

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Av. Ulisses Guimarães s/n - Promorar - Fone: 86 3215 9153
TERESINA-PI CEP: 64075-453 CNPJ: 05.522.917/0028-90

18 06 2019

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 06/06/2019 09:49:06

(User: FRANCISCA RODRIGUES)

(Estação: CLIENTE-PI)

Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA		Prontuário: 149415	
Mãe: JULIA ALVES DA SILVA		Pai: MANOEL CARNEIRO DA SILVA	
End.Resid.: Q S CASA 23 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64003-080			
Nascimento: 20/11/1975	Idade: 43a3m18d	Sexo: Masculino	Fone: 86- -
Responsável: O MESMO		CNS: 898003431873032	
Profissão:		Documento:	
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 380448	Entrada: 08/03/2019 17:53:12	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM MEMBROS	Classificação: DOR MODERADA	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORMA QUE FEZ RAIOM , COM HISTÓRIA DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA (EM USO DE TIPÓIA). REFERINDO DOR E ESCORIAÇÕES NO MID. DESCONHECE ALERGIAS , HAS E DM.		GEYCIANNE MAYARA ALVES DE CARVALHO COREN 417992 ENF Em: 08/03/2019 17:57:22

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORMA QUE FEZ RAIOM , COM HISTÓRIA DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA (EM USO DE TIPÓIA). REFERINDO DOR E ESCORIAÇÕES NO MID. DESCONHECE ALERGIAS , HAS E DM. <i>Franzisco Ademirilson Almeida</i>
--

Diagnóstico Inicial:	CTD:
-----------------------------	-------------

Exames Complementares:

Prescrição Médica: 1 - PACIENTE ORIENTADO A PROCURAR ORTOPEDISTA NA UPA DO RENASCENÇA

Motivo da Alta/Encerramento: Alta com Orientações	DATA: / / HORA:
---	-------------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Ryan Nogueira
CRM: 6055
CRM: 6055 Em: 08/03/2019 19:22:40



PC -00

FRANCISCA FERREIRA DA SILVA RIBEIRO
RES MARIO COVAS 23
QD S CASA 23 - ANGELIM
64034-640 TERESINA - PI

020619

Postagem: 02/06/2019
Vencimento: 16/06/2019
Emissão: 02/06/2019
Fechamento próxima fatura: 11/07/2019

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	4.754,39
● Pagamentos efetuados	- 4.754,39
● Saldo financiado	0,00
● Lançamentos atuais	3.411,35
● Total desta fatura	3.411,35

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **FRANCISCA FERREIRA DA SILVA RIBEIRO**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.1687**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

16/06/2019

A) pagamento total

3.411,35

B) pagamento mínimo

810,78

C) parcelas fixas

261,52
+23x 261,52

Veja outras opções na 2. folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	19.130,00
Limite utilizado no mês	3.411,35
Retirada de recursos (saques)	520,00



Pagamentos efetuados

DATA	VALOR EM R\$
16/05 PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 854,39
16/05 PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 3.900,00
● Total dos pagamentos	- 4.754,39

Lançamentos: compras e saques

AURICELIA S RIBEIRO (Final 03771)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
27/11	FIT LASER 07/10	259,80
06/12	SUMUP *MECANICALA06/06	239,65
12/12	SUMUP *MECANICALA06/06	237,00
25/02	MOSSORO DIESEL 04/06	36,06
22/03	MercPago-MERCADOX103/10	40,75
	OSASCO	

Continuar...



Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

34191.75363 65105.262045 00173.090002 1 000

Numero do Documento 00136651052/0112469
Nome do Pagador(CPF/CNPJ) FRANCISCA FERREIRA DA SILVA RIBEIRO - 433.299.693-34
Nome do Beneficiário(CPF/CNPJ) HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69
Federação do Beneficiário AV RUI BARBOSA, 251,1 A GRACAS - RECIFE - PE

Rosso Número
Valor do documento
Vencimento

recibo do pagador
17536651052-6
R\$ 3.411,35
16/06/2019

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75363 65105.262045 00173.090002 1 000	
Local de Pagamento				
Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmark Brasil ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.				
Data de Vencimento 16/06/2019				
Nome do Beneficiário(CPF/CNPJ)				
HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69				
AV RUI BARBOSA, 251,1 A GRACAS - RECIFE - PE				
Nome do Documento	Numero do Documento	Especie DOC	Acerto	Data da Processatização
16/06/2019	00136651052/0112469	PI	N	02/06/2019
Nome do Banco	Carteira	Especie	Quantidade	Valor
	175	R\$		
Instruções de responsabilidade do beneficiário.				
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (I) pagar quantia a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (II) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.				
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP				
FRANCISCA FERREIRA DA SILVA RIBEIRO - 433.299.693-34				
RES MARIO COVAS 23 - QD S CASA 23 - ANGELIM - 64034-640 TERESINA - PI				
Sacador Avalista:				



Autenticação Mecânica - ficha de Compensação

DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO

Eu, Geraldo Gomes da Silva Filho,
portador do RG Nº 055679596-2, data de expedição
16108118 órgão SPC MA, portador do CPF Nº
003.652.433.61, como domiciliado na cidade de
Parnarama, no estado
do Maranhão, onde resido na
(Rua/Avenida/Estrada) Rua 17
Bairro Azevedo, nº 517, complemento
_____, declaro, sob as penas da lei, que
o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antonio Alvar da Silva,
cujo o condutor era
Antonio Alvar da Silva

Veículo.: motocicleta Modelo.: Bros ano.: 2013
Placa.: 014 3478 Chassi.: 9C2KD0550DR105445
Data do Acidente.: 08/03/19

Local e data.: 17.06.2019



Geraldo Gomes da Silva Filho

Assinatura do declarante

* Antonio Alvar da Silva

Assinatura do condutor

----- RECONHECIMENTO 022715 -----

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de:

(1) GERALDO GOMES DA SILVA FILHO..

Parnarama-MA, 17 de junho de 2019. Em teste da

verdade.

Ciliane da Silva Araújo Leal

ELIANE DA SILVA ARAUJO LEAL, Escrevente Autorizada

Emolumentos: R\$ 15,00 + FERC: R\$ 0,50 = TOTAL: R\$

15,50. Selo: .

Ciliane da
Escrev





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002306/2019-87

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chalb Lima

Data/Hora: 18/06/2019 - 10:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV;BARAO, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/03/2019 - 17:00

Bairro

TABULETA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA

RG: 14779200

Mãe: JULIA ALVES DA SILVA

Endereço: QD. S. CASA 23, ANGELIM. Nº

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO 2012,2013, PLACA-OIY-9478-MA, RENAVAM-00508265320, DE PROPRIEDADE DE GERALDO GOMES DA SILVA FILHO, CPF-00365243361. RELATA QUE TRAFEGAVA A MOTO NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO PASSOU NO BURACO PERDEU O CONTROLE E CAIU, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS LEVADO PARA O HOSPITAL DO PROMORAR. PRONTUARIO:149415.FATO TESTEMUNHADO;DARIO DOS SANTOS BISPO,CPF-029.133.173-40. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chalb Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Antonio Alves da Silva
ANTONIO ALVES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: **567 410 812-91** Nome completo da vítima: **ANTÔNIO ALVES DA SILVA**

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

Nome completo: **ANTÔNIO ALVES DA SILVA** CPF: **567 410 812-91**

Profissão: **MOTONISTA** Endereço: **RD-S CASA 23** Número: _____ Complemento: **ANGELIM**

Bairro: **MATILDO CONAS** Cidade: **TERESINA** Estado: **PI** CEP: **64.000-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **86-99478-2633**

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

RENDIA MENSAL:

☐ RENDIA INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **5493** **3** CONTA: **7271** **0** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: **TERESINA, PI, 21-06-19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

*** Antonio's Alves da Silva**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190390646

Vítima: ANTONIO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ALVES DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ANTONIO ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005493-3

Conta: 000007271-0

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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190390646

Vítima: ANTONIO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 08/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO ALVES 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

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	08/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ALVES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05493-3

CONTA: 000000007271-0

Nr. Autenticação

BRABESCO0807201905000000000023705493000000007271168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190390646 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 08/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P7/11

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0209846/19

Vítima: ANTONIO ALVES DA SILVA

CPF: 567.410.812-91

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/03/2019

Titular do CPF: ANTONIO ALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO ALVES DA SILVA : 567.410.812-91

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: 21/06/2019
Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA
CPF: 567.410.812-91

ANTONIO ALVES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/06/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

**HOSPITAL GERAL DO PROMORAR**

Ru. Ulisses Guimarães s/n - Promorar - Fone: 86 3215 9155
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.577/0028-90

18 06 2019
10:05:00

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 06/06/2019 09:19:06

User: FRANCINE RODRIGUES

Estação: CLINICA-IC

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA		Prontuário: 149415	
Mãe: JULIA ALVES DA SILVA		Pai: MANOEL CARNEIRO DA SILVA	
End.Resid.: Q S CASA 23 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-000			
Nascimento: 20/11/1975	Idade: 43a3m18d	Sexo: Masculino	Fone: 86- -
Responsável: O MESMO		CMS: 898003431873032	
Profissão:		Documento:	
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 380448	Entrada: 08/03/2019 17:53:12	Convênio: S U S	Proced: 0331060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM MEMBROS	Classificação: DOR MODERADA	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORMA QUE FEZ RALOX, COM HISTÓRIA DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA (EM USO DE TAPÓLA). REFERINDO DOR E ENCORVAÇÕES NO MTD. DESCONHECE ALERGIAS, HAS E DM.		GRACIANE MAYARA ALVES DA CARVALHO COREN 417492 RN Ed: 08/03/2019 17:57:22

SSVV: (Hora: ____:____)
Peso: 5,00 kg Altura: 0,00 m IMC: 0,00 kg/m2 Pulso: ____bpm Pressão: ____mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO. INFORMA QUE FEZ RALOX, COM HISTÓRIA DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA (EM USO DE TAPÓLA). REFERINDO DOR E ENCORVAÇÕES NO MTD. DESCONHECE ALERGIAS, HAS E DM. <i>Françisco Apudenciano Almeida</i>	
Diagnóstico Inicial:	CID:
Exames Complementares:	

Prescrição Médica: 1 - PACIENTE ORIENTADO A PROCURAR ORTOPEDISTA NA UPA DO RENASCENÇA

Motivo da Alta/Encerramento: Alta com Orientações	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
---	-----------------------------	------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Ryan Nogueira
CRM: 6055
Em: 08/03/2019 19:22:40

ANTONIO ADELÉS DA SILVA

4674438

NOME

Nº do prontuário

06

A

Enfermaria

Leito

TEMPO DE PERMANÊNCIA MÉDIA:



Hospital
Universitário

EBSER

Ministério da
Educação

GOVERNOS FEDERAIS
BRASIL
PAIS RICO E PAIS SEM POBREZA

Nome

15/03/19

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
21 JUN 2019
DPVAT



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

EBSERH



Hospital
Universitário

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
Hospital Universitário

2 - CNES
3.285.391

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
Hospital Universitário

4 - CNES
3.285.331

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE
ANTONIO ALVES DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
4674438

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE
898003431873032

8 - DATA DE NASCIMENTO
20/11/1975

9 - SEXO
Masculino

10 - RAÇA / COR
Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

JULIA ALVES DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
O mesmo

14 - TELEFONE DE CONTATO
(00) 0000-0000

15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

CASA S CONDOMINIO ANGELIM, 23, MARIO COVAS

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
TERESINA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2211001

18 - UF
PI

19 - CEP
64000972

JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente automobilístico, apresenta dor e deformidade por fratura em clavícula.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES)

Rx de torax

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura da clavícula

24 - CID 10 PRINCIPAL
S42.0 - Fratura da

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408010150

29 - CLÍNICA
Cirúrgica

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Urgência

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
99434393363

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
BRUNO WILSON DA SILVA MOURA

34 - DATA DA
11/03/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CBOB

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Paciente ou Responsável

Nome ANTONIO ALVES DA SILVA		Nome Social 		Prontuário 467443/8	
Nome Mãe JULIA ALVES DA SILVA		Sexo Masculino	Estado Civil Casado	Dt Nascimento 20/11/1975	
Nome Pai MANOEL CARNEIRO DA SILVA		Data cadastro 11/03/2019	Data recadastro 	Pront. Família 	
RG 14779200		CPF 567.410.812-91	Cartão SUS 898033431873032		
Nome Anterior 		Cidade de nascimento TERESINA			UF PI
Grau Instrução 2º Grau Completo		Nacionalidade BRASILEIRO			
Profissão 		Código da profissão 	Cor Parda	Fone ou Recado 99-984602364	
Logradouro CASA 3 CONDOMINTO ANGELIM		Posto de Referência : 			
Número 23	Complemento 	Bairro MARIO COVAS			
Cidade TERESINA		UF PI	CEP 64000-972		
Identificador MONICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA					
Área Cadastradora SETOR 14- LC CAR. PESC - OPTALMOLOGIA					

Observação

Declaro para todos os fins de direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.

Teresina

Mônica Antônia Fátima de Meireles

() () () ()
Paciente Pai Mãe Representante Legal

Hospital Universitario - Ufpi

Boletim de Identificação de Paciente

Identificação do Paciente

Paciente: 312185 Prontuário: 0467443/8
Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA
Nome Mãe: JULIA ALVES DA SILVA
Endereço: CASA S CONDOMINIO ANGELIM Cartão SUS: 098003431873032
Número: 23 Complemento: Telefone: 99 984602364
Bairro: MARIO COVAS
Cidade: TERESINA UF: PI Cep: 64.000-972
Data Nasc.: 20/11/1975 Idade: 43 Sexo: M Cor: M Est. Civil: C
Profissão:
Naturalidade: TERESINA UF Nascimento: PI
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

Nome:
Endereço:
Cidade: DF: CEP: Fone:

Dados de Internação

Data Internação: 11/03/2019 23:46
CID Principal: S42.0 FRATURA DA CLAVÍCULA
CID Secundário: Y98 CIRCUNSTÂNCIAS RELATIVAS A CONDIÇÕES DO MODO DE VIDA
Procedimento: 408010150 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
Clínica: CIRÚRGICA Dif. Classe: N Acompanhante: N
Andar: 0 Ala: 1 Quarto: 0006 Leito: A Convênio: 1/1 SUS - INTERNACÃO
Unidade: POSTO 1 CLÍNICA CIRÚRGICA Acomodação: ENFERMARIA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Caráter de Internação: URGENCIA
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 2 Dia(s)
Nro. Atendimento:

PJ CORRETO
DE SEGUROS

21 JUN 2019

DPVAT

Equipe Médica

Equipe: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
CRM: 5338 CPF: 99434393353
Chefe da Equipe ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA : ANDRE LUIZ PINHO SOBRAL
CRM: 3573 62108166300

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: MONICA CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA
C. Ponto: 6 2001798

Observação

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: <u>Artur Alves da Silva</u>	
DATA DA ADMISSÃO: <u>11/03/19</u>	CLÍNICA/ENF/LEITO: <u>06 A</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>20/11/75</u> IDADE: <u>43</u>	SEXO: <u>Masculino</u>
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO: <u>lavrador</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>
PROCEDÊNCIA: <u>UPA Renascença</u>	RESIDÊNCIA: <u>Turquia</u>
ESCOLARIDADE:	COR/REFERIDA: <u>Pardo</u>
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	

2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO/QUEIXAS PRINCIPAIS:

<u>Fratura de Clavícula</u>

2.1. SINAIS VITAIS: P.A. 156/109 T. 36,3 P. 94 GLIC. R. 20 PESO: ALTURA:
IMC: SaO₂ = 99%

2.2. ESCALA da DOR (1 a 10): 0 [0= sem dor; 1-3 = dor branda; 4-6= dor moderada; 7-10= dor severa]

3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

HISTÓRIA FAMILIAR: ☒ HAS ☒ DM () Cardiopatias () AVE-IL () AVE-I () Nefropatias () Neoplasias () Outros Especificar <u> </u>	
ANTECEDENTES PESSOAIS: () Doenças Crônicas: <u>Negar</u>	
() Tratamentos Anteriores/Cirurgias: <u>Negar</u>	
() Medicamentos em Uso: <u>Negar</u>	
() ALERGIA: <u>Negar</u>	
PRÓTESES: ☒ Não () Sim	Possui CARTÃO DE VACINA: () Não () Sim
HÁBITOS: () Tabagismo () Etilismo () Outras Drogas, Qual? <u>Negar</u>	
EXAMES ANEXOS:	

4. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

OXIGENAÇÃO: ☒ Ar ambiente () Cateter nasal () Macronebulização () Máscara de Venturi Padrão respiratório: ☒ Eupnéico () Bradpneico () Taquipnéico () Ortópneico () Dispneia () Cheyne-Stokes Tosse: () Seca () Produtiva [Aspecto da secreção] = <u> </u>	
HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia = <u> </u>	
ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar = <u> </u>	
DIETA: () Jejum ☒ Via oral () Parenteral () SNG () SNE () Gastrostomia () Ostomias () Outros () Náuseas () Vômitos () Hematêmese () Sialorréia () Pirose () Inapetência () Disfagia () Dispepsia	
ESTADO NUTRICIONAL: <u> </u>	
ELIMINAÇÕES: DIURESE = ☒ Espontânea () SVD () Cistostomia () Disúria () Oligúria () Anúria () Poliúria () Polaciúria () Enurese () Retenção () Incontinência () Proteinúria () Glicosúria	
ASPECTO da URINA = ☒ Clara () Concentrada () Colúria () Hematúria	
EVACUAÇÕES = ☒ Normais () Fezes pastosas () Diarréia () Melena () Constipação há <u> </u> dia(s) () Colostomia () Ileostomia () Jejunostomia	
SONO/REPOUSO: ☒ Satisfatório () Insônia () Agitação () Usa Medicação, QUAL? <u> </u>	
ATIVIDADE FÍSICA: Prática Exercícios ☒ Não () Sim, Qual? <u> </u>	
() Astenia () Mialgia	
Atividade Motora = ☒ Deambula () Deambula com Auxílio () Não Deambula () Usa Cadeira de Rodas	
HIGIENE: ☒ Satisfatória () Regular () Insatisfatória	
Cite <u> </u>	

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS e SOCIAIS

PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE RELIGIOSA/ESPIRITUAL () Não () Sim, Qual? <u> </u>	
ESTADO EMOCIONAL PRÉVIO: ☒ Calmo () Agitado () Alegre () Triste () Ansioso () Agressivo () Medo	
COMUNICAÇÃO: ☒ Receptivo ao Diálogo () Não Receptivo ao Diálogo	
INTERAÇÃO SOCIAL: Participação em Atividades: () Não () Sim, Cite <u> </u>	
INTEGRAÇÃO COM A FAMÍLIA () não () sim	
LAZER: () Não () Sim, Qual? <u> </u>	

Descrição Cirúrgica

folha 1/1

Unidade: BLOCO CIRURGICO

Data cirurgia: 13/03/2019

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ANTONIO ALVES DA SILVA

Prontuário: 0467443/8

Idade: 43 anos 3 meses

Sexo: Masculino

Leito: 0006A

Convênio: SUS

2. EQUIPE

Equipe: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA

CRM: 5338

ORTOPEDIA E

Cirurgião: MARCELO LOPES MACHADO

CRM: 4352

TRAUMATOLOGIA

Auxiliar: ANDRE LUIS SANTANA NOGUEIRA

CRM: 6930

JOAO NORIVAL LIMA JUNIOR

CRM: 6806

Enfermagem: TAIANE SOARES VIEIRA

COREN: 184699

3. DIAGNÓSTICO

ASA: I

Pré-Operatório S42.0 FRATURA DA CLAVÍCULA

Pós-Operatório S42.0 FRATURA DA CLAVÍCULA

4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO

Via aérea:

ASA:

Avaliação clínica:

Co-morbidades:

Exame físico:

Executor da sedação:

CRM:

5. CIRURGIAS REALIZADAS

Início: 13/03/2019 17:30

Fim: 13/03/2019 18:00

Caráter: URGÊNCIA

Procedimentos - Potencial de contaminação

OSTEOSSINTESE CLAVICULA

LIMPA

Técnica Anestésica/Sedação: BLOQUEIO

Observação:

6. ACHADOS OPERATÓRIOS

fratura de clavícula

Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.

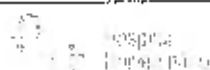
Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.

7. DESCRIÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
2. BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL INTERSCALENO
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO NA PELE
5. REDUÇÃO DE FRATURA DE CLAVÍCULA;
6. COLOCAÇÃO DE PLACA BLOQUEADA DE 7 FUROS;
7. COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS;
8. SUTURA POR PLANOS
9. SUTURA DE PELE E CURATIVO;

13/03/2019 18:20

Dr. LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO CRM 6474



Descrição Cirúrgica

Identificação

ANTONIO ALVES DA SILVA

Leito: 0006A

0467443/8



Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFPI
BOLETIM DE ANESTESIA

FOF 577

Data: 13/08/10

Paciente Antônio Alves de Silva Prontuário _____
Cirurgião Marcelo Diagnóstico apófise de clavícula D
Procedimento correção apófise clavícula D Jejum OK
Idade 43 Peso 80 PA 130x80 FC 81 Neuro OK ASA I

Monitorização:

(☒) ECG (☒) SpO₂ (☒) PANI (☐) EtCO₂ (☐) BIS (☐) Analisador de gases (☐) TOF (☐) Temp _____
(☐) PVC Local _____ (☐) PAI Local _____ Cateter _____ (☐) Fácil (☐) Difícil

Acesso Venoso:

(☒) Periférico Local MSE Jelco 20 Local 2 Jelco _____ (☐) Fácil (☐) Difícil pré-med
(☐) Central Local _____ Cateter _____ (☐) Fácil (☐) Difícil (☐) Ultrassom

Pré-Medicação:

(☒) Sedação Agentes: Clonidine 10mg + midazolam sup
(☒) Cateter de O₂ (☐) Venturi (☐) Máscara facial (☐) Guedel (☐) Cânula Nasofaríngea

Bloqueio de Neuroeixo

(☐) Subaracnóideo (☐) Peridural Cateter (☐) Sim (☐) Não
Posição (☐) Sentado (☐) Decúbito Lateral Posição (☐) Sentado (☐) Decúbito Lateral
Punção (☐) Mediana (☐) Paramediana Punção (☐) Mediana (☐) Paramediana
Técnica (☐) Dogliotti (☐) Gutierrez Técnica (☐) Dogliotti (☐) Gutierrez
Nível _____ Agulha _____ Nível _____ Agulha _____
(☐) Fácil (☐) Difícil Tentativas _____ (☐) Fácil (☐) Difícil Tentativas _____
Drogas _____ Drogas _____

Bloqueios Periféricos: (☐) Axilar (☒) Interescalênico (☐) Supraclavicular (☐) Infraclavicular (☐) ESP
(☐) Femoral (☐) Ciático (☐) Poplíteo (☐) Pentabloqueio (☐) TAP (☐) Ileoinguinal (☐) Peniano
(☐) Intercostal (☐) Oftálmico: Outros: _____

Drogas: 30ml de levobupivacaína 0,25% + diclofeno 1% c/traq
Recursos: (☐) Estimulador de nervo (☐) Ultrassom dupl clique

Anestesia Geral

(☐) Venosa Total (☐) Inalatória (☐) Balanceada Indução: _____
Intubação: (☐) Sim (☐) Não (☐) IOT Prévia _____
(☐) Oral (☐) Nasal Sonda _____ (☐) com cuff _____
(☐) Aramado (☐) Brônquico _____
(☐) Cricotireotomia (☐) Traqueostomia (☐) Acordado Manutenção: _____
Recursos: _____
(☐) Laringoscopia direta (☐) Bougie _____
(☐) Guia Rígido (☐) McCoy _____
(☐) Estilete luminoso (☐) Videolaringoscópio _____
(☐) Fibroscópio (☐) _____
(☐) Fácil (☐) Difícil Tentativas _____ Connack: _____
Dispositivos Supraglóticos: _____
(☐) Máscara Laringea _____ (☐) Tubo laringeo (☐) Circular (☐) Semi-aberto (☐) Absorvedor de CO₂

Proteção Ocular: (☐) Esparradrapo (☐) Micropore (☐) Tarsorrafia (☐) Pomada: _____
Torniquete: (☐) Não (☐) Sim Local _____ Início _____ Fim _____ Tempo _____
(☐) Sonda Vesical (☐) Sonda Nasogástrica (☐) Sonda Nasoenteral

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PLANO DE ALTA HOSPITALAR DE ENFERMAGEM

NOME: ANTONIO ALVES DA SILVA		PRONTUÁRIO: 467443/8	
DATA: 14/03/2019	HORÁRIO: 15:30	CLÍNICA: POSTO 01	ENF/LEITO: 6A
1.CONDIÇÕES DO PACIENTE NO MOMENTO DE ALTA			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / ORIENTAÇÃO: CONSCIENTE (X) ORIENTADO (X) DESORIENTADO () TORPÓROSO ()			
RESPOSTA MOTORA: SEM DEFICIT MOTOR (X) COM MOTOR ()			
RESPOSTA VERBAL FÁSICA (X) DISÁRTRICO () AFÁSICO ()			
2. MEDICAÇÕES PARA USO EM CASA			
VIDE RECEITUÁRIO			
3. DISPOSITIVO EM USO		SIM	NÃO
CURATIVO		X	
CATETER DE DUPLQ LUMEN			X
SONDA VESICAL DEMORA			X
DRENO SUCTOR EM FO			X
FIXADOR EXTERNO ORTOPÉDICO			X
SONDA ENTERAL/ NASOGÁSTRICA			X
OUTRO- ESPECIFIQUE			
4. ORIENTAÇÕES:			
ORIENTAÇÕES QUANTO A HÁBITOS SAUDÁVEIS; MARCAÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS. USAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. RETIRAR PONTOS CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA, REALIZAR CURATIVO DIÁRIO			
*CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO CUIDADO PÓS- ALTA:			
() GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV/			
GRAU I *DEAMBULA SEM AUXÍLIO: * TOMA BANHO E ALIMENTA-SE SOZINHO *SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO *ORIENTAÇÃO E SUPERVISÃO DO AUTO-CUIDADO		GRAU II *NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO: *SEM DESVIOS DE COMPORTAMENTO *QUANTIDADE MODERADA DE MEDICAMENTO. *ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO NO AUTO-CUIDADO: *PRESENÇA DE SVD, SNG CURATIVOS E OUTROS: *CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO DE ROTINA:	
GRAU III *NECESSITA DE AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO. NO BANHO E NA ALIMENTAÇÃO *CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO COMPLEXO: *ALTERAÇÕES DISCRETAS DE COMPORTAMENTO: *OBSERVAR FREQUENTEMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE:		GRAU IV *ACAMADO NO LEITO *HIGIENE NO LEITO: *ALIMENTAÇÃO POR TUBOS OU NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL: *REQUER MEDIDAS COMPLEXAS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA: *COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS: *INCONSCIENTES OU COM DEVIU NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO.	


 ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) CARIMBO

Antibiótico profilaxia () Não (X) Sim Droga: Cefalotina 2g Horário: 16:50
Cirurgia: Início 17:00 Fim _____ Anestesia: Início 16:40 Fim _____ Duração: _____

[illegible]

PAS	T °C
V	240
PAD	40
	220
A	38
FC	200
	180
...	36
PAI x	34
	140
	120
	100
	32
	80
	60
	40
	28
	20

SpO ₂	100	100	100	100	100	100	100	100
ECG	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS
EtCO ₂								
RIS								
TOF								
PVC								

BALANÇO HÍDRICO

[illegible]

POSICÃO	MEDICAÇÕES
() DDH	celestine 2g
() DVII	celestine 2g
() DLE	celestine 2g
() DLD	celestine 2g
() LITOT	celestine 2g
() GENUP	celestine 2g
() FOWLER	celestine 2g
() RENAI	celestine 2g

Destino: () Externo (☒) SRPA () UTE: () Entubado () Extubado () Óbito
PA: 30 x 40 FC: 90 SpO2: 90 Uso de DVA: () Não () Sim

Observações/Intercorrências:

Residente: _____ Anestesiologista 1: *Sammel* Anestesiologista 2: _____

Sumário de Alta

folha: 1 / 1

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antonio Alves da Silva
Idade: 43 anos 3 meses
Data internação: 11/03/2019
Convênio: Sus
Equipe responsável: Bruno Wilson da Silva Moura
Divisão de Gestão do Cuidado

Prontuário: 467443/8
Leito: 0006A
Permanência: 3 dias
Sexo: Masculino
Data Alta: 14/03/2019

DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação
fratura da clavícula (S42.0)
Diagnóstico principal na Alta
Fratura da clavícula (S42.0)
Diagnósticos secundários
Fratura da clavícula (S42.0)

PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Cirurgias realizadas
13/03/2019 Osteossíntese clavícula
Consultorias
12/03/2019 CARDIOLOGIA

EVOLUÇÃO

PACIENTE DE 43 ANOS, COM DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM OMBRO DIREITO APOS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HÁ 4 DIAS.
NEUROVASCULAR PRESERVADO. PACIENTE REFERE DOR LOCAL. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO.
FEITO OSTEOSÍNTSE DE CLAVICULA NO DIA 13.03.2019
PACIENTE EVOLUI EM BEG, SEM DEMAIS QUEIXAS
CONDUJA:
ALTA
ANALGESIA
RETORNO AO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL

PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta
Alta médica
Recomendações da Alta
Encaminhamento ao ambulatório do hospital

Medicamentos Prescritos na Alta

PACO -- 01 CX -- Uso Interno
CEFALEXINA 500.0 MG -- 28 CPS -- Uso Interno
DIPIRONA COMP 500.0 MG -- 01 CX -- Uso Interno

14/03/2019, 10:15 h.

Dr. LAFAYETH FONTENELE BANDEIRA DE MACEDO CRM 6471

Tiago Olimpio dos Santos Lima
MÉDICO
CRM/PI: 7266



ESQUEMA
Código de barras

Sumário de Alta

Identificação

Antonio Alves da Silva

Leito: 0006A

467443/8

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
21 JUN 2019
DPVAT

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

NOME
ANTONIO ALVES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / CNH / EMISSÃO
14779200 229 AM

CPF
567.410.812-91

DATA NASCIMENTO
20/11/1975

PLACAÇÃO
MANOEL CARREIRO DA
SILVA
JULIA ALVES DA SILVA

PERMISSÃO
B

ACE
B

CAT. HABILITAÇÃO
B2

1ª REGISTRO
001931E7676

VALIDADEZ
07/05/2019

2ª HABILITAÇÃO
08/07/1997

COBRANÇA

Assinatura do Portador

Assinatura do Emissor

DATA DE EMISSÃO
12/08/2014

00229286602
PI314419896

DETRAN-PI (PIAUÍ)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
976704970

PROVISÓRIAS PLASTIFICADAS
976704970

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ANTÔNIO ALVES DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 08-03-2019 (CPF DA VITIMA 567.410.812-91)
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ANTÔNIO ALVES DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É AVÔ ALVES DA SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA - QUA - S. CASA 23
 Nº - COMPLEMENTO ANGELETA BAIRRO MATO COAS
 CIDADE ITACASEIRA UF PI CEP 64.060.000
 E-MAIL _____ TELEFONE (96) 99478-2633

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E REFIATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVA A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 () ROLÉTIM DO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE: () TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 13.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 21.06.19 R\$ 14775200,55 VALOR DO PAGAMENTO NA SEGURADORA
 IDENTIFICAÇÃO 1477520055 NOME ANTÔNIO ALVES DA SILVA DATA 21 JUN 2019
 ASSINATURA Antônio Alves da Silva ASSINATURA DPVAT

PJ CORRETORA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: **567 410 812-91** Nome completo da vítima: **ANTÔNIO ALVES DA SILVA**

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

Nome completo: **ANTÔNIO ALVES DA SILVA** CPF: **567 410 812-91**

Profissão: **MOTONISTA** Endereço: **RD-S CASA 23** Número: _____ Complemento: **ANGELIM**

Bairro: **MATILDO CONAS** Cidade: **TERESINA** Estado: **PI** CEP: **64.000-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **86-99478-2633**

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

RENDAMENTO MENSAL:

☐ RENDIMENTO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **5493** **3** CONTA: **7271** **0** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: **TERESINA - PI 21-06-19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

*** Antonio's Alves da Silva**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.