBITAS.
 - * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES.
 - * ESPINHA NASAL ANTERIOR.
 - * SEPTO NASAL.
 - * PALATO DURO.
 - * MAXILA COM EXTENSÃO AO OSSO ALVEOLAR.
 - * PROCESSOS NASAIS DA MAXILA.
 - * PROCESSOS PTERIGÓIDES.
 - * REGIÃO PARAMENTONIANA ESQUERDA DA MANDÍBULA.
- HEMOSSINUS FRONTAL DIREITO E MAXILO-ETMOIDAL BILATERAL.
- SEIOS FRONTAL ESQUERDO E ESFENOIDAIIS NORMOAERADOS.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

16-01-17
Raphael Veloso Nunes Martins
CRM 3645
CPF 940.719.343-87

**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: **FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA** (Prontuário:
Endereço: MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - ESPERANTINA - PI CEP: 64180-000
Nascimento: 28/10/1990 Idade: 26a2m16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 589906
Requisição: 711224 Solicitação: 10/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 886766 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 10/01/2017

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- ENFISEMA SUBCUTÂNEO NA FACE.
- MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS:
 - * ASSOALHO E PAREDE MEDIAL DAS ÓRBITAS.
 - * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES.
 - * ESPINHA NASAL ANTERIOR.
 - * SEPTO NASAL.
 - * PALATO DURO.
 - * MAXILA COM EXTENSÃO AO OSSO ALVEOLAR.
 - * PROCESSOS NASAIS DA MAXILA.
 - * PROCESSOS PTERIGÓIDES.
 - * REGIÃO PARAMENTONIANA ESQUERDA DA MANDÍBULA.
- HEMOSSINUS FRONTAL DIREITO E MAXILO-ETMOIDAL BILATERAL.
- SEIOS FRONTAL ESQUERDO E ESFENOIDALIS NORMOAERADOS.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

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: **FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA** (Prontuário:
 Endereço: MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - ESPERANTINA - PI CEP: 64180-000
 Nascimento: 28/10/1990 Idade: 26a2m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 182042
 Requisição: 711486 Solicitação: 11/01/2017 Solicitante: MATIAS ARAUJO DA SILVA
 Controle: 887080 Convênio: S U S CLINICA CIRURGICA - P08 ENFERMARIA 220 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204010144

Data Exame: 11/01/2017

SEIOS DA FACE

O estudo radiológico da face foi realizado em duas incidências.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Sinais de fratura na maxila esquerda.
- Prótese metálica dentária.

Conclusão: Sinais de fratura na maxila esquerda.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/01/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

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: **FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA** (Prontuário:
Endereço: MALHADA DE PEDRA - ZONA RURAL - ESPERANTINA - PI CEP: 64180-000
Nascimento: 28/10/1990 Idade: 26a4m17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 182157
Requisição: 711860 Solicitação: 13/01/2017 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 887503 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 SUPLEMENTAR EXTRA 004

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 13/01/2017

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em
pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura na diáfise distal do rádio fixada por placa metálica.

(LUIS CEZAR)

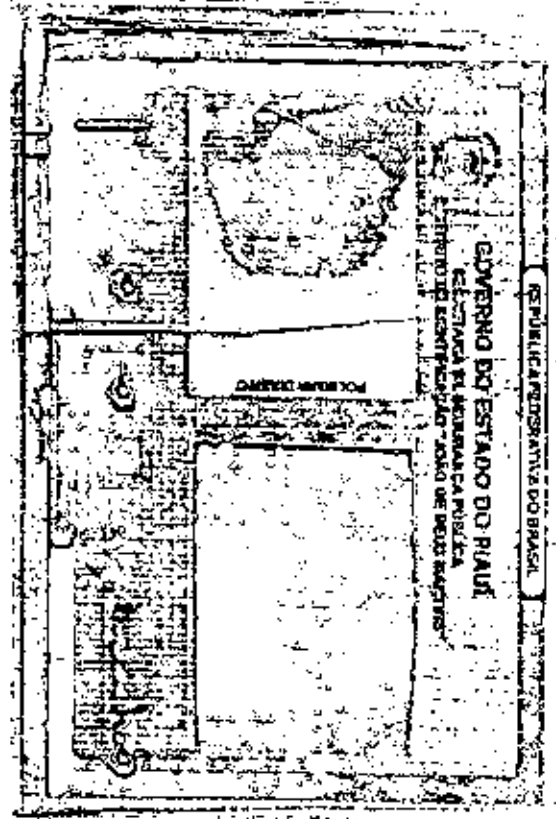
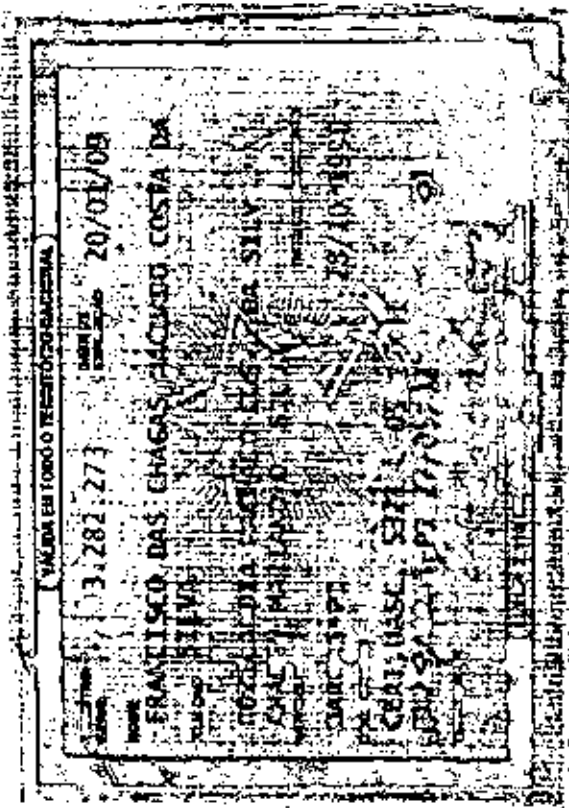
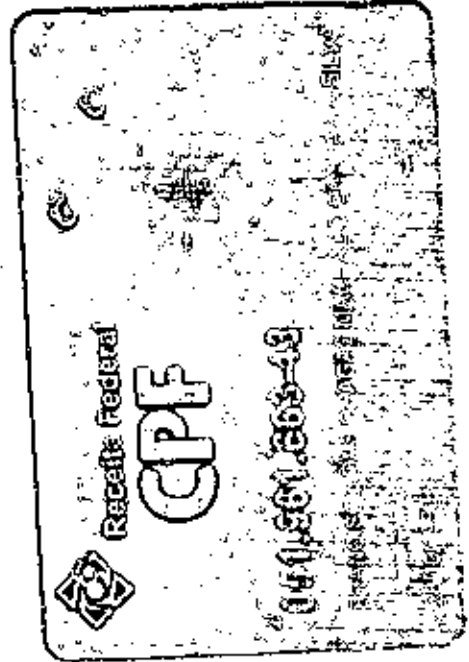
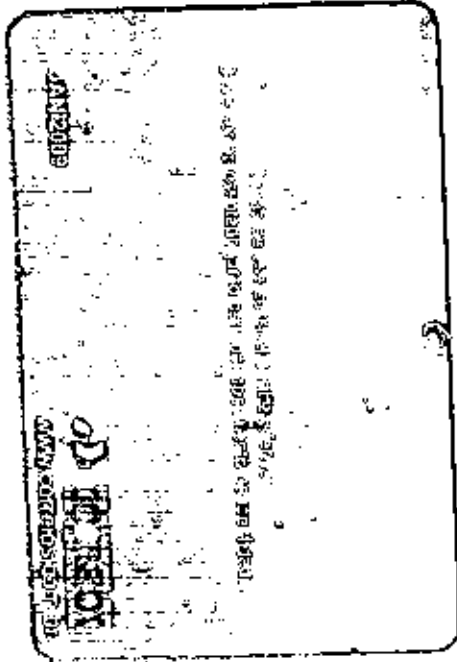
TERESINA - PI 14/03/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Francisco das Chagas Machado Costa da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.282.273 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/01/09

NOME FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

FILIAÇÃO ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA AMADEU MARIANO DA SILVA

NATURALIDADE BARRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 28/10/1990

DOC. ORDEM CERT. NASC. 5321 L 05 F 281 EXP BARRAS-PI 27/05/92

TERESINA - PI

LEI Nº 7.116 DE 29-08-93 - DECRETO Nº 88.250/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Carteiro de Pessoa Física
Número de inscrição

051.961.663-43

Nome
FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

Nascimento
28/10/1990

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

JAN/2009

CORREIOS
www.correios.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1554660910	NOME MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA
	RG: RENDADE / DER: EMISSORA 1457994 SSP PI
	CPF 703.754.703-44
	DATA NASCIMENTO 10/09/1971
	PLACAO LUIS PROCEDONIO DA SILVA MARIA HELENA DA SILVA
PROIBIDO PLASTIFICAR 1554660910	PERMISSÃO 2000000000
	ACB 00000000
	CATIOM B
	IPRESSOR 02851011130
	VALIDADE 15/12/2022
OBSERVAÇÕES A	
Assinatura do Titular: <i>Maria do Carmo Procedonio da Silva</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL TERESINA, PI	DATA DE EMISSÃO 20/12/2017
Assinatura do Autorizador: <i>Arão Martins do Rego Lemos</i> ASSINATURA DO EMISOR	
PIAUI	

DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PI		Nº 8494032664	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
1036	5901	592e	3d3s
47c5	4cad	9174	9165
2e10	0809		
VIA 1		COD RENAVAM	EXERCÍCIO
227911717			2010
MARIA DA LUZ MACHADO COSTA DA SI			
LVA		00000	
R LUZIA BORBOLETA 871		PI	
PEQUIZEIRO			
03604959314		NIQ-5123	
PLACA ANTIFURTO		9C6KE1440A0004159	
SUSPENSÃO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA /MOTOCICLETA		GASOLINA	
YAMAHA/T115 CRYPTON K		2010	
02P/0114CC		PARTIC	
CATEGORIA		VEICULO	
P		IPVA	
V		22	
A		3º PASSO	
PREMIO TAFELADO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO		PAGO	
OBSERVAÇÕES			
PBT: 000.29			
ALIANÇA FIDUCIARIA			
BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A			
BRASAS		09/08/2010	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
PI Nº 8494032664		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
NOME/ENDEREÇO			
MARIA DA LUZ MACHADO COSTA DA SI			
LVA		00000	
R LUZIA BORBOLETA 871		PI	
PEQUIZEIRO			
03604959314		NIQ-5123	
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
PI Nº 8494032664		EXERCÍCIO	
		2010	
DATA EMISSÃO			
09/08/2010			
NOME/ENDEREÇO			
MARIA DA LUZ MACHADO COSTA DA SI			
LVA		00000	
R LUZIA BORBOLETA 871		PI	
PEQUIZEIRO			
03604959314		NIQ-5123	
COD RENAVAM		YAMAHA/T115 CRYPTON K	
227911717		3º PASSO	
PREMIO TAFELADO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)	
000000000		PAGO	

Seguradora Líder dos Consórcios
Seguro Seguro DPVAT S/A
 CNPJ: 09.248.608/0001-04

DEZ-2009

[illegible]

WORLD	INVAZIONE PERMANENTE	DANIG
DA 13/2000	ATE AB 13/2000	ATE N3 2.205 00

- [illegible]

ORGANIZACÕES:

- [illegible]

Securedora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.808/0001-04

Rua Senador Dantas, 74 - 5º andar

Centro - Rio de Janeiro

www.seguradoralder.com.br

ALIMENTAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICACÃO MECÂNICA

-SEGURO OBRIGATORIO

IPYA-1: COA-

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

-|PVA-2: COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA -

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRANSITO—

ENCARGOS DO DETRAN-

AUTENTICACÃO MECÂNICA

AUTENTICACÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

Nº 0494032664

DETRAN - PI 0120100115529 00884935801

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
10365901592a1db37c54cad0cbb9179e6a62c100809

VIA 1 227911717 COD. RENAVAM ANTRC

NOME/ENDEREÇO
MARIA DA LUZ MACHADO COSTA DA SI
LVA
R LUZIA BORBOLETA 871 00000 PI
PEQUIZEIRO

CPF/CNPJ 03604959314 PLACA NIQ-5123

NOME ANTERIOR
PR. MOTORS LTDA

CHASSI
9C6KE1440A0004139

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

ESPECIE TIPO
PAS/MOTONETA /NENHUMA

ANO/FAB 2010 2010

MARCA/MODELO
YAMAHA/T115 CRYPTON K

CAP/POT/CIL 02P/0114CC

CATEGORIA PARTIC

COR PRINCIPAL VERMELHA

OBSERVAÇÕES

0 PBT: 000.29

ALIENACAO FIDUCIARIA
BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A

LOCAL BARRAS

DATA 09/08/2010

WELLINGTON BRUNO BRUNO
DIRETOR GERAL DE DETRAN - PI

2007-05-01 09:04:03Z/2010-08-09 14:00:00Z

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0494949/17
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA
DA SILVA

Data do Acidente: 10/01/2017

CPF: 051.961.663-43

CPF de:
Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA
DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA : 051.961.663-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 06/12/2017
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA
CPF/CNPJ: 051.961.663-43

Data do cadastramento: 27/12/2017
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA **FABRISCO DAS CHINAS MACHADO COSTA DA SILVA**

DATA DO ACIDENTE **10.01.17** POSSUI CPF ☒ SIM () NÃO Nº CPF **05196166343**

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Documento de identificação dos beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- () Comprovante de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Autorização de pagamento (original) - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - cópia autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

- () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) **TEO DOS ANJOS MACHADO COSTA DA SILVA**
Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador **05196166343**
E-mail **89944168724**
Data **29/11/17** Assinatura e Selo dos Chefes **Michael Porto da Silva**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) **AC ESPERANTINA P1**
Atendente **ANTONIO CARLOS L. SANTANA** Matrícula **85664193**
Data: **29/11/17** Assinatura: **[Assinatura]**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO GUSTO DA SILVA CPF da Vítima 054.961.663-43 Data do Acidente 10/01/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

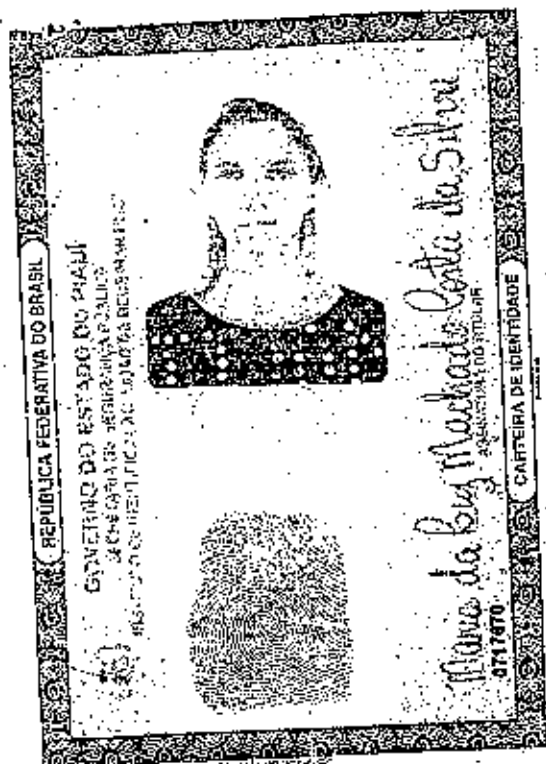
ESP 10 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

Francisco das Chagas Machado Costa da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 5.020.234 - DATA DE
Emissão 30/09/15

NOME
MARIA DA LUZ MACHADO COSTA DA SILVA

ENDEREÇO
ROZILANDIA MACHADO COSTA DA SILVA
AMADEU MARIANO DA SILVA

LOCALIDADE
BARRAS-PI. DATA DE EMISSÃO
02/02/1988

COD. DE REGISTRO
CERT. NASC. 4908 L 05A F 178

EXP. BARRAS PI 15/08/02/15

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 80.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
036.049.593-14

Nome
MARIA DA LUZ MACHADO COSTA DA SILVA

Nascimento
02/02/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
E022.0889.7C1C.FD5A

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 17:02:44 do dia 10/12/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393440/19

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COE

CPF: 051.961.663-43

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/01/2017

Titular do CPF: MACHADO COSTA DA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA : 051.961.663-43

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: 08/11/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190630023 **Cidade:** Esperantina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO **Data do acidente:** 10/01/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
 COSTA DA SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FACE (MANDÍBULA).
 FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA (ABERTURA MÁXIMA 03M), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO PUNHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA E DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/11/2019

Conduta mantida:

Observações: LOCAL DO ACIDENTE: ESTRADA PICARRA DO LUGAR BEIRUTE SN ZONA RURAL, ESPERANTINA PI.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190630023 **Cidade:** Esperantina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO **Data do acidente:** 10/01/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
COSTA DA SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FACE (MANDÍBULA).
FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA (ABERTURA MÁXIMA 03M), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO PUNHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA E DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/11/2019

Conduta mantida:

Observações: LOCAL DO ACIDENTE: ESTRADA PICARRA DO LUGAR BEIRUTE SN ZONA RURAL, ESPERANTINA PI.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190630023 **Cidade:** Esperantina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO **Data do acidente:** 10/01/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
COSTA DA SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA E MAXILAR À ESQUERDA - P.2,19.
FRATURA RÁDIO DISTAL DIREITO - P.3,16.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - (FRATURA DE RÁDIO) - ALTA.
P.1,2,3,5,11,12

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 29 ANOS./FOLHA CIRÚRGICA-P.11,12./LAUDO E EXAME DE IMAGEM-P.16-20.
- 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 punhos	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: 3190630023 **Cidade:** Esperantina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO **Data do acidente:** 10/01/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
COSTA DA SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA E MAXILAR À ESQUERDA - P.2,19.
FRATURA RÁDIO DISTAL DIREITO - P.3,16.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - (FRATURA DE RÁDIO) - ALTA.
P.1,2,3,5,11,12

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 29 ANOS./FOLHA CIRÚRGICA-P.11,12./LAUDO E EXAME DE IMAGEM-P.16-20.
- 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE <u>Francisco das Chagas Machado Costa da Silva</u>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Lavrador</u>
Identidade nº: <u>3.282.273</u>	CPF nº: <u>051.961.663-43</u>	
Endereço: <u>Localidade Malhada do Meio S/N B-Rural</u>		
CEP: <u>64.100-000</u>	Telefone: <u>(86) 99982-3093</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <u>Solteira</u>	Profissão: <u>Bacharel em Direito</u>
Identidade nº: <u>1.457.994-SSP/PI</u>	CPF/MF nº: <u>703.754.703-44</u>	
Endereço: <u>Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,</u>		
CEP: <u>64.019-330</u>	Telefone: <u>(86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055</u>	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE** (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia 10/10/17 para a Vitima Francisco das Chagas Machado Costa da Silva

Barras-PI 30/10/2019

Local e data

x Francisco das Chagas Machado Costa da Silva

- Vitima ou Representante Legal -

CNPJ: 08.942.751/0001-91 - CNIS: 146320

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA EM TEST. DA VERDADE DOU-PE BARRAS, 30/10/2019 11:42:15

Isadora Pacheco Fortes Silva

ISADORA PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE
E-mail: R\$ 2.85 T.J. R\$ 0.77 M.P. R\$ 0.10 Selo: R\$ 0.28 Total: R\$ 4.88

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Ass. de Notas, Registro e Oficial

RECONHECIMENTO DE FIRMA

ABT 86366

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0393440/19

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COS

CPF: 051.961.663-43

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 10/01/2017

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS
MACHADO COSTA DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA : 051.961.663-43

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: 08/11/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190630023

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 10/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190630023

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 10/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190630023

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

Data do Acidente: 10/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

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\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 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: FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000003834

Conta: 0000022241-5

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.





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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

051961663-43

Nome completo da vítima

FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO M. COSTA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCISCO DAS CHAGAS MACHADO COSTA DA SILVA
CPF titular da conta 051961663-43
Profissão LAVADOR
Endereço LOCALIDADE MALHADA DO MEIO
Número Complemento
Bairro ZONA RURAL
Cidade ESPERANTINA
Estado PIAUÍ
CEP 64180-000
Email
Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☒ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Agência Agência Agência	
Agência 3834 (Informar dígito se existir)	Conta 22.241 (Informar dígito se existir)	Agência Agência Agência	Conta Agência Agência

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

ESP 18 de OUTUBRO de 2017
Local e Data

Francisco das Chagas Machado Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
do Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

Recibo

Grau de Sigilo
#PUBLICO

1ª Via - Cliente

Nome

Francisco das Chagas machado e s

O valor autenticado refere-se ao recolhimento da tarifa de serviços bancários, relativo a ABERTURA DE CONTA.

37 093 0005

CER18342509170330602000247

37 093 0005

Autenticação

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

3834 - ESPERANTINA, PI

DATA: 25/02/2017

TERMINAL: 1803

HORA: 11:24:53

AUT: 0034

COMPONENTE DE DEPOSITO
NUM DO: 00000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 3834/013/000000000000

NOME: FRANCISCO DAS CHAGAS M C SILVA

DEPOSITANTE:

O I

VALOR TOTAL: 10,00
VALOR DINHEIRO: 10,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA 0800 726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800 726 2474
www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

RECEBIDA EM 25/02/2017 10:53 - 420037

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 051.961.663-43 4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas machado Costa da Silva

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

5 - Nome completo: Francisco das chagas machado Costa da Silva 6 - CPF: 051.961.663-43
7 - Profissão: lavrador lc. malhada do meio 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Barras 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64.100-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8499982.3093

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: ☒ RECLUSO 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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3834 CONTA: 222415 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 nascituro(a) nascido(a)? ☐ 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 Lider 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barras, PE 05.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário(s) declarante(s)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190630023
Nome do(a) Examinado(a): Francisco das Chagas Machado Costa da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Lc Malhada do Meio, S/N
B Rural Esperantina PI CEP: 64100-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3282273
Data local do acidente: [10/01/2017]
Data local do exame: [21/11/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE FACE (MANDÍBULA).
FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE E NO PUNHO DIREITO.
REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(ABERTURA MÁXIMA 03M), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO PUNHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.**

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

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

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado 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

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

LOCAL DO ACIDENTE: ESTRADA PICARRA DO LUGAR BEIRUTE SN ZONA RURAL, ESPERANTINA PI.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
CPF - 791.120.723-20
CRM/PI - 3165

