



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001286/2019-75

Unidade do Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 13/08/2019 - 10:28

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Data/Hora

22/07/2019 - 10:30

Tipo Local

URBANA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

ESTRADA VICINAL NA LOCALIDADE SANTA RITA, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Tipo Evento: VITIM/Nascente

CPF: 045 SSP/PI

Nome: SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA

Nome: LEVI BORGES BARBOSA

Endereço: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS, Nº

Complemento: Q-E, CASA 07

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: BARRAS

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

Lesão corpórea acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Renault

Modelo: OUTROS

Ano: 2016

Placa: P106845

Chassi: 93Y9SR546GJ2B8111

Renavam: 01092628166

Cor: Branca

Condutor: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 045 SSP/PI UF: RG: PI

Endereço: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS Número: Complemento: Q-E, CASA 07

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: DIRCEU LUSTOSA MIRANDA

Cidade: TERESINA UF: Bairro:

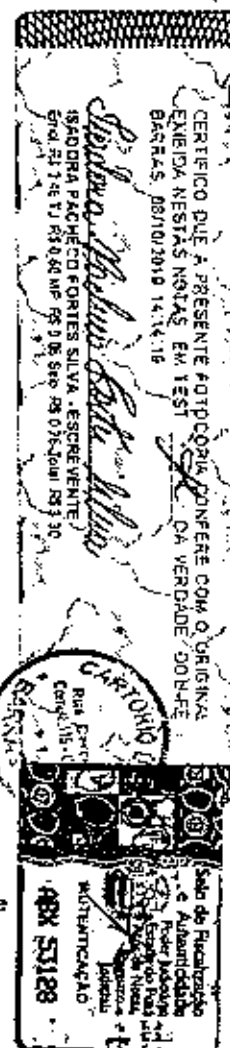
RELATO DA OCORRÊNCIA

NOTICIANTE QUE DIA 22/07/2019, POR VOLTA DAS 10:30 HRS, ESTAVA TRANSITANDO A TRABALHO. POIS O NOTICIANTE É MOTORISTA PROFISSIONAL, NO VEÍCULO EM PROPRIEDADE DO NACIONAL DIRCEU LUSTOSA MIRANDA, ATRAVÉS DA ESTRADA DA LOCALIDADE SANTA RITA, ZONA RURAL DE BARRAS - PI, QUANDO DE REPENTE O VEÍCULO APRESENTOU PROBLEMAS NO SISTEMA DE FREIOS DE FORMA QUE O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAPOTOU SENDO A FICAR FORA DA PISTA; QUE COM A COLISÃO O NOTICIANTE TEVE FERIMENTOS NO ROSTO, SENDO SOCORREU POR UM MORADOR DO LOCAL, QUE O TROUXE PARA O HOSPITAL DE BARRAS - PI, ONDE FICOU 24 HORAS INTERNADO; QUE DO LOCAL FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA ONDE PASSOU 11 DIAS INTERNADO E PASSOU POR CIRURGIAS NO ROSTO, DEVIDO A FRATURAS NOS OSSOS DO LOCAL.

Geraldo Magela Veras Neto - Mai.
AGENTE DE POL.

Marcio Barbosa da Silva
MARCIO BARBOSA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Verificação de Assinatura
Sistema de Segurança Pública



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IM.



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIO BARBOSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02844-4

CONTA: 000010029553-3

Nr. da Autenticação 107C9000F34EE968

SEQ.: 00159 UC: 1334881-7 DT. LEIT.: 13/06/2019 T. ENTR.: 03
LEITURA: 2671 MINIMO TOTAL: 23,62 CARGA: 001
DT. VENC.: 20-06-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2031

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

Eu, João Francisco Veloso Miranda

RG nº 63.639, data de expedição 02/06/1962

Órgão GOPI, portador do CPF nº 025.755.743-15

com domicílio na cidade de Barras, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

PR 212 Loc Marupa, nº 5/n

complemento Km 05, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

cujo o condutor era Marcio Barbosa da Silva

Veículo: _____ Modelo: Fiat/Strada Working cd Ano: 2015

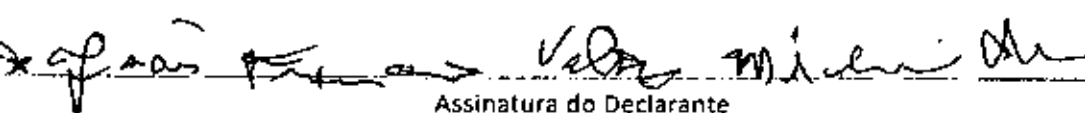
Placa: PM-6118 Chassi: 9BD57834UGB049669

Data do Acidente: 20/07/19

Declaração do proprietário do veículo



Local e Data: Barras - PI 14/08/2019


Assinatura do Declarante

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

CNPJ: 06.842.751/0001-31 - CNS: 148520

RECONHECIMENTO POR AUTENTIDADE A FIRMA DE JOÃO FRANCISCO VELOSO MIRANDA EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. BARRAS. 14/08/2019 14:36:35

Adilson Pacheco Fortes Silva
ESCRITÓRIO PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE
CNPJ: 08.915.771-11 R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Balc: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,08





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

Documentação médico-hospitalar



NOME DO PACIENTE: Marcos Barbosa da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 517 680

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".

Patrícia Virna Sales Leão
Matrícula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Neurocirurgia OK
Buco OK
geral OK?

Imp: 23/07/2019 19:49:12

(User: PABLO DANTAS)

(Estação: CONSULTA03)

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

Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA		Prontuário: 517680
Mãe: SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA	Pai: LEVI BORGES BARBOSA	
End. Resid.: Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS - BARRAS - PI - CEP: 64100-000		
Nascimento: 25/08/1979	Idade: 39a10m29d	Sexo: Masculino Fone: 86-99564-7333
Responsável: O MESMO	CNS: 700203967252925	
Profissão: MOTORISTA	Documento: Reg.Nasc: 00000000000	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Idigo: 732567	Entrada: 23/07/2019 19:15:17	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM VEÍCULO PESADO			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: Paciente regulado de Barras-PI vítima de TCE e trauma facial há mais de 24h durante acidente de carro SIC. Glasgow 15. Eupneico. Hematoma palpebral bilateral. Soturas supercílio D e região nasal. Tampão na narina D. Neq alergias e comorbidades.		JAIR JOSÉ DE MOURA FEITOSA COREN 209683 PI Em: 23/07/2019 19:31:12

SSVV: (Hora: :)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: ACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 1DIA,, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO. VEIO COM SUSPEITA DE FRATURA DE FACE. A) VIAS AERIAS PERVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCRA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; EXPANSIBILIDADE PRESERVADA; SRA C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL; D) PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW PRESERVADO E) EXTREMIDADES SEM ALTERAÇÕES
--

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

Exames Complementares: (1267623) - T.C. DE CRÂNIO (1267624) - T.C. DE FACE	<i>Neurocirurgia</i> <i>De fratura Automóvel - C15.</i> <i>TC crânio sem lesões intracranianas</i> <i>Sem fratura em hemisfério. Presença de fratura</i> <i>- Zígon (D), Maxila (B) e Nasal</i>
---	---

Prescrição Médica: <i>Somente Neurocirurgia - Atopos B</i> <i>Nel Buco</i>	CONFERE COM O ORIGINAL Patricia Viana Sales Leão Matrícula: 027496 HUT
---	--

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: / /
-------------------------------------	------------------

Assinatura Paciente ou Responsável	PABLO DANTAS ALENCAR CRM: 6306 Em: 23/07/2019 19:49:11
---	--



P

PPREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

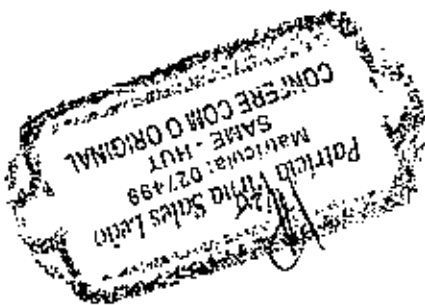
BUCCO

211-04

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Marcio Barbosa da Silva	517630	25/03/79	POA	Correio	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE BUCOMAXILOFACIAL			
7º Dtt: Fratura CEM 2 e 3 + GN { Brachio de Elita Fratura lateral.					
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 30/07/19 HORA: 07:30					
1) Dieta líquida pastosa					
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h					
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h					
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h					
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h					
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h					
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h					
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia					
9) SSVV + CCGG					

Dr. Matheus

CONFERE COM O ORIGINAL
Patricia Nuno Sales Lobo
Médica - 021499
SANE - 1157



Dr. Lídia Neves
OFICINA ODONTOLÓGICA
CRM-PI 3048

OTOMORFOLOGIA: 2410719 CO: 53
trauma de pele no nariz da face, esquerda
de duplo. AV: 51C OS = 03 OE = 110
Pupila: OS = pouco reagente, em alguns casos
NCC = OS = pupila para supra, direito e esquerdo
E nistagmo lateral OS = bulbo no nistagmo
divulso RND OS = bulbo no nistagmo
CA 51 RCA: enviação horizontal. OS = bulbo no nistagmo,
sem alteração. FO: OS = pupila opaco ceratosa,
que aderem nascer. OE = 51C
Tudo OS = 15. TC = 11C
fo, pupila normal OS = pupila de auto nistagmo
CD = bulbo no nistagmo
em alguns casos
provação em 2 dias 2/499
curar

CID: 502.7
COD: 0404020518

CD: 2410719 pela RNF

relatório médico de acidente automobilístico, ocorrido
apresentando lesões na face, membros superiores
e membros inferiores, com lesões contusas, lacerações
e hematomas, com lesões profundas, com
lesões, com lesões e pontos lacerações de lesões,
e lesões OPI.

Dr. Luiz Braz
CRM-PI 4523
Buro de Odontologia
Est. Cirurgia Bucal

FICHA DE ADMISSÃO



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

Prontuario:

517680

Internação:

243686

Nome: **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

End. Resid.: Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS

Cidade: BARRAS - PI

CEP: 64100-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 25/08/1979	Idade: 39a10m29d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: MOTORISTA
Admissão: 23/07/2019	G. Instrução: Não informado	Fone: 86-99566-7333	Cartão SUS (CNS): 700203967232925	Procedência: BARRAS

Pai: LEVI BORGES BARBOSA

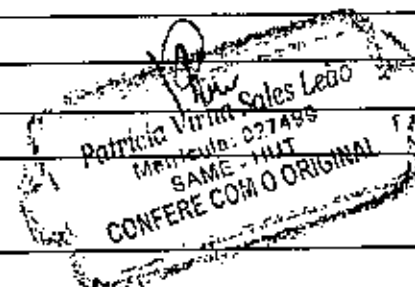
Mãe: SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA

Cônjuge:

Responsável:

End. Responsável:

Documento:



Internou-se neste Hospital: () Sim () Não Internou Noutros Hospitais () Sim () Não

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

ESCORIAÇÕES NA FACE

LACERAÇÕES SUTURADAS NO ARCO SUPERCILIAR D.

EDEMA CONJUNTIVAL D.

FRATURA COXM BILATERAL, ASSOALHO E PAREDE LATERAL DE ORBITA E FRATURA OFN

DIAGNÓSTICO:

Provisório: Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face	C I D: 5027
Principal:	C I D:
Intercorrência:	
Sintomas e Sinais Principais:	Causa Mortis: Hist. Patológico:

TRATAMENTO:

TIPO:	TERAPEUTICA MEDICA:	OPERAÇÃO:	EFICACIA:
() Nenhum		Principal:	() Eficaz
() Médico			() Ineficaz
() Cirúrgico		Acessoria:	() Prejudicial
() Méd. Cirug.			() Não Avaliado

DURAÇÃO:

Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
ALTA SAÍDA:		TRANSFERÊNCIA:		OBITO:
() Curado	() A Pedido	() Por Indisciplina	() Fisiologia	() <48 H. estado agônico ou pré-agônico
() Melhorado	() Int. P/Diagnóstico	() Evasão	() Psiquiatria	() <48 H. SEM estado agônico ou pré-agônico
() Inalterado	() Decisão Médica	() P. Ambulatório	() Outros	() Após 48 horas de internação

Em: 23/07/2019

Ass. Médico

  		No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 226552
---	--	--

DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	243686

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	MARCIO BARBOSA DA SILVA		6 - Prontuário:	517680	
CNS:	700203967252925	8-Nascimento:	25/08/1979	9-Sexo:	Masculino
Mãe:	SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA		12-Fone:	86-99564-7333	
Resp:	(O MESMO)		14-Cor:	Parda	
Ender:	Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS - CEP: 64100-000				
Munic:	BARRAS	17-Cod. IBGE:	220120	18-UF:	PI
		19-CEP:	64100-000		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:		
ECORIAÇÕES NA FACE LACERAÇÕES SUTURADAS NO ARCO SUPERCILIAR D. EDEMA CONJUNTIVAL D. FRATURA COZM BILATERAL, ASSOALHO E PAREDE LATERAL DE ORBITA E FRATURA CPN		
- Condições que justificam a internação:		
NO CIRURGICO		
- Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):		
DE FACE		
- Diagnóstico inicial:		
Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face		
24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.Aux.:
S027		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
0404020518	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	2
-Clínica:	30-Carêter: Ident.:	31-Docu.:
	02	01
	CPF	903.382.193-15
Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	
EDUARDOS EDUARDO MENDONÇA BATISTA	23/07/2019	
35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CNR)		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAR Empresa:	44-CBOR:
- () Acidente Trabalho Trajeto			
- Vínculo com a Previdência:			
☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador:		47-Data Autorização:
Documento:	49-Num. Documento:	
CNS - () CPF		50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) -
Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (YULLE) Consulta Local: 732567 Consulta SUS: Impressão: 23/07/2019 22:32:13

SUMÁRIO DE ALTA



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

Prontuário:

517680

Internação:

243686

Nome: **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

End. Resid.: Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS

Cidade: BARRAS - PI

CEP: 64100-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 25/08/1979	Idade: 39a10m29d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: MOTORISTA
Internação		Alta		Permanência
Data 23/07/2019	Hora 22:28	Data 31/07/19	Hora 07:00	

Diagnósticos:

Cod.CID:

CID Principal:

9027

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Exatidão em fotos laterais na região do arco ligamentar e
hiperextensão da primeira vértebra da coluna por trauma (sem fratura)
sem fratura: grande lesão de ligamento

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Paciente com evolução em resposta a tratamento com
medicação, fisioterapia, massagem das células paravertebrais, melhora
na dor - sem necessidade de cirurgia

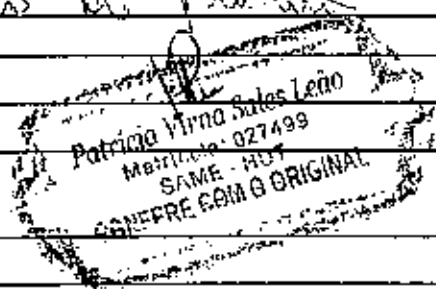
MEDICAÇÕES:

Tratamento com Analgésico, com 7.000 mg de Paracetamol
e 100 mg de Ibuprofeno 4x/dia

CIRURGIA: Data: 28/07/19 Tipo: Otimização do Fracasso

Implante de protese de coluna

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:



Tipo de Alta: () Curado (x) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: Transporte:

Nome:

Dr. Agen Lima
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Puch. Médico Especialista

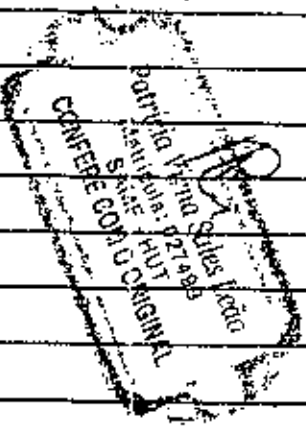
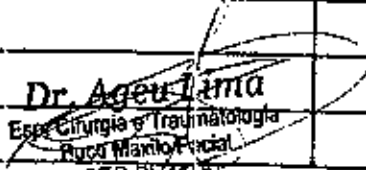
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente



PRESCRIÇÃO MÉDICA

FMS

Fundação Municipal
de Saúde

NOME DO PACIENTE <i>Marcos Barbosa da Silva</i>	FRONTUÁRIO <i>517650</i>	D. NASCIMENTO <i>25/05/79</i>	CLÍNICA	ENF. ou APT. <i>211</i>	LEITO <i>04</i>
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>2000: Fratura do fêmur direito do M.M.</i>	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE			
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <i>31/07/19</i> HORA: <i>04:00</i>	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
<i>NTA</i>					
<i>HOSPITALAR</i>					
					
					

MÉDICO/CRM:

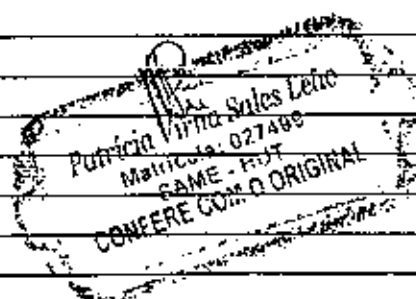
Nome: <u>Marcos Roberto da Silva</u>	IDADE: <u>81</u> ANOS	DATA: <u>1</u> / <u>1</u> / 2019
PERÍODO DE ADMISSÃO: <u>14</u> hs <u>15</u> min	TIPO DE ANESTESIA: ☒ GERAL ☐ RAQUE ☐ BLOQUEIO ☐ PERIDURAL ☐ SEDAÇÃO	
URGIA REALIZADA: <u>Mucosa</u>	CIRURGIÃO: <u></u>	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>122 / 68</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>103</u>	
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>94</u>	
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<u>1</u>	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>1</u>	
NOME / MATRÍCULA	<u>L. D. A. Z.</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 20-40% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Está 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 (NRS)			TOTAL			
ESCALA DE ANSIEDADE (VAS)			ASS.			

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 14:45h Voluntário na CPA no pós de postura de encama. Sem episódios de ansiedade geral moderada. Respirando espontaneamente. Com estado geral.
Infusão de heparina 12490 L



ORIENTAÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA <u>Aldrete 10</u>	HORÁRIO	ANESTESIOLOGISTA <u>Dr. Marcos Roberto da Silva</u>
-------------------	--------------------------------	---------	--

AMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []
TO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] JORT [] NEU [] CIR [] MÉD []



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Mirna Dantas da SilvaSexo: ♀Alergia: NegData: 09/07/19Procedimento: Do cto. N. mach.Cirurgião: _____Observações: _____

Agentes	Unid.	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Fantanil	18mg												
2 Propofol	14mg												
3 Atorvast	25mg												
4 Cefazolin	2g												
5 Diclofenaco	1mg												
6 Dipirona	2g												
7 Tergiclor	1mg												
8 Tansol	100mg												
9 Cetarona	2mg												
10 Oxidrona	4mg												
11 Atropina	1mg												
12 Neostigmina	1mg												
13 Clonitina	150mg												
Oxigênio	11min												
APN2O	11min												
Volatil	2%												

Acesso Vascular

- ☐ Periférico ASE
- Cat. Venoso nº 0
- ☐ Dificuldade acces. venoso
- Gatos cateteres
- ☐ Central _____

Via Aérea

- ☐ IUT nº 20 mandado
- ☐ Cateter nasal
- ☐ IOT nº _____
- ☐ LMA nº _____

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☒ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☒ Geral Balanceada
- ☐ Reguianestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decóbito: DDH

SPO2 (%)	Loc	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)		40	40	39	38	38	38	38	38	38	38	38	38
Aces. Venoso													
Aces. Venoso													
Diurese													
Perdas Sanguíneas													

Descrição da Anestesia: A) Xantofila e A.P.A. B) Monitorização e controle ox. e Pa-a-oxigênio. C) Pa-a-oxigênio. D) 100%.

Indução venosa rápida de V.P.P., L.P. e I.P.T. através de via aérea direta e 100% O2 mandado.

Mantém-se a 100% V.M. controlada a volume e pressão do g, An, 5cmH2O.

Até 10min. F. 120 e 130, manualmente 120, 130, 140, 150.

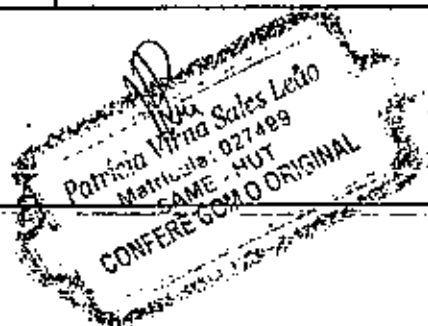
Patriela Virna Sales Leão
Matrícula: 027498
SAINT-HUI
CONFERE COM O ORIGINALAtílio F. Leite
MÉDICO
CRM-PI 6130
Anestesiologista
10-15

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Márcio Barbosa da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Fract. de maxila II + DBO D		
Operação - Tipo			
Cirurgião	Dr. Fabricio	Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Claudia	Anestesiista	Dr. Alécio
Anestesia	Gerais		
Medicamento(s)			
Data da Operação	29.07.19	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	1864		

Relatório Imediato do Patologista	1
Acidente Durante a Operação	1



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Antissepsia
2. (Antissepsia) intra e extra oral
3. Infiltração local com lidocaína 2% com vaso + tampão
4. Acesso pela laceração fronto-zigomática D e acesso intra-oral, em maxila bilateral
5. Bloqueio intermaxilar
6. Redução + fixação de parede lateral de órbita utilizando sistema 1.5 com 02 placas e 11 parafusos e maxila D 1 placa e 4 parafusos e maxila E 1 placa e 4 parafusos
7. Remoção do bloqueio intermaxilar
8. sutura + remoção do tampão orofaríngeo

Dr. Fabricio Barbosa da Silva
Buro. Maxilo-Facial
CRM 11.154



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/07/19

NOME DO PACIENTE:	Marcio Barbosa da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	317580
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Dr. Alexio	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Dr. Fabricio	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Genel	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Claudia	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 15	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 710 1715	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 810	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	09	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE Clotex	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 300	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Lapar y Video	UN	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	30			CIRCULANTE:			
PROLENE							





BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7386
CEP 64.001-310 - Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseprima.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place - Cuiabá
CEP 65.071-380 - Fone: (55 98) 3227-0540
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseprima.com.br

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital:

HUT

N.P.J.

Assinatura

cargo

Nome

Valda

Código Ropm Nº

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

04 microplacas de titânio
(inclui parafusos)

01 - orbital 1 OF.
01 - orbital 4 F.
01 - ponte 4 F.
01 - Kera 2004

Dr. Ricardo Gomes Silva
CRM - 10.000.000-0
000.000.000

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL

29/07/19

DATA DA ALTA

PACIENTE - Nome:

Nárciso Barbosa da Silva

Nº AIH:

243686

Nº do Prontuário:

517680

Data da Internação

Procedimento Médico Realizado:

0401020518

Indicador de Compatibilidade:

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome:

Dr. Fabrício

CRM Nº

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	243686

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	MARCIO BARBOSA DA SILVA	6 - Prontuário:	517580
CNS:	700203967252925	8-Nascimento:	25/08/1979
1-Mãe:	SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA	9-Sexo:	Masculino
3-Resp:	(O MESMO)	0000000000	
5-Endereço:	Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS - CEP: 64100-000	12-Fone:	86-99564-7333
6-Munic:	BARRAS	14-Fone:	
	17-Cod. IBGE: 220120	18-UF:	PI
		19-CEP:	64100-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0404020518	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA
32 - Descrição do Procedimento Especial:	
0702050482	PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)
Quant. Solicitada:	4

Fornecedor da OPM: BIOSÍNTESE

3-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:	
CARLOS EDUARDO MEINDONÇA BATISTA	CPF	
9-Data Solicitação:	40-No. Doc. Méd. Solic.:	
29/07/2019	903.382.193-15	
	41-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Revisão + PIR.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
	/ /	
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	/ /	
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

Patricia Virna Sales Leão
Matrícula: 027499
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCIO BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 517660)
Endereço: **Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS - BARRAS - PI CEP: 64100-000**
Nascimento: **25/08/1979** Idade: **39a10m29d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **732567**
Requisição: **979733** Solicitação: **23/07/2019** Solicitante: **PABLO DANTAS ALENCAR**
Controle: **1257624** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 23/07/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS E DESCRITAS:
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES;
- * ARCOS ZIGOMÁTICOS;
- * SEPTO NASAL;
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ;
- * PROCESSOS PTERIGOIDEOS;
- * CRISTA GALLI;
- * PAREDES DOS SEIOS FRONTAIS;
- * PAREDES DA ÓRBITA DIREITA;
- * ASSOALHO, PAREDES MEDIAL E LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA;
- * PAREDES DAS CÉLULAS ETMOIDIAIS BILATERAIS;
- HEMOSSINUS.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/07/2019

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

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: **MARCIO BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 517580)
Endereço: **Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS - BARRAS - PI CEP: 64100-000**
Nascimento: **25/08/1979** Idade: **39a11m5d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **243686**
Requisição: **982032** Solicitação: **29/07/2019** Solicitante: **CARLOS EDUARDO MENDONÇA BATISTA**
Controle: **1272478** Convênio: **S U S** CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 LEITO 04

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 29/07/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- EXAME REALIZADO PARA CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE OSTEOSSÍNTESE METÁLICA EM OSSOS DA FACE BILATERAL.

JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 30/07/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

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: **MARCIO BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 517680)
Endereço: Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 25/08/1979 Idade: 39a10m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 732567
Requisição: 979732 Solicitação: 23/07/2019 Solicitante: PABLO DANTAS ALENCAR
Controle: 1257523 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010076

Data Exame: 23/07/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- FRATURAS NA FACE. REALIZADO EXAME ESPECIFICO NO MESMO DIA.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/07/2019

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-81 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: <i>JOÃO CARLOS SILVA</i>		
CARTÃO DO SUS	CPF	IDENTIDADE
<i>23967252025</i>	<i>093.575.533-48</i>	<i>3.065.245</i>
DATA DO NASCIMENTO	PROFISSÃO	SEXO
<i>25-08-81</i>		
ENDEREÇO: <i>RESIDENCIAL, RUA LUIZ</i>		NÚMERO:
TELEFONE	MUNICÍPIO	ESTADO
	<i>BARRAS</i>	<i>PI</i>
BAIRRO: <i>PARQUE DA SERRA</i>		
CEP: <i>64.100-000</i>		
FILIAÇÃO		
PAI: <i>JOÃO CARLOS SILVA</i>		
MÃE: <i>SILVIA MARIA SILVA</i>		

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO	HORA:
<i>25-08-2025</i>	<i>08:35</i>

MOTIVO DO ATENDIMENTO

GL: <i>207 mg/100 ml</i>
FA: <i>320/130 mmHg</i>
TP°C:
STO2: <i>98%</i>
F.C: <i>72 bpm</i>
P:

DIAGNÓSTICO

PT VITAMINACÃO ACORDAR AUTOMATIZADO

CONTINUAÇÃO

MULTIPLES FRATURAS FASE 1

1) FRACTURA DE HUMERO

2) FRACTURA DE ULNA

3) FRACTURA DE RÔTULA

TRATAMENTO REALIZADO

3) 800 mg de analgésico

1) 08h00 min de fisioterapia

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ CONSULTA BÁSICA CURATIVO	☐ AEROSO	☐ RETIRADA DE PONTO
☐ DRENAGEM DE ACESSO	☐ PRESSÃO ARTERIAL	☐ RAIOS X
☐ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	☐ SUTURA CIRURGICA	☐ MOBILIZAÇÃO
☐ PEQUENA CIRURGIA	☐ ECG	

DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	

Carimbo e Assinatura do Médico Responsável

Carimbo e Assinatura do Paciente ou Responsável



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO



**Hospital Regional
Leônidas Melo**

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	LEITO / ENFERMARIA	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:		

[illegible]

CNPJ: 06.553.564/0002-19
Praça Monsenhor Bosen, 210 - Centro, CEP: 64100-000
Barras-PI. Fone: (86) 3242-1544
E-MAIL: hrlmleonsmelos@gmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: Márcio BRRBOM DA SILVA ENFERMARIA/LEITO: 04/02
NOME DO MÉDICO: ALLEYR M Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO ADM. MEDICAMENTOS	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
12	Paracetamol 1000mg po q8h Clonazepam 0,5mg po q8h Difenidramina 30mg po q8h Vit. K 10mg po q8h Vit. B12 1000mcg po q8h Vit. C 1000mg po q8h Vit. E 1000mg po q8h Vit. A 10000mg po q8h Vit. D 1000mg po q8h Vit. F 1000mg po q8h Vit. G 1000mg po q8h Vit. H 1000mg po q8h Vit. I 1000mg po q8h Vit. J 1000mg po q8h Vit. K 1000mg po q8h Vit. L 1000mg po q8h Vit. M 1000mg po q8h Vit. N 1000mg po q8h Vit. O 1000mg po q8h Vit. P 1000mg po q8h Vit. Q 1000mg po q8h Vit. R 1000mg po q8h Vit. S 1000mg po q8h Vit. T 1000mg po q8h Vit. U 1000mg po q8h Vit. V 1000mg po q8h Vit. W 1000mg po q8h Vit. X 1000mg po q8h Vit. Y 1000mg po q8h Vit. Z 1000mg po q8h	12:00 12:30 13:00 13:30 14:00 14:30 15:00 15:30 16:00 16:30 17:00 17:30 18:00 18:30 19:00 19:30 20:00 20:30 21:00 21:30 22:00 22:30 23:00 23:30	10:30 Paciente bem-estarado, sem sinais de desidratação, pele hidratada, mucosas úmidas, cor de pele normal, sem alterações. Sinais vitais: TA 120/80 mmHg, FC 75 bpm, FR 18 rpm, SpO2 98%. 13:56 Paciente em leito, sem sinais de desidratação, pele hidratada, mucosas úmidas, cor de pele normal, sem alterações. Sinais vitais: TA 120/80 mmHg, FC 75 bpm, FR 18 rpm, SpO2 98%.

Dr. Alcyon de Sousa
CRM: 3093

Dr. Robinson de Carvalho Miranda
CRM: 2876
CPF: 708.783.873-18



ASSEPLAN - Centro de Informações de Saúde

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO MEDICAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
OBSERVAÇÕES

FÚBRICA

ENF: 077 LENO: 077

1. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

2. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

3. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

4. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

5. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

6. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

7. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

8. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

9. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

10. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

11. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

12. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

13. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

14. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

15. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

16. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

17. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

18. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

19. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.

20. Paciente em estado de consciência alterado, com sinais vitais dentro da normalidade. Prescrição de medicação para controle de sintomas.



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

Prontuario:

517680

Internação:
243686

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA				
End. Resid.: Q E C 07 - RES. MORADA DE BARRAS				
Cidade: BARRAS - PI			CEP: 64100-000	
Sexo: Masculino	Nascimento: 25/08/1979	Idade: 39a10m29d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: MOTORISTA
Admissão: 23/07/2019	G. Instrução: Não informado	Fone: 86-99564-7333	Cartão SUS (CNS): 700203967252925	Procedência: BARRAS
Pai: LEVI BORGES BARBOSA			Mãe: SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA	
Responsável:				
End. Responsável:				
Documento:				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM VEÍCULO PESADO				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clínica:
Data: 23/07/2019	Hora: 22:28	Data: 31/07/2019	Hora: 07:00	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0404020518 - OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA				
CID 10: S027 - Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: 0 mesmo				
CID 10: 0 mesmo				
Tratamento Realizado:				
0 mesmo				
Exames Realizados:				
Tc de Crânio Tc de Face Exames Complementares				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

31/07/2019

Data

Dr. Agen Lima
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Rua Manoel Falcão
CRO-PI: 44/6

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO: O LUGAR DE DEUS MARTINS

POLEGAR DIREITO

Marcio Barbosa da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.065.045 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/08/07

NOME **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

FILIAÇÃO **SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA
LEVÍ BORGES BARBOSA**

NATURALIDADE **BARRAS-PI** DATA DE NASCIMENTO **25/08/1979**

DOC. ORDEM **CERT. NASC. 45494 L 41A E 88
EXP BARRAS-PI 14/08/07**

TERCEIRA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/05/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Numero de Inscrição **043.575.533-18**

Nome **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

Nascimento **25/08/1979**

Cartão de identificação eletrônica
Vale para apresentação junto ao documento de identidade

Processo **AB02007**

Barco do Brasil

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Marcio Barbosa da Silva
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

DATA DE NASCIMENTO **25/08/1979** Nº INSCRIÇÃO **0380 8437 1562** ZONA **008** SEÇÃO **0035**

MUNICÍPIO / UF **BARRAS/PI** DATA DE EMISSÃO **05/08/2015**

Edvaldo P. Moraes
JUIZ ELEITORAL

DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013604820986
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 01068805436 A.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME JOAO FRANCISCO VELAZO MIRANDA

CPF/CNPJ 02575574315 PLACA PIM-6118

PLACA ANT. UF CHASSI 9BD57834UGB049667

ESP/CAMINHON/AB/GAB. COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

MARCA/MODELO FIAT/STRADA WORKING CD ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2016

CAP/POT/CIL 04P/086CV/00C CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1º IPVA

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) OF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBSERVAÇÕES

A/FID. BANCO ITAUCARD S.A. CMT 002, 1º PGT 001, TRANSFERENCIA

BARRAS LOCAL DATA 04/09/2018

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

PI Nº 013604820986 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 04/09/2018

VIA 1 CFF/CNPJ 02575574315 PLACA PIM-6118

RENAVAM 01068805436 MARCA/MODELO FIAT/STRADA WORKING CD

ANO FAB. 2015 COTA ÚNICA 10 9BD57834UGB049667

PREMIO TARIFARIO

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 047,66 (R\$)

* COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 23/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.009/0001-04



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190505477**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS, 7, Q E cs 7 - Mato Cachorro - Barras - PI - CEP 64100-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3065045**

Data e local do acidente: [**22/07/2019**] **ZONA RURAL DE BARRAS/PI**

Data e local do exame: [**29/10/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO NARIZ, ARCO ZIGOMÁTICO E MAXILAR A DIREITA

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

PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM FACE, COM DOR A MOBILIZAÇÃO DE ARCO TOPOGRAFIA DO MAXILAR E MANDÍBULA; ABERTURA BUCAL DE CERCA DE 2,5-3 CM

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

[☒] Sim [☐] Não

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

PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL

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

[☒] Sim [☐] Não

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

CRÂNIO-FACIAIS

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

CRÂNIO-FACIAIS

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298240/19

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.575.533-18

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO BARBOSA DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de TML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

MARCIO BARBOSA DA SILVA : 043.575.533-18

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

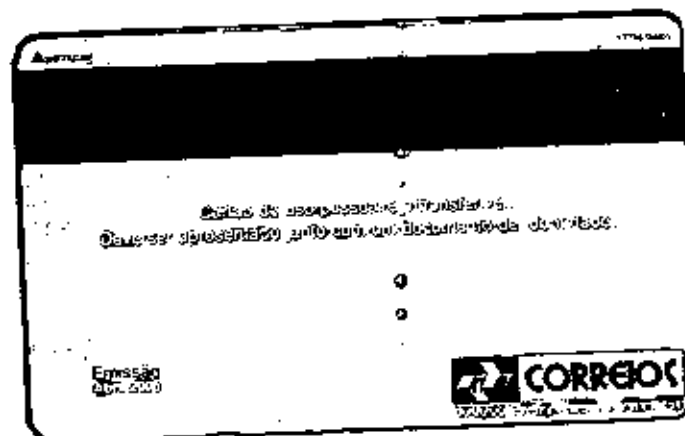
Data da entrega: 29/08/2019
Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA
CPF: 043.575.533-18

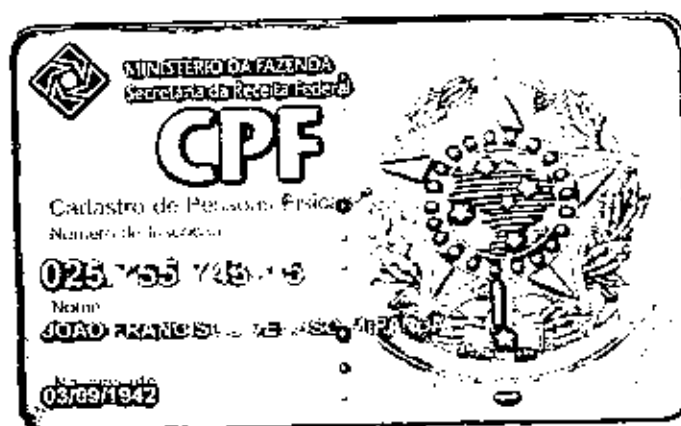
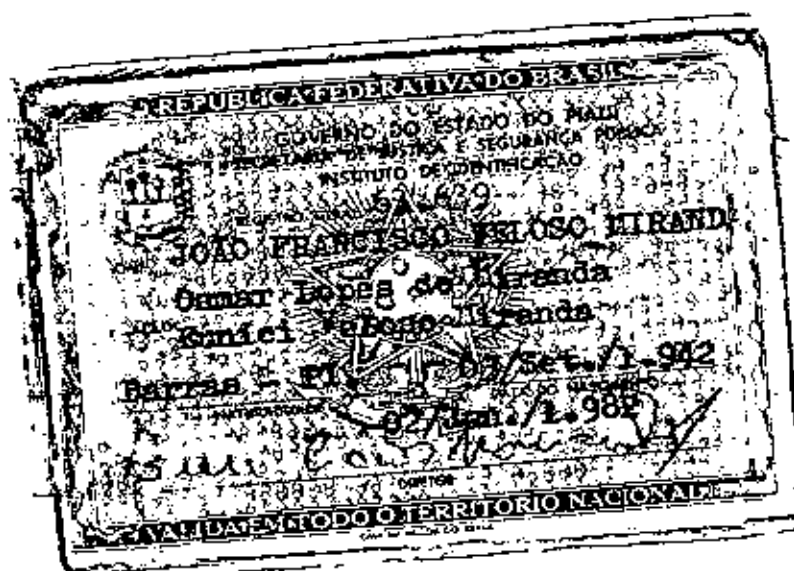
MARCIO BARBOSA DA SILVA

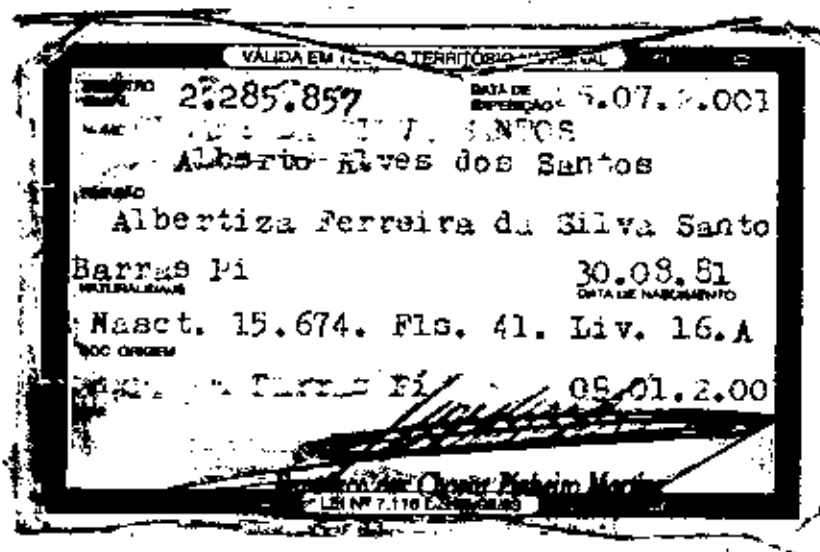
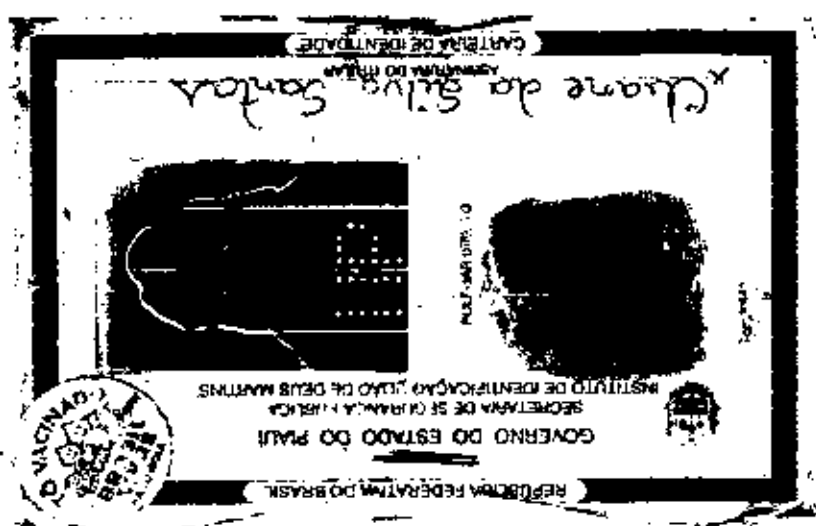
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES







COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.303-5
Nota Fiscal / Com. de Energia Elétrica - Selo 6-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ do PIAUÍ

Nº da Nota Fiscal: 25889643

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\$)
AGOSTO/2019	20/08/2019	124	84,88

CLAUDE DA SILVA SANTOS
R. MOHADA NOVA 26 Q. 6 L=26 - MATO CACHORRO
CPF: 00099480328372
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 351.313.11.76.104000

DADOS DA LEITURA	
Atual:	9615
Anterior:	9491
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo Medido:	124
Consumo Faturado:	124 FCAM*
Forma de Faturamento:	NORMAL
Código de Irregularidade:	
Anterior:	15/07/2019
Próxima Leitura:	12/09/2019
Emissão:	12/08/2019
Apresentação:	13/08/2019
Data de Contorno:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Uso	Número Medidor	Posto
RESID. BA. RENDA	MOND	A1455252	
Código Pat.	1.4.1.1		
Médis 12 meses	132		

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/mês consumo	
JUL/19 137	CONSUMO 36 A R\$ 0,249328 = 8,97
JUN/19 119	70 A R\$ 0,513130 = 35,91
MAR/19 128	24 A R\$ 0,769683 = 18,47
ABR/19 143	CORR: ILUMINAÇÃO PÚB. (CORIP)
MAR/19 128	DIFERENÇA DE TARIFA 6,82
FEV/19 125	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 42,69
JAN/19 125	BÔNUS ITATUPÁ - ART. 21, LEI N.
DEZ/18 136	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 05/19-00 1,19
NOV/18 130	MULTA POR ATRASO 05/19-00 0,92
OUT/18 134	JUROS POR ATRASO 05/19-00 1,55
	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,58
	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,27
TARIFA DE TRATAMENTO	
B A 30 - 0,219032	
11 A 100 - 0,000000	
10 A 124 - 0,682926	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO E MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 07/2019 90,64
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/08/2019, em função das contas vencidas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar a interrupção da inclusão do nome do consumidor no SPC. Informações sobre a situação das contas vencidas e a reavisação no valor de R\$ 90,64 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO
BD44.8/83.931A-078C.8A19.9FA6.6F80.4040
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPUPOSTO/REBUTOS - R\$

Distribuição	22,30	Base de Cálculo	106,04	82,71
Energia	43,06	Alíquota ICMS	22,00%	
Transmissão	7,18	Valor do ICMS		23,32
Encargos	3,56	Valor do PIS	1,40%	1,16
Impostos	20,84	Valor do COFINS	6,40%	5,36

INDICADORES DE CONFIABILIDADE			
DMC	FC	DMC	DMC
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
7,77	14,53	29,06	3,56
7,73	15,45	4,14	
0,00	0,00	0,00	
06/2019	22,75		

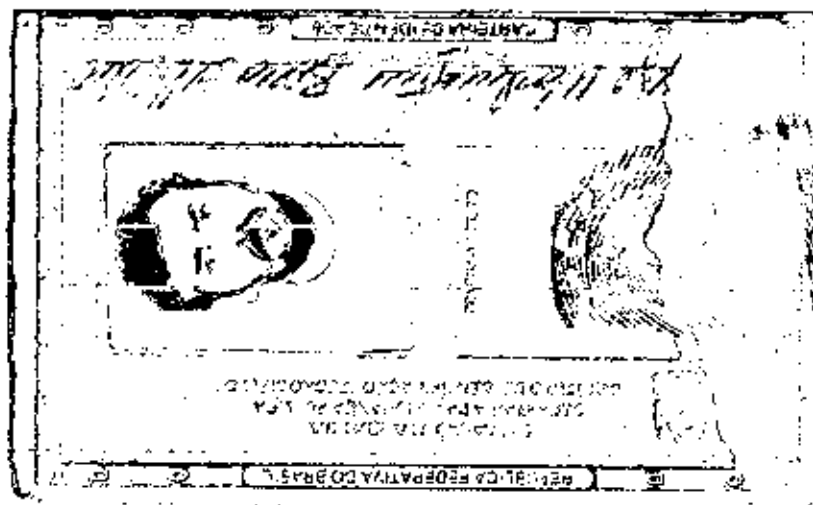
ROT: 351.313.11.76.104000
SEU CÓDIGO 1336919-0
TOTAL A PAGAR - R\$ 84,88
MÊS FATURADO 08/2019
VENCIMENTO 20/08/2019
Nº da Nota Fiscal: 25889643
FCAM*

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Ins. Estadual: 19.301.303-5

836100000000 6 84880017000 5 00000001336 7 91990819008 6



SEQ.: 00174 (A: 1336919-0) DT. LEIT.: 13/08/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 9615 NORMAL TOTAL: 84,88 CARGA: 001
DT. VENC.: 20/08/2019 TAREFA: 000 COLETOR: 2302



08331033 93 DATA 14/10/94

GEORGE WASHINGTON BONA MEDEIROS

FRANCISCO ALVES DE MEDEIROS

MARIA DE JESUS BONA MEDEIROS

CARRAS PI DATA 01/

CER-NAS CM-BARRA

DST-SEDE L-268 F-45V R-0

094856865/87

15 NOV 1994

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
GEORGE WASHINGTON BONA MEDEIROS

Nº de Inscrição **094856865-87** Data de Nascimento **01/08/55**



Agua e Esgoto do Piauí S/A Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 05 0000

Fatura Mensal

Medição 2728198-1 **Hidrometro** A111.96853 **Referência** AGO/2019

Nome/Razão Social/Endereço
GEORGE WASHINGTON BONA MEDEIROS
COM RESID MORADA DE BARRAS, QEC30
QUADRA F CASA 301 NA10 CACHORRO
BARRAS 64100000 AC= 90

Situação	Res.	Categoria de Uso	Inscrição
Ativa	1	Com.	12 1 09 0565 0392-000

Validade 01/07/2019 **Exatidão** 98/08/2019 **Consumo** 39

Atividade	Consumo	Valor	Outros
01/19	727	6	0
02/19	735	8	0
03/19	742	7	0
04/19	750	8	0
05/19	759	9	0
06/19	767	8	0
07/19	778	11	0

Forma de Pagamento
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL

Cód. Responsável 901574651 **Código da Tarifa** 01

Consumo Médio 7 **Consumo Mínimo** 0 **Consumo Máximo** 0

Consumo 11 **Consumo Autorizado** 11

Descrição da Faturação
Cód. Nome do Serviço Valor (R\$)
AQUA 37,22
MANUTENCAO HIDROMETRO 1,90

15/08/2019 39,12

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$35,10
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME PORT 304/2011

Parâmetro	Unidade	Valor	Limite	Resultado	Observações
Valor Máximo Permitido	mg/L	15	5,0	0,0	
Valor Médio	mg/L	3,81	1,11	1,11	

Observações:
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTAS
A TERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR
E LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

AGESPISA
Agua e Esgoto do Piauí S/A
Atendimento ao Consumidor 0800 05 0000

Inscrição 12 1 09 0565 0392-000 **AC= 90**

Medição 2728198-1 **Referência** AGO/2019

VENCIMENTO 15/08/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 39,12

52620000000-6 30120001822-7 72810010020-7 10000000001 7



SEGURODORA LIDER CONSÓRCIO SEGURO DPVAT
RUA: DA ASSEMBLEIA 100
22º ANDAR CENTRO
CEP: 20011-904
RIO DE JANEIRO - RJ



MÁRCIO BARBOSA DA SILVA

RG: 3.065-0245

CPF: 0243.575.533-18

END: RESIDENCIAL MORADA DE BARBAS

CIDADE: BARBAS PIAUI

CEP: 624.100-000

TEL: 995624-7333

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298240/19

Número do Sinistro: 3190505477

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.575.533-18

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO BARBOSA DA
SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Outros



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: 03/10/2019
Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA
CPF: 043.575.533-18

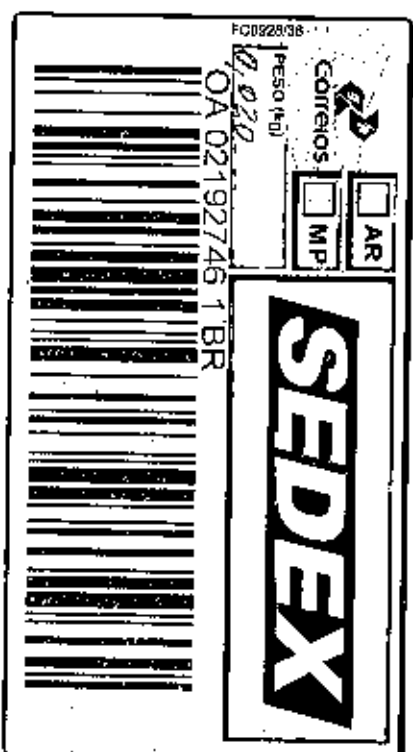
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

MARCIO BARBOSA DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira

SEGUROADORA LIDER CONSORCIO SEGURO OPVAT
RUA DA ASSEMBLEIA 100
24º ANDAR CENTRO
CEP = 20011 - 9024
RIO DE JANEIRO - RJ



NOME = MARCIO BARBOSA DA SILVA

RG = 3.065.0215

CPF = 0243.575.533 - 18

END = RESIDÊNCIA MORADA DE BARRAS, CS 07

CIDADE = BARRAS PIAUI

CEP = 624.100 - 000

186/99564.7333

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298240/19

Outros

Número do Sinistro: 3190505477



Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 22/07/2019

CPF: 043.575.533-18

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO BARBOSA DA
SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 16/10/2019
Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA
CPF: 043.575.533-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

MARCIO BARBOSA DA SILVA

Paulo Victor Soares Sant'Ana

NOME: MARCIO BARBOSA DA SILVA

RG: 3.065 045

CPF: 0243.575.533-18

END: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS Q: F Lote 07

CIDADE: BARRAS PIAUI

CEP: 624.100-000

TELEFONE: 86 / 995624.7333

PARA

SEGUROADORA LIDER CONSÓRCIO SEGURO DPVAT

RUA: DA ASSEMBLEIA 100

24: ANDAR CENTRO

CEP: 20011-902

RIO DE JANEIRO - RJ

 CORREIOS			
PESO (kg)	9,219	☒ AR	☐ MP
Receptor			
Assinatura		Documento	
OD 30160110 1 BR			
			
FC081731			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190505477

Cidade: Barras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 22/07/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO NARIZ, ARCO ZIGOMÁTICO E MAXILAR A DIREITA

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM FACE, COM DOR A MOBILIZAÇÃO DE ARCO TOPOGRAFIA DO MAXILAR E MANDÍBULA; ABERTURA BUCAL DE CERCA DE 2,5-3 CM

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL

Sequelas permanentes: Cranio-facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190505477

Cidade: Barras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 22/07/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO NARIZ, ARCO ZIGOMÁTICO E MAXILAR A DIREITA

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM FACE, COM DOR A MOBILIZAÇÃO DE ARCO TOPOGRAFIA DO MAXILAR E MANDÍBULA; ABERTURA BUCAL DE CERCA DE 2,5-3 CM

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL

Sequelas permanentes: Cranio-facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190505477 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.
TRAUMA CORTO CONTUSO NA FACE DIREITA (SUPERCÍLIO).
FRATURA COMPLEXA DO ARCO DO ZIGOMÁTICO DIREITO E ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.9.10.11.13_CIRURGIA
*-SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190505477 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.
TRAUMA CORTO CONTUSO NA FACE DIREITA (SUPERCÍLIO).
FRATURA COMPLEXA DO ARCO DO ZIGOMÁTICO DIREITO E ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.9.10.11.13_CIRURGIA
*-SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298240/19

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.575.533-18

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2019

Titular do CPF: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARCIO BARBOSA DA SILVA : 043.575.533-18

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.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/08/2019
Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA
CPF: 043.575.533-18

MARCIO BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298240/19

Número do Sinistro: 3190505477

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.575.533-18

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 16/10/2019
Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA
CPF: 043.575.533-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

MARCIO BARBOSA DA SILVA

Paulo Victor Soares Sant'Ana

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298240/19

Número do Sinistro: 3190505477

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 043.575.533-18

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 03/10/2019
Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA
CPF: 043.575.533-18

MARCIO BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190505477 Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIO BARBOSA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, original ou cópia autenticada, pois somente foi entregue o registro policial complementar.
-----------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190505477 Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIO BARBOSA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, em cópia simples, pois somente foi entregue o registro policial complementar.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505477

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIO BARBOSA 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, 24 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190505477**

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCIO BARBOSA 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, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505477

Vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIO BARBOSA 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\$ 3.375,00

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 leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **MARCIO BARBOSA DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **001**

Agência: **000002844-4**

Conta: **000010029553-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 0213.575.533-18 4 - Nome completo da vítima: MARCIO BARBOSA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2032

5 - Nome completo: MARCIO BARBOSA DA SILVA 6 - CPF: 0213.575.533-18
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS Q.E 9 - Número: 514 10 - Complemento: CASA 7
11 - Bairro: MATO CACHORRO 12 - Cidade: BARRAS PIAUI 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.100-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 186/99564-7333

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2844 24 CONTA: 2955 3 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Autorização de pagamento
AGÊNCIA:  (Informar o dígito se e

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado
35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido
36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido
37 - () Assinatura de quem assina a roga/pedido

38 - 1ª Nome: CLEANE DA SILVA SANTOS
CPF: 954.803.283-72
Cleane da Silva Santos
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: GEORGE WASHINGTON BONA MEDEIROS
CPF: 094.856.865-87
George Washington Bona Medeiros
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BARRAS PIAUI 19.08.2019

Marcio Barbosa da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/06/2019 - Autoatendimento - 16:43:23
284473878 0470

SALDO DE POUPANCA PARA SIMPLIS CONFERENCIA

AGENCIA: 2844-4
CONTA: 29553-1
CLIENTE: MARCIO BARBOSA DA SILVA

VARIACAO: 51 Poupanca

SALDO ATUAL 104,91 C

SALDO
POUPANCA 104,91 C

SALDO
POUPEX 0,00 C

SALDO TOTAL 104,91 C

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 1 16495.001301/2019-85

Complementar ao BO Nº: 106495.001286/2019-75

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 15/08/2019 - 10:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

ESTRADA VICINAL NA LOCALIDADE SANTA RITA, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/07/2019 - 10:30

RECEBIDO

22 AGO 2019

Seguradora Líder DPVAT

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 3.065.045 SSP/PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

Nome: SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA

Nome: LEVI BORGES BARBOSA

Endereço: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS, Nº

Complemento: Q-E, CASA 07

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: BARRAS

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

- Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

FIAT Strada Working

2016 PIM6118

9BD57834UGB049667

01068805436

Branca

Condutor: MARCIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 3.065.045 Órgão: SSP/PI UF: RG: PI

Endereço: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS Número: Complemento: Q-E, CASA 07

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: JOSE FRANCISCO VELOSO MIRANDA

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA QUE DIA 22/07/2019, POR VOLTA DAS 10:30 HRS, ESTAVA TRANSITANDO A TRABALHO, POIS O NOTIFICANTE É MOTORISTA PROFISSIONAL, NO VEÍCULO EM PROPRIEDADE DO NACIONAL JOÃO FRANCISCO LUSTOSA MIRANDA, ATRAVÉS DA ESTRADA DA LOCALIDADE SANTA RITA, ZONA RURAL DE BARRAS - PI, QUANDO DE REPENTE O VEÍCULO APRESENTOU PROBLEMAS NO SISTEMA DE FREIOS DE FORMA QUE O NOTIFICANTE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAPOTOU, VINDO A FICAR FORA DA PISTA; QUE COM A COLISÃO O NOTIFICANTE TEVE FERIMENTOS NO ROSTO, SENDO SOCORREU POR UM MORADOR DO LOCAL, QUE O TROUXE PARA O HOSPITAL DE BARRAS - PI, ONDE FICOU 24 HORAS INTERNADO; QUE DO LOCAL FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA ONDE PASSOU 11 DIAS INTERNADO E PASSOU POR CIRURGIAS NO ROSTO, DEVIDO A FRATURAS NOS OSSOS DO LOCAL.

Geraldo Magela Veras Neto - Mal.
AGENTE DE POL

MARCIO BARBOSA DA SILVA - Notificante
Responsável pela Informação



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

Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001301/2019-88

Complementar ao BO Nº: 106495.001285/2019-75

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 15/08/2019 - 10:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DE BARRAS

Tipo Local

A PUBLICA

Município

BARRAS

Endereço

ESTRADA VICINAL NA LOCALIDADE SANTA RITA, Nº:

Complemento

Data/Hora

22/07/2019 - 10:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCIO BARBOSA DA SILVA

RG: 3.065.045 SSP/PI

Nome: SOLANGE MARIA DIAS BARBOSA

Nome: LEVI BORGES BARBOSA

Endereço: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS, Nº

Complemento: Q-E, CASA 07

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RECEBIDO

27 SET 2019

Seguradora Líder DPVAT

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 - FIAT	Strada Working	2016	PIM6118	9BD57834UGB049667	01068805436	Branc

Condutor: MARCIO BARBOSA DA SILVA
RG: 3.065.045 Órgão: SSP/PI UF RG: PI
End: RESIDENCIAL MORADA DE BARRAS Número: Complemento: Q-E, CASA 07
Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA
Proprietário: JOSE FRANCISCO VELOSO MIRANDA
Cidade: BARRAS UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA QUE DIA 22/07/2019, POR VOLTA DAS 10:30 HRS, ESTAVA TRANSITANDO A TRABALHO, POIS O NOTICIANTE É MOTORISTA PROFISSIONAL, NO VEÍCULO EM PROPRIEDADE DO NACIONAL JOÃO FRANCISCO LUSTOSA MIRANDA, VIAVÉS DA ESTRADA DA LOCALIDADE SANTA RITA, ZONA RURAL DE BARRAS - PI, QUANDO DE REPENTE O VEÍCULO PRESENTOU PROBLEMAS NO SISTEMA DE FREIOS DE FORMA QUE O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, CAPOTOU, VINDO A FICAR FORA DA PISTA, QUE COM A COLISÃO O NOTICIANTE TEVE FERIMENTOS NO ROSTO, SENDO SOCORREU POR UM MORADOR DO LOCAL, QUE O TROUXE PARA O HOSPITAL DE BARRAS - PI, ONDE FICOU 24 HORAS INTERNADO; QUE DO LOCAL FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA ONDE PASSOU 11 DIAS INTERNADO, PASSOU POR CIRURGIAS NO ROSTO, DEVIDO A FRATURAS NOS OSSOS DO LOCAL.

Claudio Barros Montelero - Mal.
AGENTE DE POL.

MARCIO BARBOSA DA SILVA - Notificante
Responsável pela Informação

Lucy Nélito Leal Pereira
Delegada Geral de Polícia Civil

Plan. da Ocorrência emitida em: 23/09/2019 10:31 - SisBO@2019-2019 ATI