



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
REGISTRO DE OCORRÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

192

DADOS DO PACIENTE

DATA: 23/05/2019

NOME:

SEXO: ☒ MAS ☐ FEM IDADE: 35 DATA DE NASCIMENTO: 22/02/1984

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☒ Acidente de Trânsito | ☐ Envenenamento | ☐ Queimadura | ☐ Ferimento Arma Branca |
| ☒ Mal Súbito | ☐ Urgência Clínica | ☐ Choque Elétrico | ☐ Transferência |
| ☐ Agressão Física | ☐ Urgência Obstétrica | ☐ Queda | ☐ Já removido |
| ☐ Afogamento | ☐ Urgência Pediátrica | ☐ Tentativa de Suicídio | ☐ Falso Chamado |
| ☐ Picada de animais Peçonhentos | ☐ Urgência Psiquiátrica | ☐ Ferimento Arma de Fogo | ☐ Outros: _____ |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA

- ☐ Capacete ☐ Cinto ☐ Airbag
☐ Assento para criança ☐ Nenhum

MEIO DE LOCOMOÇÃO

- ☐ Moto ☐ Automóvel
☐ Bicicleta
☐ Outros: _____

VÍTIMA

- ☐ Condutor ☐ Passageiro
☐ Pedestre ☐ Ignorado

INDÍCIOS DE INGESTÃO

- DE BEBIDA ALCÓOLICA?
☐ Sim ☒ Não
☐ Ignorado

EXAME FÍSICO

GLASGOW ()

Abertura Ocular
4 - Espontânea
3 - Ao chamado

2 - À dor

1 - Não abre

Resposta Verbal

5 - Orientada
4 - Confusa
3 - Resposta inapropriada
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Sem resposta

Resposta Motora

6 - Obedece aos comandos
5 - Localiza a dor
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal

2 - Extensão anormal
1 - Sem resposta

PUPILAS

- ☐ Isocóricas
☒ Anisocóricas
☐ Midríase
☐ Miose

HEMORRAGIA

- ☐ Ausente
☒ Mínima
☐ Moderada
☐ Intensa

PULSO RADIAL

- ☐ Cheio
☒ Fino
☐ Ausente

SINAIS VITAIS

1ª Verificação

2ª Verificação

Hora

P.A.

Pulso

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

SATURAÇÃO

GLICEMIA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|--|--|
| ☐ Aspiração | ☐ Ventilação Artificial |
| ☐ Oxigênio | ☐ Monitorização |
| ☐ Hemostasia | ☐ Acesso Venoso - Solução |
| ☐ Ass. Obstétrica | |

- | |
|---|
| ☐ Imobilização de extremidades |
| ☐ Prancha longa |
| ☐ Colar Cervical |
| ☐ Outros: _____ |

MEDICAÇÃO ADMINISTRADAS:

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Melhorando | ☐ Severa Gravidade | ☐ Indeterminado |
| ☐ Piorando | ☐ Média Gravidade | ☐ Óbito antes do Socorro |
| ☐ Inalterado | ☐ Pequena Gravidade | ☐ Óbito antes do transporte |
| ☒ Coma | ☐ Ileso | ☐ Óbito no transporte |

OBSERVAÇÕES:

HOSPITAL DE DESTINO:

Profissional Receptor do Hospital
CONEM 119 5160

EQUIPE DO SAMU

SINHA = 2019 05 23-01 15 32

UNIDADE MISTA DE SAUDE DE MANOEL EMIDIO

CNPJ: 06.554.125/0002-238

AV. PRIMEIRO DE MAIO, 231-CENTRO

CEP: 64875-000- MANOEL EMIDIO-PI

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E TRANSFERENCIA

NOME:

Helio de Macedo e Silva

IDADE:

35

DATA:

23/05/19

HORA:

16:30

CASO: CLINICO ()

TRAUMA (X)

DESCRIÇÃO:

Paciente vitimado de acidente de moto -
cicleta de 60 minutos de evolução deu
entrada em novo VBS trazido pela
SAMU referendo dor e perda de função
de perna esquerda.

RX de fêmur esquerdo: Evidência
fratura distal de tíbia e fíbula

HD: Fratura distal de fíbula e tíbia
esquerda.

CONDUTA IMEDIATA:

PA = 130 x 90 mmHg

() SUTURA () IMOBILIZAÇÃO () OBSERVAÇÃO () CURATIVO

() MEDICAMENTOS

① - Diclofenaco 4mg/kg - 01
Aplicar 02 A-P (IM)
② - Tramadol 50mg - 2x por
Aplicar 01 sup (IM)

() TRANSFERÊNCIA

X Hospital regional Tiberio Nunes.

Dr. Pedro A. S. Neto

MEDICO

MÉDICO/ENFERMEIRO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
HELIO DE MACEDO E SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
193899

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
209847776490007

8 - DATA DE NASCIMENTO
22/02/1984

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

10 - NOME DA MÃE
MARIA DINA BARREIRA MACEDO E SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9946-08032

12 - ENDEREÇO
DR. TIBÉRIO NUNES, 345 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MANOEL EMÍDIO

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2205904

15 - UF
PI

16 - CEP
64875-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
T - y - E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO
L -

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
R2 / Gf

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
R2 de fu E

21 - CID PRINCIPAL
S82.3

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Osmundo

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
93755392372

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
23/05/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR
M220390901

45 - CODUMENTO
() CNS (x) CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES

2365146

4 - CNES

2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

HELIO DE MACEDO E SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

209847776490007

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/02/1984

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

193899

9 - SEXO

Masc.

X

1

Fem.

2

10 - NOME DA MÃE

MARIA DIVA BARREIRA MACEDO E SILVA

12 - ENDEREÇO

DR. TIBÉRIO NUNES, 345 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MANOEL EMÍDIO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2205904

15 - UF

PI

16 - CEP

64875-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

T - p - E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

T -

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

R2 / E - f

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

R2 de f - E

21 - CID PRINCIPAL

S8L.3

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ORTOPEDIA

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

93755392372

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/05/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

- 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

- () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

Hora: 21:27

BOLETIM DE ADMISSÃO

MARIZA

193899 - HELIO DE MACEDO E SILVA

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 22/02/1984 - 35 ANOS, 3 MESES, 1 DIA

Clinica: ORTOPEDIA

Enfermaria: 01- OBSERVAÇÃO

Leito: 0110

Convênio: SUS

Escolaridade:

CPF: 934.989.503-04

RG: 3743952

Médico: **4462 - ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES**

C/N:

SIS Prenatal:

Endereço: DR. TIBERIO NUNES, N° 345 - CEP: 64875-000

Bairro: CENTRO

Cidade: 2205904- MANOEL EMIDIO/PI

Profissão: ARMADOR

Telefone: () -

Pai: PEDRO BARBOSA DA SILVA

Mãe: MARIA DIVA BARREIRA MACEDO E SILVA

Responsável: HELIO DE MACEDO E SILVA - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Diaria de Acompanhante:



Sim



Não

Manoel Manuelle
Manoel Manuelle
Ribeiro da Silveira
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS - 0037-SEC
22ª Região / PI

Resultado

Adm.: _/_/_

Alta: _/_/_

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

Fx 2ª Fun E

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 10/06/2017
ASSIN: *[Signature]*

[Signature]
ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora

Part 5/ conferiam

Dr. Alexandre Magno
CRM-MA-3820 / CRM-PE-4482
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 10/06/2014
ASSIN

Resumo de Alta / Transferência**1074627 - HELIO DE MACEDO E SILVA**

Data: 23/05/2019 Leito: 0110

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicamentos relevantes: _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Procedimentos Cirúrgicos

1- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____/____/____

Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos / Exames Invasivos

1- _____ Data: ____/____/____

2- _____ Data: ____/____/____

3- _____ Data: ____/____/____

Condições de Alta / Transferência☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ ÓbitoDestino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para: _____

Observação: _____

Data: ____/____/____

Médico

CRM/Carimbo



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO-OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Helio de Macedo e Silva Reg. Same: _____
Cirurgia: Fixação externa de prot. de tibia Sala: 03
Cirurgião: Dr. Alexandre Auxiliar: Dr. João Soares
Instrumentador: Leandro Circulante: Rayla / Mariana
Data: 31 / 05 / 19 Início: 16h Término: _____ Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	PUNTO	SUB. TOTAL
01	ADRENALINA	Bupivacaína	01 amp		
	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
	ÁGUA DESTILADA		03 amp		
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g		02 amp		
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOGORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLOGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		04 frascos		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				

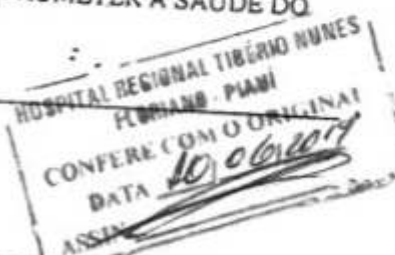
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FARMÁCIA - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 20/06/2019
ASSIN: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES/ FLORIANO-PI
RUA GABRIEL FERREIRA S/N- BAIRRO MANGUINHA FLORIANO - PI

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU Thayne de Macedo e Silva
RESIDENTE _____ E _____ DOMICILIADO _____ À _____
RUA _____ N° _____ RESPONSÁVEL _____ PELO _____ IDENTIDADE
_____ ABAIXO ASSINADO DECLARO: _____ PACIENTE

- () AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA, APÓS SER INFORMADO SOBRE A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO, BENEFÍCIOS E POSSÍVEIS RISCOS.
- () AUTORIZO EM CASO DE INDICAÇÃO MÉDICA, A AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S) DO PACIENTE, ASSIM COMO A DESTINAÇÃO FINAL DO MEMBRO AMPUTADO SOB A RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL. MEMBRO _____
- () NÃO ACEITO A REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO. ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO MEU ATO E ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.
- () NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, MESMO ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO.
- () NÃO AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR MESMO COM DETERMINAÇÃO/ ENCAMINHAMENTO MÉDICO E CIENTE DOS RISCOS QUE PODEM COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE COM ESTE ATO.
- () ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE, PARA RETIRAR O PACIENTE ANTES DA ALTA HOSPITALAR, MESMO SABENDO QUE O MEU ATO PODE COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE.
- ☒ AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA _____ ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.



PACIENTE: _____
RESPONSÁVEL: Thayne de Macedo e Silva
TESTEMUNHA: _____

FLORIANO, 31 DE Maio DE 20 19



SAÚDE
Secretaria do Estado
da Saúde / SESAP

Piauí
GOVERNO DO ESTADO



**Hospital Regional
Tiberio Nunes**

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA -
CHECK LIST PRÉ- OPERATORIO**

Nome do Cliente: Helio de jorado e Silva Data de nascimento: 22/02/84

Prontuário: 93899 Enf/Leito: Repasso nas elio Data do Procedimento: 31/05/19

Procedimento Cirúrgico: Prostomia

Pulseira de Identificação: ☒ Sim () Não Horário SSVV: 14:30 T: 36.0 FC: 106 bpm FR: 18 jrpm PA: 120x100 mmHg

Glicemia Capilar: 81 mg/dl Acesso Venoso: ☒ Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) 20

SNG () SNE () Drenos (especificar): Jejum ☒ Sim () Não A partir das:

Avaliação Pré-Anestésica: () Sim ☒ Não Avaliação Cardiológica: () Sim ☒ Não Utiliza Anticoagulante: () Sim ☒ Não Último horário:

Sítio Cirúrgico Demarcado: () Sim () Não Adornos Retirados: () Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: () Sim - Retirada () Não

Higienizado: ☒ Sim () Não Tricotomia: () Sim ☒ Não Camisola, gorro e pró-pés: ☒ Sim () Não

Alergias: () Sim Qual: () Não Exames essenciais disponíveis: ☒ Sim () Não

Antimicrobiano Profilático: () Sim () Horário: Hora do Encaminhamento ao CC:

Prontuário completo com ficha de internação ☒ Sim () Não

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e carimbo:

Alfonso de Souza
Téc. de Enfermagem

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DATA: 10.06.2019

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Helio de Macedo e Silva</u>						Registro: _____					
Enf.: _____		Leito: _____		Apto.: _____							
Data <u>31-05-19</u>	P. Arterial <u>107/80</u>	Pulso <u>80</u>	Respiração	Temperatura	Peso	Altura					
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréia					
Exame de Urina											
Função Respiratória											
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma							
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite					
Sistema Digestivo				Sistema Urinário							
Estado Mental				Corticóides		Atarácicos					
Diagnóstico Pré-Operatório				Risco							
Pré-Medicação (Agentes e Doses)				Aplicado As:		Efeitos:					
Agentes Anestésicos	Oxigênio						TOTAL DE DOSES				
LIQUIDO	Soluto 500 Sangue 300 Outros 100										
Temperatura T°	C								260		
P. Arterial	38								240		
V	36								220		
Λ	34								180		
Pulso	32								160		
Início e Fim Anestesia	30								150		
X	28								140		
Início e Fim Operação	26								120		
○	24								100		
Respiração	22								80		
	20								60		
	18								40		
	16								20		
	14	10									
SÍMBOLO							SEQUÊNCIA				
Técnica:											
Operação:											
Cirurgiões:											
Anestesiistas:											
DURAÇÃO							Incidentes - Acidentes				
Corticóides pós-oper. Imediata											

~~X~~ **Ibérico Nunes**

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente: Helio da Mota e Silva D.N. 22/02/1984
Data: 31/05/19 Admissão às 16:40 Prontuário 193899
Alergia: Nega Procedimento realizado: Fixação interna de fratura de tibia
DOS REFERENTES À ANESTESIA

ANESTESIA: () Geral; () Raquí; (X) Peridural; () Sedação; () Local; () Bloqueio- Tipo:

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Vitor CIRURGIÃO: Dr. Alexandre
TEMPO (HORÁRIO DE INÍCIO:)

	15'	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
	140x64	143x77	145x77	148x85				
	62bpm	59bpm	65bpm	58bpm				
	99%	99%	99%	99%				
0-10)								
Func.	<u>Art. Brn</u>	<u>Art. Brn</u>	<u>Art. Brn</u>	<u>Art. Brn</u>				

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
a sob o do	Capaz de mover os 4 membros	2					
	Capaz de mover 2 membros	1	1	1	1		
	Incapaz de mover os membros	0					
B	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2	2		
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
o	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2		
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do. nível pré-anestésico	0					
ncia	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	2	2	2		
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
o de	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2		
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
TOTAL			09	00	00		

ALTA às _____:

Ass. Médico: Un

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI**

OME	ALFA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
Nome: <u>Helio de Macedo</u>				
Prescrição Médica: <u>Diagnóstico</u>				
Dieta Livre				
Jelco Hidrolisado				
Ranitidina 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
Gefalotina 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
Dipirona 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
Filatil 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
Tramal 100MG + 100ML SF 0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
Clexane 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
Plasil - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
Captopril 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
Curativo				
SSW + CCGG				
Dr. João Soares Junior				
Otorrinolaringologista				
CRM - 2198				

Dr. Bergiel
ORTOFEDIN E TRIMATOLOGIA
CRANI-PN 3069

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA 28/5/18 PRESCRIÇÃO MÉDICA				
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. DEFALOTINA 10-01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME <u>Helio de Jesus</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI/
DATA <u>22/05/18</u>	- PRESCRIÇÃO MÉDICA			
01. DIETA LIVRE	HORÁRIO MEDICAÇÃO		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
02. JELCO HIDROLISADO	OBSERVAÇÕES			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. IBUPROFENO 200MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
NOME <u>Melcio de Moura e Silva</u>				
DATA <u>20/05/19</u>				
- PRESCRIÇÃO MÉDICA				
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CHELACETINATO 01 AMP IV DE 12 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (S/N)				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (S/N)				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
 Dr. Francisco Tibério Nunes Ortopedista Traumatologista CRM-PI 45547-7/14-19				
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIO MEDICAÇÃO OBSERVAÇÕES At 20:45h verificando pt 120x80 mmHg pct segue orientado, calmo, higiene observando de cirurgia ortopedica. Per. Ana Cleide				

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO-PI

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI
Helio de <u>Henrique</u>		15	20	
DATA <u>01/06/18</u>	PRESCRIÇÃO MÉDICA			
01. DIETA LIVRE	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
02. JELCO HIDROLISADO	HORÁRIO MEDICAÇÃO			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18	06		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS - <u>Intermit</u>	12	18 24 06		
05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS - <u>Intermit</u>				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N) //	14			
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg //				
11. CURATIVO				
12. SSW + CCGG				
<u>13 - Cefazolin 1g IV 8/8</u> <u>14 22 06</u> <u>Intermit</u> 				

Atendimento: E0175872



INTERNADO

Coletado:

Data: 24/05/2019

Paciente: **HELIO DE MACEDO E SILVA**
Médico(a): **ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES**
Convênio: **SUS**

Leito: 0110 Enfermaria: 01

Sexo: **MASCULINO**
Idade: **35 ANOS, 3 MESES, 1 DIA**
Impresso: **24/05/2019**

HEMOGRAMA

Material:
Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,46 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	13,9 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	41,6 %	40 a 52 %
VCM	93,27 u ³	80 a 100 u ³
HCM	31,17 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,41 %	31 a 36 %
SERVAÇÕES		

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	16.500 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	0 %	0
EASTONETES	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
SEGMENTADOS	86 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
BASÓFILOS	0 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
EOSINÓFILOS	1 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
LINFÓCITOS	11 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
MONÓCITOS	2 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
LAQUETAS	244.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE.

CRBM:6365-RAFAEL DOUGLAS LIMA DE CARVALHO

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: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELIO DE MACEDO E SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03563

CONTA: 000000012535-2

Nr. da Autenticação 76CA58F4B8E3D39F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639123

Cidade: Manoel Emídio

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data do acidente: 23/05/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária da tíbia e fíbula à esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação leve dos movimentos da flexão dorsal do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com fixador externo por seis meses. Evoluiu sem intercorrências, alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental realizada em 19/11/2019. A indenização paga foi referente a uma limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve. Conduta mantida.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639123 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA **Data do acidente:** 23/05/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1. 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400673/19

Número do Sinistro: 3190639123

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

CPF: 934.989.503-04

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 23/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HELIO DE MACEDO E SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 15/01/2020
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639123 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA **Data do acidente:** 23/05/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA. P2.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. P2,8,11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639123 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA **Data do acidente:** 23/05/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA. P2.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. P2,8,11.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639123

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data do Acidente: 23/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HELIO DE MACEDO E 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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639123

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data do Acidente: 23/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELIO DE MACEDO E 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **HELIO DE MACEDO E SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003563**

Conta: **0000012535-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639123

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data do Acidente: 23/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), HELIO DE MACEDO E 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, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639123

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data do Acidente: 23/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HELIO DE MACEDO E SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Líder 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE EXTRATO

25/06/2019
CONVENIO
OPERADOR

15.37 16
000015326
00001532

AGENCIA: 3563 - URUCUI
CONTA: 013 00012535-2
HELIO DE MACEDO E SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR 04/05

DATA	VALOR
05/06	

MOVIMENTACAO	VALOR
--------------	-------

DIA	NR DOC HISTORICO
-----	------------------

SALDO ANTERIOR

Maio

23	230824 DP DIN LOT
23	230907 COMPRA ELO
23	231117 COMPRA ELO
23	231200 COMPRA ELO
23	231508 COMPRA ELO
27	271700 DP DIN LOT
28	281102 COMPRA ELO
31	300912 COMPRA ELO
31	311027 SAQUE LOT
31	302346 COMPRA ELO
31	311035 COMPRA ELO

Junho

03	020911 COMPRA ELO
03	020938 COMPRA ELO
03	020944 COMPRA ELO
03	020954 COMPRA ELO
03	031511 SQ CX AQUI
05	051722 DP DIN LOT
11	000000 REM BASICA
18	000000 REM BASICA
18	000000 CRED JUROS
19	190934 SQ CX AQUI
23	000000 REM BASICA
23	000000 CRED JUROS
24	242112 COMPRA ELO
25/06	251142 COMPRA ELO

RESUMO

SALDO DISPONIVEL
SALDO BLOQUEADO
SALDO TOTAL
SALDO DISPONIVEL C/LIMITE

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala 0800 726 2492

Ouvidoria 0800 725 7474

caixa.gov.br



ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR

ORGANIZAÇÃO POLICIAL MILITAR
2ª CIA 199-BTL

DOS ENVOLVIDOS

OCORRÊNCIA Nº
070 2019

DADOS GERAIS DO ENVOLVIDO

PARTICIPAÇÃO GERAL	☒ COMUNICANTE	☐ OFENDIDO	☐ A APURAR	ACIDENTE DE TRÂNSITO	☒ CONDUTOR/MOTORISTA	☐ PASSAGEIRO
	☐ AUTOR DO FATO	☐ TESTEMUNHA	☐ PEDESTRE		☐ VITIMA	
NOME <u>HELIO DE MACEDO E SILVA</u>						
NOME DA MÃE <u>MARIA DINA BARREIRA MACEDO E SILVA</u>				NOME DO PAI <u>PEDRO BARBOSA DA SILVA</u>		
DATA DE NASCIMENTO <u>22/02/1984</u>		SEXO ☒ M ☐ F	NACIONALIDADE <u>BRASILEIRO</u>	NATURAL DE <u>BERTOLÍNIA</u>		
PROFISSÃO <u>ARMADOR DE FERRO</u>				LOCAL DE TRABALHO		
ESTADO CIVIL	☒ SOLTEIRO	☐ CASADO	☐ UNIÃO ESTÁVEL	☐ VIÚVO	SS9975	
	☐ DIVORCIADO	☐ SEPARADO	☐ DESQUITADO	☐ NÃO INFORMADO		
GRAU DE INSTRUÇÃO	☐ NÃO ALFABETIZADO	☐ SEMI ALFABETIZADO	☒ FUNDAMENTAL	☐ MÉDIO	SITUAÇÃO ☒ COMPLETO ☐ INCOMPLETO ☐ CURSANDO	
	☐ SUPERIOR	☐ PÓS-GRADUADO	☐ NÃO INFORMADO			
ALCUNHA			NOME FALSO			
RENDIMENTO MENSAL						
☒ SEM RENDA ☐ 1 S.M. OU MENOS ☐ 2 A 5 S.M. ☐ 6 A 10 S.M. ☐ 11 A 15 S.M. ☐ MAIS DE 15 S.M. ☐ NÃO INFORMOU						
CPF - NÚMERO <u>934.989.503-04</u>		RG - NÚMERO <u>3.843-952</u>		DATA EMISSÃO <u>30/02/12</u>	ÓRGÃO EMISSOR <u>SSP</u>	UF <u>PI</u>
CNH - NÚMERO REGISTRO		DATA DE VALIDADE		UF/PAÍS DE EXPEDIÇÃO		☐ NÃO HABILITADO
ENDEREÇO RESIDENCIAL - CEP		CAIXA POSTAL	TIPO DE LOGRADOURO	LOGRADOURO		
<u>295</u>			<u>RUA</u>	<u>DR. TIBÉRIO NUNES</u>		
NÚMERO		COMPLEMENTO	BAIRRO	MUNICÍPIO		
<u>295</u>			<u>CENTRO</u>	<u>MANOEL EMÍLIO</u>		
ESTADO <u>PIAUÍ</u>		PAÍS <u>BRASIL</u>		REFERÊNCIA		
TIPO DE TELEFONE <u>CELULAR</u>		DDD	NÚMERO	RAMAL	EMAIL	
<u>99469</u>			<u>7149</u>			
ENDEREÇO COMERCIAL - CEP		CAIXA POSTAL	TIPO DE LOGRADOURO	LOGRADOURO		
NÚMERO		COMPLEMENTO	BAIRRO	MUNICÍPIO		
ESTADO		PAÍS		REFERÊNCIA		
TIPO DE TELEFONE		DDD	NÚMERO	RAMAL	EMAIL	
CONDIÇÕES FÍSICAS						
☐ SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ ☐ SOB EFEITO DE DROGA ILÍCITA ☐ PROBLEMA CLÍNICO ☐ PORTADOR DE DEFICIÊNCIA ☐ PARTURIENTE						
☐ SEM LESÕES ☐ LESÕES LEVES ☒ LESÕES GRAVES OU GRAVÍSSIMAS ☐ ÓBITO						
BENS QUE PORTAVA CONSIGO (vestuário, objetos, dinheiro, etc.)						

DADOS GERAIS DO VEÍCULO (preencher se houver relação com a ocorrência)

VEÍCULO	☒ V-1	☐ V-2	☐ V-3	☐ V-4	☐ V-5	☐ V-__
PLACA <u>OED-6704</u>	RENAVAN ou CHASSI <u>485097591</u>		ESPÉCIE/TIPO <u>MOTOCICLO</u>	MARCA/MODELO <u>HONDA/XRE 300</u>		
	COR PREDOMINANTE <u>VERMELHA</u>		ANO FABRIC. <u>2011</u>	Nº DPVAT <u>032302080375</u>	CATEGORIA	
NOME SEGURADORA			APÓLICE Nº			
MUNICÍPIO VEÍCULO/UF			PAÍS		MOTIVO VIAGEM	
PROPRIETÁRIO	PROPRIETÁRIO <u>ROBERVAL DOS SANTOS BRITO</u>			CPF/CNPJ <u>031.650.053-46</u>		
	ENDEREÇO			BAIRRO		
MUNICÍPIO/UF	CEP		TELEFONE		NACIONAL	
OUTROS	USO DO CINTO/CAPACETE? ☒ SIM ☐ NÃO ☐ IGNORADO		Nº DE OCUPANTES			
	CONDUZIDO PARA					
NOME ESTABELECIMENTO		TRANSPORTE				

PROVIDÊNCIAS (procedimentos realizados: condutor / veículo)			
EXAME ALCÓOLICO?	☐ SIM ☐ NÃO	MEDICÃO	Nº TÍQUETE ETILÔMETRO/AUTO DE CONSTATAÇÃO
ENCAMINHADO DP?	☐ SIM ☐ NÃO	CONDUTOR AUTUADO?	☐ SIM ☐ NÃO
RECOLHIDA CNH/DP?	☐ SIM ☐ NÃO	RECOLHIDO CLA?	☐ SIM ☐ NÃO Nº AIT
GUINCHAMENTO?	☐ SIM ☐ NÃO	Nº AUTO RETIRADA	GUINCHADO POR: ☐ SEGURADORA ☐ OPM ☐ OUTRO
NOME EMPRESA GUINCHO		MOTORISTA	

CARGA (preencher no caso da apreensão)			
TIPO DE CARGA	Nº DA NOTA FISCAL	EMPRESA	☐ SEM CARGA
PESO (kg)	DANOS ☐ PARCIAL ☐ TOTAL	NATUREZA DA CARGA ☐ PROD. PER. ☐ PERECÍVEL ☐ INDIVISÍVEL ☐ OUTRA	
Nº DA ONU	POSSUI TACÓGRAFO? ☐ SIM ☐ NÃO		

RELATO INDIVIDUAL

LOCAL	DATA/HORA	☐ TESTEMUNHA COMPROMISSADA
<i>Miguel Carício</i>	<i>14/06/2014, 15:30h</i>	
<i>→ sofri um acidente de trânsito quando conduzia minha motocicleta XRE 300 cor vermelha placa. OED 6704 quando ia fazer uma curva virada à esquerda e sofri uma produção na perna esquerda</i>		

USO DE ALGEMA

Este envolvido foi algemado?	☐ SIM ☐ NÃO	JUSTIFICATIVA
		☐ Resistência ☐ Perigo à integridade física própria ou alheia ☐ Fundado receio de fuga

MANIFESTAÇÃO DO OFENDIDO

☐ Declaro o meu interesse em não exercer, neste momento, o direito de representação ou queixa contra o autor do fato, estando ciente, para os fins previstos nos arts. 103 e 38, do Código Penal e Código de Processo Penal, respectivamente, que devo exercer o direito de representação ou de queixa, no prazo de 06 (seis) meses, a contar desta data, sendo certo que meu silêncio, acarretará a extinção de punibilidade, na forma do art. 107, inc. IV, do Código Penal.

ASSINATURA DO ENVOLVIDO:

Helio de macedo e silva

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Eu, _____, Função _____
em _____/_____/_____, no(a) _____ recebi:
☐ A pessoa acima qualificada, nas condições físicas e portando os objetos descritos nos campos de qualificação ☐ As coisas apreendidas, registradas no campo "apreensões" deste Boletim de Ocorrência e associada a este envolvido.

ASSINATURA



ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR

BOLETIM DE Ocorrência

ORGANIZAÇÃO POLICIAL MILITAR

2ª CIA / 19ª BTL

Ocorrência Nº

070-2019

☐ COMUNICAÇÃO DE Ocorrência POLICIAL

☐ PRISÃO/APREENSÃO

☐ TERMO CIRCUNSTANCIADO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO

☐ BOA

☐ OUTROS

ESPECIFICAÇÃO

FATO

COMUNICAÇÃO

ATENDIMENTO

FECHAMENTO

DATA/HORA

23/05/2019 15:00h

19/06/2019 11:30h

19/06/2019 11:30h

19/06/2019 11:30h

19/06/2019 11:50h

19/06/2019 11:50h

19/06/2019 11:50h

1 - FATO

DESCRIÇÃO	ENVOLVIDO(S)
ACIDENTE DE TRANSITO	21
DESCRIÇÃO	ENVOLVIDO(S)
DESCRIÇÃO	ENVOLVIDO(S)

2 - LOCAL

LOGRADOURO	NºKm	BAIRRO
Av. 3º DE MAIO		CENTRO
MUNICÍPIO	CEP	PONTO DE REFERÊNCIA (COORDENADAS GEOGRÁFICAS)
MARACÁ	64875-000	PRACA PATRIE

3 - AMBIENTE - ESTABELECIMENTO

☐ INTERIOR DO AMBIENTE	☒ VIA PÚBLICA
1 ATIVIDADE FINANCEIRA ☐ AGÊNCIA BANCÁRIA ☐ CAIXA ELETRÔNICO ☐ POSTO DE ATENDIMENTO ☐ CASA DE CÂMBIO ☐ TRANSPORTE DE VALOR ☐ CASA LOTÉICA 2 ENSINO ☐ FEDERAL ☐ ESTADUAL ☐ MUNICIPAL ☐ PARTICULAR 3 SAÚDE ☐ CLÍNICA ☐ CONSULTÓRIO ☐ FARMÁCIA ☐ HOSPITAL ☐ POSTO DE SAÚDE ☐ OUTROS 4 POSTO DE COMBUSTÍVEL ☐ POSTO COM LOJA DE CONVENIÊNCIA ☐ POSTO SEM LOJA DE CONVENIÊNCIA 5 ASSOCIAÇÃO ☐ CLUBE DESPORTIVO ☐ CLUBE SOCIAL ☐ CONSELHOS ☐ DE BAIRRO ☐ FILANTRÓPICA ☐ POLÍTICA ☐ SINDICATO ☐ COOPERATIVA ☐ RELIGIOSA (IGREJA/TEMPLO) ☐ OUTROS 6 TRANSPORTE ☐ AEROPORTO ☐ PORTO ☐ TERMINAL URBANO ☐ TERMINAL RODOVÁRIO ☐ TERMINAL FERROVIÁRIO ☐ DE CARGA ☐ PONTO DE ÔNIBUS ☐ PONTO DE TÁXI ☐ ÔNIBUS ☐ TÁXI ☐ MARÍTIMO/FLUVIAL ☐ OUTROS 7 VEÍCULO ☒ EM TRÂNSITO ☐ ESTACIONAMENTO PAGO ☐ ESTACIONAMENTO OUTROS ☐ RESIDÊNCIA 8 RESIDÊNCIA ☐ CASA ☐ CONDOMÍNIO DE RESIDÊNCIAS ☐ MORADOR PRESENTE ☐ ABANDONADA ☐ SEM MORADOR ☐ APARTAMENTO ☐ CONDOMÍNIO DE APARTAMENTOS ☐ MORADOR AUSENTE ☐ EM CONSTRUÇÃO 9 MERCADO ☐ MERCEARIA ☐ SUPERMERCADO ☐ FEIRA ☐ AMBULANTE ☐ ATACADO ☐ PANIFICADORA 10 ALIMENTAÇÃO DIVERSÃO ☐ BAR ☐ BOLICHE ☐ CASA SHOW ☐ CIRCO ☐ DANCETERIA ☐ LANCHONETE ☐ PARQUE DIVERSÃO ☐ RESTAURANTE ☐ SORVETERIA ☐ TEATRO ☐ LAN HOUSE ☐ CINEMA ☐ PRAÇA DESPORTIVA ☐ CENTRO DE EVENTOS ☐ OUTROS 11 COMÉRCIO ☐ ARMAS MUNIÇÃO ☐ AUTOPEÇAS ☐ BANCA REVISTA ☐ BEBIDAS ☐ CALÇADOS ☐ ELETROELETRÔNICOS ☐ INFORMÁTICA ☐ JOIAS/RELÓGIOS ☐ MAT. CONSTRUÇÃO ☐ ESPORTIVO ☐ PAPELARIA ☐ VEÍCULOS ☐ VESTUÁRIO ☐ VÍDEO LOCADORA ☐ MÓVEIS ☐ DISTRIBUIDOR DE GÁS ☐ SHOPPING CENTER ☐ OUTROS 12 INDÚSTRIA ☐ ALIMENTÍCIA ☐ CERÂMICA ☐ MADEIREIRA ☐ METALURGIA ☐ SIDERÚRGICA ☐ MOVELEIRA ☐ PAPELCELULOSE ☐ PETROQUÍMICA/QUÍMICA ☐ AGRINDÚSTRIA ☐ TÊXTIL ☐ OUTROS 13 HOSPEDAGEM ☐ HOTEL ☐ MOTEL ☐ PENSÃO ☐ Pousada ☐ ALBERGUE ☐ CAMPING 14 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ☐ ESCRITÓRIO ☐ ESTACIONAMENTO ☐ CONsertos/REPAROS ☐ TRANSPORTADORA ☐ VIGILÂNCIA/IMPESA ☐ CONSTRUTORA ☐ AGÊNCIA DOS CORREIOS ☐ OUTROS 15 ÓRGÃO PÚBLICO ☐ INTERNACIONAL ☐ FEDERAL ☐ ESTADUAL ☐ MUNICIPAL 16 OUTROS AMBIENTES ☐ PRAÇA/PARQUE ☐ TERRENO BALDIO ☐ ÁREA DE MATA ☐ PRAIA ☐ LAGOA ☐ OUTROS HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO ☐ DIURNO ☐ NOTURNO ☐ DIURNO/NOTURNO ☐ 24 HORAS EVENTOS ☐ COMPETIÇÃO DESPORTIVA ☐ COMPETIÇÃO MOTORIZADA ☐ BENEFICENTE ☐ COMÍCIO ☐ EXPOSIÇÃO FEIRA ☐ FUTEBOL ☐ FESTA ☐ GREVE ☐ INVASÃO ☐ LEILÃO ☐ PASSEATA/MANIFESTAÇÃO ☐ RELIGIOSO ☐ RODEIO ☐ SHOW CIRCULAÇÃO DE VEÍCULOS ☐ POUCO ☒ NORMAL ☐ INTENSO CIRCULAÇÃO DE PESSOAS ☐ POUCA ☒ NORMAL ☐ INTENSA ILUMINAÇÃO ARTIFICIAL ☐ NÃO ☐ SIM-POUCA VISIBILIDADE ☐ SIM-BOA VISIBILIDADE DESORDEM ☐ PICHACÃO ☐ LIXO NAS RUAS ☐ TERRENOS BALDIOS ☐ MÁ CONSERVAÇÃO VIAS ☐ MÁ CONSERVAÇÃO RESIDÊNCIAS ☐ CONSTRUÇÕES ILEGAIS ☐ AMBULANTES ILEGAIS ☐ UTILIZAÇÃO IRREGULAR DE ESPAÇO PÚBLICO ☐ CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	

4 - MEIOS EMPREGADOS PARA A EXECUÇÃO DO ILÍCITO

☐ ARMA DE FOGO	☐ ARMA BRANCA	☐ ARMA SIMULACRO	☐ ALAVANCA DE MADEIRA	☐ ALAVANCA DE METAL	☐ ALICATE
☐ AUTOMÓVEL	☐ CHAVE FALSA (micha)	☐ CHAVE DE FENDA	☐ EXPLOSIVO	☐ FACÃO	☐ FORÇA FÍSICA
☐ FOICE	☐ FURADEIRA	☐ MAÇARICO	☐ MACHADO	☐ MARRETA/MARTELO	☐ MOTOCICLETA
☐ MOTOSERRA	☐ PICARETA	☐ SERRA	☐ TACO MADEIRA	☐ OUTROS	

5 - RELATO POLICIAL DO OCORRIDO (Descrição e conclusão com base nas provas colhidas e nas oitivas realizadas - o que, quando, onde, quem, como e por que)

O Sr. Helio de Mendo e Silva veio até este OPM de Manuel Emidio, comunicar que no dia (23/05/2019) por volta das 15:00h sofreu um acidente de trânsito quando trafegava em seu veículo MOTOCICLETA HONDA XRE 300, cor VERMELHA DE PLACA OED-6704-MANUEL EMIDIO PI, o informante afirma que perdeu o controle do veículo ao fazer uma conversão à esquerda, vindo a cair da MOTOCICLETA ocasionando uma fratura exposta da perna esquerda em seguida foi socorrido pelo SAMU.

6 - DADOS DOS OBJETOS (Número da participação - descrição - quantidade - vínculo com o envolvido)

PARTICIPAÇÃO DO OBJETO					
1 - APREENDIDO	2 - FURTADO	3 - ROUBADO	4 - PERDIDO	5 - ENCONTRADO	6 - RECUPERADO
}					
DESTINO DO(S) OBJETO(S)					

7 - PROVIDÊNCIAS ADOTADAS (Condução a Hospital, Solicitação de Exames Periciais, Juntada de Documentos, etc.)

DOCUMENTOS		☐ TERMO DE MANIFESTAÇÃO DO OFENDIDO	☐ TERMO DE COMPROMISSO DE COMPARECIMENTO
		☐ TERMO DE APREENSÃO/DEPÓSITO	☐ REQUISIÇÃO PARA EXAME DE CORPO DE DELITO DIRETO
FOTOGRAFADO?	☐ SIM ☒ NÃO	INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA/ IML ESTEVE NO LOCAL? ☐ SIM ☒ NÃO	
A POLÍCIA CIVIL FOI ACIONADA?	☐ SIM ☒ NÃO	Nome e cargo do responsável:	
POLÍCIA CIVIL ESTEVE NO LOCAL?	☐ SIM ☒ NÃO		
HOUE DISPARO DE ARMA DE FOGO POR POLICIAIS MILITARES NESTA OCORRÊNCIA? ☐ SIM ☒ NÃO QUANTIDADE DE DISPAROS _____			
OUTRAS PROVIDÊNCIAS			

8 - ATENDENTE DA OCORRÊNCIA

POSTO/GRADUAÇÃO, RGPM E NOME DO POLICIAL MILITAR	ASSINATURA
CBM - 66PM - 1013914-09 Eduardo Danta	

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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 Líder 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Proprietário (se houver)

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: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELIO DE MACEDO E SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03563

CONTA: 000000012535-2

Nr. da Autenticação 76CA58F4B8E3D39F



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
REGISTRO DE OCORRÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR



192

DADOS DO PACIENTE

DATA: 23/05/2019

NOME: Helio de Almeida e Silva

SEXO: ☒ MAS ☐ FEM IDADE: 35 DATA DE NASCIMENTO: 22/02/1984

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☒ Acidente de Trânsito | ☐ Envenenamento | ☐ Queimadura | ☐ Ferimento Arma Branca |
| ☐ Mal Súbito | ☐ Urgência Clínica | ☐ Choque Elétrico | ☐ Transferência |
| ☐ Agressão Física | ☐ Urgência Obstétrica | ☐ Queda | ☐ Já removido |
| ☐ Afogamento | ☐ Urgência Pediátrica | ☐ Tentativa de Suicídio | ☐ Falso Chamado |
| ☐ Picada de animais Peçonhentos | ☐ Urgência Psiquiátrica | ☐ Ferimento Arma de Fogo | ☐ Outros: _____ |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA

- ☐ Capacete ☐ Cinto ☐ Airbag
☐ Assento para criança ☐ Nenhum

MEIO DE LOCOMOÇÃO

- ☐ Moto ☐ Automóvel
☐ Bicicleta
☐ Outros: _____

VÍTIMA

- ☐ Condutor ☐ Passageiro
☐ Pedestre ☐ Ignorado

INDÍCIOS DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCÓOLICA?

- ☐ Sim ☒ Não
☐ Ignorado

EXAME FÍSICO

GLASGOW ()

Abertura Ocular
4 - Espontânea
3 - Ao chamado

2 - À dor

1 - Não abre

Resposta Verbal

5 - Orientada
4 - Confusa
3 - Resposta inapropriada
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Sem resposta

Resposta Motora

6 - Obedece aos comandos
5 - Localiza a dor
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal

2 - Extensão anormal
1 - Sem resposta

PUPILAS

- ☐ Isocônicas
☒ Anisocônicas
☐ Midriase
☐ Miose

HEMORRAGIA

- ☐ Ausente
☒ Mínima
☐ Moderada
☐ Intensa

PULSO RADIAL

- ☐ Cheio
☐ Fino
☐ Ausente

SINAIS VITAIS

1ª Verificação 2ª Verificação

Hora

P.A.

Pulso

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

SATURAÇÃO

GLICEMIA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| ☐ Aspiração | ☐ Ventilação Artificial | ☐ Imobilização de extremidades | ☐ KED |
| ☐ Oxigênio | ☐ Monitorização | ☐ Prancha longa | ☐ RCP |
| ☐ Hemostasia | ☐ Acesso Venoso - Solução | ☐ Colar Cervical | ☐ Curativo |
| ☐ Ass. Obstétrica | | ☐ Outros: _____ | |

MEDICAÇÃO ADMINISTRADAS

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Melhorando | ☐ Severa Gravidade | ☐ Indeterminado |
| ☐ Piorando | ☐ Média Gravidade | ☐ Óbito antes do Socorro |
| ☐ Inalterado | ☐ Pequena Gravidade | ☐ Óbito antes do transporte |
| ☒ Coma | ☐ Ileso | ☐ Óbito no transporte |

OBSERVAÇÕES:

HOSPITAL DE DESTINO:

Profissional Receptor do Hospital

COREM 1193160

EQUIPE DO SAMU

SENHA = 2019 05 23.01 1532

UNIDADE MISTA DE SAUDE DE MANOEL EMIDIO

CNPJ: 06.554.125/0002-238

AV. PRIMEIRO DE MAIO, 231-CENTRO

CEP: 64875-000- MANOEL EMIDIO-PI

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E TRANSFERENCIA

NOME:

Helio de Macedo e Silva

IDADE:

35

DATA:

23/05/19

HORA:

16:30

CASO: CLINICO ()

TRAUMA (X)

DESCRIÇÃO:

Paciente vítima de acidente de moto -
caído de 60 minutos de evolução, deu
entrada em UBS trazido pela
SAMU referindo dor e perda de função
de perna esquerda.

RX de perna esquerda: Evidência
fratura distal de tíbia e fíbula

HD:

Fratura distal de fíbula e tíbia
esquerda.

CONDUTA IMEDIATA:

PA = 130 x 90 mmHg

() SUTURA

() IMOBILIZAÇÃO

() OBSERVAÇÃO

() CURATIVO

() MEDICAMENTOS

① - Diclofenaco 4mg/ml - 01

Aplica os A-P (M)

② - Tramadol 50mg - 1 supos

() TRANSFERÊNCIA

X Hospital regional Tiberio Nunes.

Dr. Pedro A. S. Neto
MÉDICO

MÉDICO ENFERMEIRO

ESCRITÓRIO MANOEL EMIDIO

MATRÍCULA
00590080.8

CLIENTE
HELIO DE MACEDO E SILVA

CPF/CNPJ:
934.989.503-04

VENCIMENTO
26/11/2019

INSCRIÇÃO
059.001.001.0830.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
RUA DR TIBERIO NUNES, NUM. 295 - CENTRO MANOEL EMIDIO PI 64875-000

FATURA
11/2019-5

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA ESGOTO
LIGADA POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

10/2019 -	10-30	09/2019 -	10-30
08/2019 -	10-30	07/2019 -	10-30
06/2019 -	10-30	05/2019 -	10-30
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	10	M 30 53210	

LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA
ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
2426	2426	10	32	0,32
27/09/2019	29/10/2019			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR ECONOMIA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA
MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO 11/2019

10 M3

31,37
1,60

TOTAL R\$ 32,97

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS

Base de Cálculo: 32,97	
IR: 1,58	COFINS: 0,99
CSLL: 0,33	PIS/PASEP: 0,21

CASO O SEU DÉBITO TENHA SIDO PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO
(Decreto nº 5.440 e Portaria 518/MS)

GERÊNCIA REGIONAL: GEN BOM JESUS

Mês/Ano 10/2019

REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA

TURBIDEZ (uT)

CLORO

PARÂMETROS (Valores Médios)

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 13/11/2019





AGESPISA
Águas e Esgotos do Piauí S/A

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA 2349863-3		Hidrometro A04N236779		Referência OUT/2019	
Nome/Razão Social/Endereço EDMAR ALVES DOS SANTOS RUA JULIA SOARES, 291A TIBERAO FLORIANO 64806405 AG= 167					
Situação Água/Esgoto 3/1	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub. 1		Inscrição 41 8 01 0165 0205-000	
Período de Consumo 30/09/2019		30/10/2019		Dias Consumo 30	
Histórico de Consumo			Forma de Faturamento		
Mês/Ano	Letra	Consumo	Ocorr.	2-HIDROMETRO DANIFICADO	
04/19	2269	16	2	Cód. Responsável 907973590	Código de Turfa 01
05/19	2285	16	25	Consumo Médio 16	Consumo Faturado 16
06/19	2301	16	25	Consumo Faturado 16	
07/19	2317	16	21		
08/19	2333	16	2		
09/19	2349	16	25		
10/19		16	2		
DESCRIÇÃO DA FATURA					
Cód. AGUA	Nome do Serviço MANUTENCAO HIDROMETRO				Valor (R\$) 66,47 2,35

VENCIMENTO 08/11/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 68,82

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 2 VALOR: R\$144,96
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2014-2011-MS							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Cálculo	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 + 9,1	0,3	Assim	Assente
NP Mínimo de Amostras Exigidas NP Amostras Realizadas NP Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	1.01	0.07	7.01	0.00	0.00		
Conclusão PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.							
Mensagens A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL							

AGESPISA Águas e Esgotos do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888		Inscrição 41 8 01 0165 0205-000	AG= 167
Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub. 1	Matrícula 2349863-3	Referência OUT/2019

VENCIMENTO

08/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

68,82

82630000000-5 68820001822-6 34986331020-8 19000000001-7



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/BIBLIOTECABWEB/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 EDUARDO ALVES DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.803 100, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

HELIO DE MACÊDO E SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 934.989.503-04

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima HELIO DE MACÊDO E SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 934.989.503 04, 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 JULIA SOARES</u>	Número: <u>291</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>ITABIRA</u>	Cidade: <u>ITABIRA</u>	CEP: <u>64806-405</u>
E-mail: _____		Tel.(DDD): <u>(84) 994235886</u>

Local e Data: Flórida 13-11-19

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

RELATÓRIO MÉDICO

Relato que o paciente Helio de Macedo e Silva, 35 anos, RG 3843952, CPF 934.989.503-04, foi atendido no Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano - PI no dia 23/05/2019, com prontuário médico de número 193899, vítima de acidente motociclístico devidamente registrado com Boletim de Ocorrência de número 070.2019, com trauma na perna esquerda e exames de imagem evidenciando fratura de tibia, submetido a tratamento cirúrgico. Após a alta evolui com dor e edema aos esforços, limitação de flexo-extensão do tornozelo esquerdo de aproximadamente 30% e diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo de aproximadamente 30%. Alta ortopédica.

CID: S-82.2

Floriano - PI

16/12/2019



Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI: 4315 / TEOT 14175

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.843.952 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/12

NOME HELIO DE MACÊDO E SILVA

FILIAÇÃO MARIA DIVA BARREIRA MACÊDO E SILVA PEDRO BARBOSA DA SILVA

NATURALIDADE BERTOLÍNIA-PI DATA DE NASCIMENTO 22/02/1984

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 867 L B-06 F 043 EXP MANOEL EMIDIO-PI 17/12/03

CPF 934.989.503-04

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

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

0003429

Helio de macêdo e silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR HELIO DE MACEDO E SILVA

DATA DE NASCIMENTO 22/02/1984 Nº INSCRIÇÃO 16437761589 ZONA 067 SEÇÃO 0006

MUNICÍPIO / UF MANOEL EMIDIO/PI DATA DE EMISSÃO 29/02/2000

JUIZ ELEITORAL

Dr. Belmiro José do Macêdo Barreto

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Helio de macêdo e silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

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

Dezembro/2005

 **CORREIOS**
www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

934.989.503-04

HELIO DE MACEDO E SILVA

22/02/1984

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

209 8477 7649 0007

Nome: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data de Nascimento: 22/02/1984

Sexo: M

Data de emissão: 02/01/13 09:40

Município de residência: MANOEL EMIDIO

UF: PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EDIMAR ALVES DOS SANTOS

DOC. IDENTIFICADOR EMBOCADOR
1585662 SSP FZ

CPF
748.086.803-00

DATA NASCIMENTO
06/02/1977

ENDEREÇO
SEVERO ALVES DOS
SANTOS
MARIA ELINTZ DE S
SANTOS

PERMISSÃO
A/B

AC
A/B

CAT. HABILITAÇÃO
20

INSCRIÇÃO
P22944276038

VALIDADE
21/11/2020

EMISSÃO
10/01/1998

DESCRIÇÃO

Assinatura do Titular

Assinatura do Emissor

LOCAL
FLORIANO

DATA DE EMISSÃO
25/11/2015

14568808861
F2316457108

DETRAN-PI (PJAUI)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1235009555

PRIMEIRO PLASTIFICAR

1235009555

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PI 902016079678 Nº 012302080175
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 485097591 RNTIC 2016

ROBERVAL DOS SANTOS BRITO

CPF / CNPJ 03165005346 PLACA 0ED-6704

PLACA ANT. / UF 9C2ND0910BR223510

PAS/MOTOCICLO/NEHUHA

MARCA / MODELO

HONDA/XRE 300

CAP / POT / QIL

002P/291CC

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

1º IPVA

2º

3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

CAJUEIRO MOTOS LTDA

MANUEL ENIDIA

ARAO MARTINS DO REGO LOBAL
DIRETOR GERAL DO DENATRAN

DATA 29/4/2016

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

PI Nº 012302080175 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 29/4/2016

VIA 1 RENAVAM 03165005346

485097591

2011

09

PREMIO TARIFARIO

129.03

14.33

1.10

292.01

28/04/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.348.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

AGO | 2015

**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: **3190639123**

Nome do(a) Examinado(a): **HELIO DE MACEDO E SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R TIBEIRO NUNES, 295 - Manoel Emídio - PI - CEP 64875-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PI**] **3843982**

Data e local do acidente: [**23/05/2019**] **Zona Urbana de Manoel Emídio**

Data e local do exame: [**27/01/2020**] **Bom Jesus** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura diafisária da tíbia e fibula à esquerda.

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

Ao exame, vítima apresenta limitação leve dos movimentos da flexão dorsal do tornozelo esquerdo.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico com fixador externo por seis meses. Evoluiu sem intercorrências, alta médica.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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):

Tornozelo esquerdo

% 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.

Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental realizada em 19/11/2019. A indenização paga foi referente a uma limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve. Conduta mantida.



Dr. Flávio Pinheiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM - PI 2182

Flavio Barbosa Pinheiro - CRM: 2182 - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

- ASL-0400673/19

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

CPF: 934.989.503-04

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 23/05/2019

Titular do CPF: HELIO DE MACEDO E
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
DUT
Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

HELIO DE MACEDO E SILVA : 934.989.503-04

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: 14/11/2019
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

CARTA DECLARATÓRIA

Eu, HELIO DE MACEDO E SILVA CPF. 934.989.503-04
SINISTRO 03190639123, TENHO PEDIR QUE A SEGURODORA, REAVEJA
MEU CASO, NÃO RECEITO O VALOR INDENIZADO QUE
FOI 2.362.50 MENOS DE 18% DO VALOR TOTAL 13.500.00
TENHO LAUDO NOVO QUE CONSTA SEQUELAS DE 30%.
PELO QUE SEGURODORA MANDE UMA PERICIA MEDICA
OU REVEJA MEU CASO.

TEL: (89, 99423 5886
(89, 99434 1465

MANOEL. ENRIQUE PE 07-01-20

Helio de macedo e Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639123

Cidade: Manoel Emídio

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data do acidente: 23/05/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária da tíbia e fíbula à esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima apresenta limitação leve dos movimentos da flexão dorsal do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com fixador externo por seis meses. Evoluiu sem intercorrências, alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental realizada em 19/11/2019. A indenização paga foi referente a uma limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve. Conduta mantida.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639123 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA **Data do acidente:** 23/05/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1. 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Helio de macêdo e Silva
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: solteiro
Profissão: ferreiro
Identidade: 3.843.952 CPF: 934.989.503-04
Endereço: Rua doutor Liberto n° 295 (H. 295)

PROCURADOR:

Nome: **Edimar Alves dos Santos**
Nacionalidade: **Brasileiro** Est. Civil: **Casado**
Profissão: **Autônomo**
Identidade: **1.585.662 SSP - PI** CPF: **748.086.803-00**
Endereço: **Rua Projetada nº 291 Floriano - PI**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincors, e Corretores), para fins especifico de dar entrada no meu seguro DPVAT de **(INVALIDEZ PERMANENTE)**, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

M. emidio 01.07.2019
Local e data

Helio de macêdo e Silva
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO DE OFÍCIO ÚNICO DE MANOEL EMÍDIO FI
RUA DOUTOR ARCOVERDE, CENTRO - N° 00, MANOEL EMÍDIO - PIAUÍ

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE HELIO DE MACÊDO E SILVA
EM TEST. DA VERDADE. DOU.FÉ. MANOEL EMÍDIO, 01/07/2019
01:07

ANAINA FIGUEIREDO TORRES DE MELO MOURA - TABELIÃ
Incl. R\$ 3,85 T.J. R\$ 0,77 M.P. R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,20 Total: R\$ 4,92

PODER JUDICIÁRIO
Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Judiciais

**RECONHECIMENTO
DE FIRMA
N° ABE-61208**

Anaina Figueiredo Torres de Melo Moura
Tabeliã / Registradora
Cartório Único de Manoel Emidio-PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400673/19

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

CPF: 934.989.503-04

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 23/05/2019

Titular do CPF: HELIO DE MACEDO E 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
DUT
Outros

EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

HELIO DE MACEDO E SILVA : 934.989.503-04

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: 14/11/2019
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 748.086.803-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior