
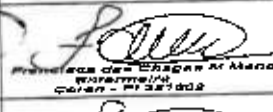


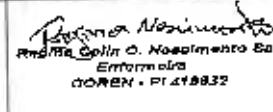
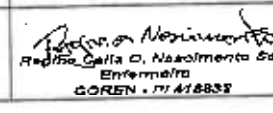


Paciente	Neurocentro	Convênio	PLANO ECONOMICO
Idade	37 anos	Data	11/04/2018
Peso	80,00 Kg	Internado	1 dia(s)
Altura	1,00 m	Prontuário	278861.01
Médico	Alcimar Veras Viana	Leito	BEM ESTAR
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2956	Número	Relatório nº 4596

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

10/04/2018 10:38:00	Paciente admitido para tratamento cirúrgico de cirurgia de tornozelo, Procedente de Elesbão Veloso/PI, acompanhado de sua irmã, consciente e orientado, fásico, cadeirante, normotenso(14/8) normocardio(63) eupneico(20) afebril(36.5°) Nega alergia medicamentosa e desconhece HAS e DM, eliminações fisiológicas espontânea, instalado soroterapia em MSE com jeico nº20, exames anexo no prontuário, aguardando chamado para CC, segue sob cuidados da equipe.	 Priscilla dos Santos M. Mendes Enfermeira COREN - PI 321602
10/04/2018 10:51:00	EM TEMPO: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 07/04/2018, COM FRATURA DE TORNOZELO.	 Priscilla dos Santos M. Mendes Enfermeira COREN - PI 321602
10/04/2018 14:59:00	Paciente encaminhado para CC em cadeira de rodas e prontuário e exames, segue sob cuidados da equipe.	 Priscilla dos Santos M. Mendes Enfermeira COREN - PI 321602
10/04/2018 16:26:00	Paciente retorna do CC no POI DE FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, Consciente e orientado, calmo no leito, respirando ar ambiente, pele hidratada, sem queixas algicas, diurese ausente até o momento, mantendo soroterapia, feito devolução dos exames, segue sob cuidados da equipe.	 Priscilla dos Santos M. Mendes Enfermeira COREN - PI 321602
10/04/2018 20:13:00	Paciente segue em POI DE FRATURA DE TORNOZELO. Consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. Ssvv mantidos. Em hidratação venosa em AVP. Dieta por v.o, branda, liberada bem aceita. Diurese espontânea presente. Segue sem queixas algicas e mantém sob cuidados Gerais. Mantém com tala gessada.	 Priscilla dos Santos M. Mendes Enfermeira COREN - PI 321602
11/04/2018 06:53:00	Paciente segue sem queixas algicas, ssvv estáveis. Aguarda visita médica.	 Priscilla dos Santos M. Mendes Enfermeira COREN - PI 321602

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

6. O RESPONSÁVEL E/OU PACIENTE compromete-se a pagar todas as despesas oriundas do tratamento do paciente, incluindo as diárias de internação, materiais, órteses e próteses, taxas de utilização de sala cirúrgica, medicamentos, exames, diagnóstico e tratamento médico-hospitalares ou demais profissionais da equipe, e que venham a ser realizados ou utilizados no decorrer da internação.
7. O RESPONSÁVEL assume, neste instrumento, de forma principal e solidária com o paciente, a obrigação de pagar todas as despesas do paciente, cabendo à CONTRATADA a faculdade de cobrar-las conjuntamente do PACIENTE E DO RESPONSÁVEL ou somente de um deles.
8. Em caso de internação pelo PLANO PARTICULAR, a CONTRATADA apresentará diariamente a conta parcial com a descrição das despesas, comprometendo-se o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL a pagá-las no prazo máximo de 24 horas (vinte e quatro) horas, após a entrega da conta, ou a pagá-las imediatamente após a prescrição médica da alta do paciente.
9. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL que optou pelo PLANO ECONÔMICO declara estar ciente que, se for necessário realizar algum item fora do PACOTE estabelecido inicialmente, o responsável pela internação deverá dirigir-se ao caixa da CONTRATADA para obter informações e pagar os valores correspondentes.
10. Fica estabelecido que a acomodação escolhida no ato da internação somente poderá ser alterada se houver disponibilidade nas dependências da CONTRATADA, salvo se for recomendado pelo médico responsável.
11. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara ter ciência das normas e condições para internação do paciente. Do mesmo modo, afirma que recebeu uma cópia do regulamento interno da CONTRATADA, com a descrição das regras de rotina do Hospital e conduta do acompanhante e dos visitantes, comprometendo-se a cumpri-las e transmiti-las aos familiares, acompanhantes e visitantes.
12. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL obriga-se a zelar pelos móveis, equipamentos, crachás, e demais utensílios de propriedade da CONTRATADA, bem como assume ser inteiramente responsável por todos os danos causados pelo paciente, acompanhante e visitantes ao mesmo.
13. A CONTRATADA disponibilizará ao paciente e seus familiares um armário com chave para que os objetos pessoais do paciente e de seu acompanhante sejam devidamente guardados. Por sua vez, o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL está ciente e concorda que não poderá guardar dinheiro ou outros objetos de valor (joias, relógios, óculos, prótese dentária e etc.) nos

caso de inadimplemento das obrigações assumidas, bem como, neste ato, isenta a CONTRATADA de qualquer responsabilidade pela transferência e/ou saída do paciente.

15. Fica estabelecido entre as partes que a diária hospitalar vence às 12:00h (doze horas) da manhã de cada dia. Após a alta hospitalar o paciente deverá desocupar as dependências do hospital no prazo máximo de uma hora. A ocupação do quarto após o prazo previsto poderá, à critério da CONTRATADA, acarretar a cobrança de mais uma diária.
16. As partes estabelecem que a responsabilidade assumida no presente instrumento é por prazo indeterminado, começando a vigorar a partir da assinatura deste instrumento até o pagamento final de todas as despesas, devendo a quitação ocorrer na data da alta do paciente. Em caso de mora, o valor será acrescido de multa de 2% (dois por cento), mais juros de 1% (um por cento) ao mês, e correção monetária conforme os índices estabelecidos pelo Poder Judiciário do Estado do Piauí, além de custas e honorários advocatícios, em caso de demanda judicial.
17. Fica eleito o foro da Comarca de Teresina, para dirimir quaisquer dúvidas ou conflitos decorrentes das responsabilidades aqui assumidas, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Teresina - PI, 30 de abril de 2013

Notamela da S. F. Assunção
Rafaela Assunção

Colaborador Responsável pela internação
CONTRATADA

Fátima Maria Brito da Silva
Fátima Maria Brito da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PI 053329

Licirne Macedo da S. Siqueira
Paciente ou Responsável
CONTRATANTE

FJ CORRETO
DE SEGURANÇA

Testemunha
R G:

13 JUL 2013

CPF:

DPVAT

Testemunha
R G:

CPF:



NEUROCENTRO

www.neurocentro.com

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALAR

RESPONSÁVEL	Cicirene Marcelo da Silva Santos		
ENDEREÇO	Rua São Paulo Matias		
BAIRRO	Cenho		
ESTADO	PI	CIDADE	Blubão Velloso
CPF	933 433 963 20	CEP	
ESTADO CIVIL	Solteiro	RG	1269114
TELEFONE	9958 1756	PROFISSÃO	
		E-MAIL	

PACIENTE	Cicirene Marcelo da Silva Filho		
ENDEREÇO	Rua São Paulo Matias		
BAIRRO	Cenho		
ESTADO	PI	CIDADE	Blubão Velloso
CPF	83054235300	CEP	
ESTADO CIVIL	Solteiro	RG	373455240
TELEFONE	9434 0393	PROFISSÃO	
		E-MAIL	

CONTRATADO			
PACIENTE	CLÍNICA JACINTO LAY EPP (NEUROCENTRO)		
ENDEREÇO			
BAIRRO			
ESTADO			
CNPJ			
SITE			

CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

ACOMODAÇÃO ESCOLHIDA PELO RESPONSÁVEL E/OU PARIENTE: () Enfermaria (X) Apartamento

Pelo presente Instrumento particular e na melhor forma de direito, as partes designadas acima têm justo e acertado, o que a seguir se expõem, que mutuamente aceitam e outorgam.

1. O RESPONSÁVEL E/OU PACIENTE, após conhecer a infra estrutura disponível da CONTRATADA, contrata a prestação de serviços hospitalares especializados, decorrentes de internação hospitalar e/ou serviços ambulatoriais, momento em que autoriza a CONTRATADA a executar por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável ou demais profissionais para o tratamento do PACIENTE.

2. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL declara que foi informado no cadastro inicial de...

3. O PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL tem liberdade e autonomia para escolher a equipe médica responsável pelo tratamento do paciente sem nenhuma interferência da CONTRATADA. Por conseguinte, fica acordado, neste ato, que o PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL que contratou o plano econômico ou particular pagará os honorários dos profissionais médicos diretamente aos mesmo, mediante negociação livre e direta.

4. O procedimento cirúrgico de amputação de membros no paciente somente será realizado mediante indicação médica e com autorização escrita do próprio paciente ou, se o mesmo estiver impossibilitado, do responsável legal ou algum familiar direto.

5. O RESPONSÁVEL E/OU PACIENTE está ciente de que a CONTRATADA...



TERMO DE ESCLARECIMENTOS E DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO OU PROPOSTA TERAPÊUTICA

1. Pelo presente termo, eu, Enéas Macedo da Silva Filho (idade), 37 (nacionalidade), Brasileiro (estado civil), Solteiro (profissão), portador (a) do RG n.º 373455140, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 83054235300, residente e domiciliado na _____, declaro para os devidos fins e efeitos de direito que:
2. Em consulta com o Dr. Alcione Veras Viana, CRM-PI n.º _____, profissional médico por mim escolhido, fui informado(a) que sou portador (a) da moléstia denominada Cirurgia de Tornozelo e que, após a realização de exames complementares necessários à investigação e conclusão diagnóstica, sabendo das alternativas de tratamento propostas, devidamente esclarecido(a) e informado(a) sobre as vantagens e desvantagens dos métodos possíveis, optei pela realização do procedimento cirúrgico denominado Cirurgia de Tornozelo, com o qual concordo a ser submetido, pelo que autorizo o médico acima e demais profissionais de sua equipe, a realizarem o referido ato cirúrgico, comprometendo-me a seguir todas as instruções pós-operatórias necessárias ao meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento.
3. Sou sabedor (a) de que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, TODOS os medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas no período intra e pós-operatório, como por exemplo, sangramentos durante a cirurgia.
4. Também fui informado (a) de que as cirurgias, independentemente de todos os cuidados a serem tomadas, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento.
5. Foi esclarecido (a) também que inexistem formas e métodos eficazes para calcular com precisão o tempo, a capacidade e o resultado final da cicatrização de tecidos como pele, músculos, gordura, vísceras e ossos, após procedimento cirúrgico.
6. Foi também orientado (a) de que o uso de fumo e álcool pode prejudicar a cicatrização, limitando o sucesso da cirurgia.
7. Estou ciente, ainda, de que podem ocorrer complicações durante o procedimento cirúrgico, e que estas intercorrências podem exigir providências imediatas, a critério do médico, para assegurar minha integridade física e saúde.
8. Assim, autorizo as medidas que forem necessárias, indicadas pelo médico, incluindo eventual remoção de urgência. Internação em unidade de terapia intensiva, remoções para outras instituições com recursos que meu caso exija.
9. Da mesma forma, fui informado(a) de que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem utilizados.
10. Tenho conhecimento de que durante o procedimento cirúrgico ou no período de pós-operatório, podem aparecer situações inusitadas que requeiram procedimentos adicionais e não previstos na presente data e descritos neste informe, que poderão ser indicados visando o sucesso do tratamento.
11. Estou ciente de que seria impossível para o médico me descrever TODAS as complicações e/ou riscos possíveis de acontecer no tratamento que me está sendo proposto, mas que fui informado(a) a respeito das situações mais frequentes.
12. Igualmente, sou sabedor (a) de que apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu médico, não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia, com relação à cura da minha doença.

Teresina, 30 de 04 de 18

Alcione Macedo da Silva Santos RG: _____

Assinatura do paciente ou responsável legal

Testemunhas

Nome:

RG n.º

Nome:

RG n.º



PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST POSTO

NOME DO PACIENTE: Brean Macido da Silva Filho

- (☒) Conferir a Identificação do paciente
- (☒) Conferir cirurgia agendada
- (☒) Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- (☒) Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- (☒) Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- (☒) Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- (☒) Preparar o paciente com gorro, propé, camisa e lençol
- (☒) Retirar peças íntimas
- (☒) Colocar compressa em paciente com sangramento transvaginal
- (☒) Verificar acesso venoso periférico calibroso com Jelco N°18 ou menos que 18
- (☒) Verificar instalação de hidratação venosa
- (☒) Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- (☒) Avaliar estado geral do paciente
- (☒) Fazer registro de enfermagem no prontuário
- (☒) Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- (☒) Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- (☒) Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- (☒) Conferir demarcação do local da cirurgia.
- (☒) Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

Data: 10 de abril de 2019

Enfermeiro responsável: Enf. Francisca

Francisca S. F. Assunção
Enfermeiro(a)
Estadual

Francisca S. F. Assunção
Enfermeiro(a)
Estadual

HISTÓRICO DO PACIENTE

PACIENTE Enear Macedo da Silva Filho
 DN: 05/06/80 IDADE 37 SEXO M(☒) F() CONVENIO: 2/ Econômico
 PRONTUÁRIO: 278865-02 ACOMPANHADO: 88mã

DIAGNÓSTICO
 CLÍNICO () CIRÚRGICO ()

PROCEDÊNCIA
 CASA (☒) CONSULTÓRIO () HOSPITAL () OUTRO ()

GRAU DE DEPENDÊNCIA
 DEAMBULANDO (☒) COM AUXÍLIO (☒) CADEIRA DE RODAS () ACAMADO ()

CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS
 CONSCIENTE (☒) ORIENTADO () INCONSCIENTE () CONFUSO () SONOLENTO ()

DICÇÃO
 FÁSICO (☒) LENTO () IAFÁSICO () RNC ()

SINAIS VITAIS
 PA: 140 / 80 MMHG FC: 63 BPM FR: 20 °M T°: 36.5 °C

CLICEMIA CAPILAR	PESO.....		SIM	NÃO
DOENÇA PRÉ-EXISTENTE				
DOENÇAS CARDÍACAS				
DIABETES				
DOENÇA RENAL				
DOENÇA HEPÁTICA				
DOENÇA NEUROLÓGICA				
TABAGISTA (QUANTIFICAR				
ASMA				
DOENÇAS TIREÓIDES				
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA				
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA				
DISTÚRPIO PSQUIÁTRICO				
ETILISTA (QUANTIFICAR				

FAZ USO DE MEDICAÇÕES SIM () NÃO (☒)
QUAIS

ALERGIAS SIM () NÃO (☒)

CIRÚRGICO Tratamento Cirúrgico Fract. tornozelo.

CIRURGIA Raque

ANESTESIA Raque

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature



NEUROCENTRO

PASSAGEM DO PACIENTE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO

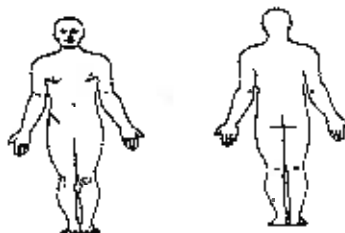
Paciente: Enzo Macêdo d. Silva Filho

Data: 10/01/2018 Horário: 14:30 h. Médico: Alcides

Cirurgia: Trat. fr. Lomazela Convênio: PL

1-Medicação e Horários:

2 - Localização da Placa:



MSD () MID ()

MSE () MIE ()

MSD () MID ()

MSE () MIE ()

3-Acesso Venoso:

MSD () MSE (☒) MID () MIE () ACESSO CENTRAL ()

4-Sonda Vesical de Demora:

Sim () Não (☒)

5-Dreno de Sucção

Sim () Não (☒)

Local: _____

6-Intercorrências:

8-Local da incisão

9-Anestesia:

Boa

Neurocentro
Rua Olavo Bilac, Centro, 1737, sala 01 Teresina
Engenplus - SISAC - Engenharia de Sistemas

10/04/2018 08:06:28

FICHA INTERNAÇÃO

Nome **ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO**
Prontuário **278861.01**
Sexo **Masculino**
Profissão
Identidade **373455240/**
Data Nascimento **05/08/1980**
Idade **37 anos**
CPF **83054235300**
Filiação
Endereço **Rua Rua Sao Paulo Matias**
Bairro **Centro**
Cidade **Elesbão Veloso/P1**
Telefone
Responsável
End. do Resp.

Convênio **PLANO ECONOMICO**

Código Paciente **278861**

Matricula **3254822**

Titular

Gula de Internação

Validade Carteira **/ /**

Útil. Pagto **/ /**

INTERNAÇÃO:

Data de Entrada **10/04/2018 07:58:00**
Acomod. Autortz. **Apartamento**
Local **- apartamentos**
Tratamento **6. Cirúrgico**
Recepção **AURELIAM**
Médico **Alcimar Veras Viana**
Diagnóstico
Procedimento **25884872 CIRURGIA DE TORNOZELO**

Histórico **Cirurgia de Tornozelo**

Observação

x Liciere de Macedo da Silva Santos.

Boletim de Anestesia

Paciente: ENAS Mano da Silva Filho
 DN: _____

Cirurgião: Dr. Alconon

Cirurgia Realizada: Tto cirurgico prot tornozelo

Condições Pré-Operatórias: _____

Risco: MA II

Exames Clínicos: 10/04/18

Agentes Anestésicos		Sequência									
1 Oxigênio											
2 Isoflurano											
3 Sevoflurano											
4											
5											
Líquido		<u>fr fr fr</u>									
Capnógrafo	C	280									
	38	240									
		220									
P. arterial		200									
		180									
		160									
Pulso	36	150									
		140									
		120									
Início Flm Anestesia	34	100									
		80									
		60									
Início Flm Cirurgia	32	40									
		20									
		10									
Oxigênio	30										
Diluição											

Técnica de Anestesia: raque

Acidente - Incidente: _____

Justificativas: _____

Oxigênio	Paciente Transfundido	Monitorização
Início	GS	ECG +
Término	RH	PAM +
	VOL	PANI +
		Oxímetro +
		Capnógrafo +
		PVC +

Total de Doses:

Adrenalina _____ amp

Atropina _____ amp

Água dest. 10ml _____ amp

Cafemexin 02 fr

Decadron _____ fr

Odoromid 15mg _____ amp

Dipirona _____ amp

Dilmor _____ amp

Diprivan _____ amp

Odoladepam _____ amp

Efortil 01 amp

Fentanil _____ ml

Halotano _____ ml

Isoflurano _____ ml

Narcan _____ amp

Neocaina 0.5% neob. at

Novobupivacaina 0.5% _____ amp

Ondasetron _____ amp

Pancuron _____ amp

Piastil _____ fr

Profenid _____ amp

Prostigmina _____ amp

Qualcin _____ amp

Sevoflurano _____

Soro Glicosado _____ fr

Soro Fisiológico 03 fr

S. Ringer Lactato _____ fr

Sufenta _____ amp

Toragesic _____ amp

Trecur _____ amp

Ultiva _____ amp

Xilocalina _____ ml

Tubo n° _____ und

Aguilha sphroon n° 25-001 und

Dr. João _____

Costas _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Nome do Paciente Emas Nacido de Silva Filho

Diagnóstico Pré-operatório

Cirurgia Osteossíntese tornozelo

Cirurgia <u>A. C. Viana</u>	Assistente
-----------------------------	------------

Instrumentador <u>B. N. D.</u>	Anestesista <u>J. J.</u>	Anestesista <u>R. G. R.</u>
--------------------------------	--------------------------	-----------------------------

Data da Cirurgia <u>20/04/2008</u>	Início <u>24:30</u>	Fim <u>15:30</u>
------------------------------------	---------------------	------------------

Diagnóstico Pós-cirúrgico

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Cirurgia

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Técnica, Ligadura, Sutura, Drenagem, Fechamento)

1. Ref. em 30m no par

2. Ref. no 2

3. Placa e parafusos

4. Ref.

Dr. Aclayna Viana
 Cirurgião de Mão e Cotovelo
 CRM: 26317-0/01-1052

BOLETIM DE CONTROLE DE PEQUENA CIRURGIA DATA 10/11/2018

NOME DO PACIENTE: Enzo Macedo de Souza Filho	NOME DO PROTOUÁRIO: 278881.0
CIRURGIÃO: Alciomara	AUXILIAR:
CIRURGIA: T. cir. total bsnogel	CONVÊNIO: F-E
ANESTESISTA: J-J	ANESTESIA: Ragn
INSTRUMENTADO: Bruno	CIRCULANTE: Adelar e Alyne

MATERIAL DE CONSUMO

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
	MATERIAIS		
201026	AGULHA 40/12	UND	
201025	AGULHA 30/8	UND	04
201021	AGULHA 25/7	UND	
	AGULHA 13/45	UND	
	CLIP DE VIDEO	UND	
	SCALP Nº	UND	
	JELCO Nº	UND	
	POLIFIX 2 VIAS	UND	
	TORNEIRINHA	UND	
	IRRIGOPLAS VIAS	UND	
	SANGOFIX (EQUIPO)	UND	
	TELA DE PROLENE	UND	
	TRANSOFOX	UND	
	EQUIPO MAGROGOTAS	UND	
203001	ESPARADRAPO	CM	200
81804	MICROPORO ESTÉRIL	CM	
	LAMINA BISTURI Nº 24	UND	02
	LUVA ESTÉRIL Nº 8.0	PAR	04
	LUVA ESTÉRIL Nº 7.5	PAR	04
	LUVA DE PROCED TAM:	PAR	30
	SONDA DE FOLEY Nº	UND	
	SONDA URETAL Nº	UND	
	SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	UND	
	SONDA NASOGASTRICA Nº	UND	
	CAPA DE VIDEO	UND	
	CATETER PARA OXIGÊNIO	UND	
	COLETOR DE URINA S. FECHADO	UND	
233002	COLETOR DE URINA S. ABERTO	UND	

CÓDIGO	DISCRIMINAÇÃO	UND	QUANT
	CATETER DUPLO J Nº	UND	
	DRENO SUCTOR Nº	UND	
	DRENO DE PENROSE Nº	UND	
	SERINGA 60cc	UND	
	SERINGA 20cc	UND	04
	SERINGA 10cc	UND	
201043	SERINGA 05cc	UND	
	SERINGA 03 cc	UND	
	SERINGA 01 cc	UND	
	ELETRODOS	UND	
	XYLOCAINA	GR	
	BOLSA DE COLOSTOMIA	UND	
	SOLUÇÕES		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml	FRSC	
142027	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml	FRSC	
145026	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml	FRSC	
145030	SORO FISIOLÓGICO 0,5% 500ml	FRSC	
145029	SORO FISIOLÓGICO 0,5% 250ml	FRSC	
145020	ÁGUA DESTILADA 10ml	UND	
	ÁGUA DESTILADA 500ml	FRSC	
235007	PVPI TÓPICO	ML	
235006	PVPI DERGEMANTE	ML	
236001	ÁGUA OXIGENADA	ML	
	CLOREXIDINA ALCOOLICA	ML	200
	CLOREXIDINA DEGERMANTE	ML	200
	ÉTER	ML	
	SORBITOL	UND	
	ÁLCOOL A 70%	ML	200

Neurocentro			
Paciente	ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO	Convênio	PLANO ECONOMICO
Idade	37 anos	Data	11/04/2018
Peso	100 Kg	Internado	1 dia(s)
Altura	1,00 m	Prontuário	278861,01
Médico	Alcimar Veras Viana	Leito	BEM ESTAR
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Relatório nº 4596
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			

SINAIS VITAIS

HORA	Pressão mmHg	FR lrm	FC bpm	Temp. °C	Saturação %	Glic.Capilar mg/dL	SNG ml	Diurese ml	Dreno1 ml	Dreno2 ml	Dreno3 ml	Responsável
10/04/18	130 X 80	20	70	36	0	0	0	0	0	0	0	MSP <i>fontes</i> Mário Solidão Pereira dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PI 4596
10/04/18 09:30	140 X 80	20	63	36,5	0	0	0	0	0	0	0	<i>Fontes</i> Francisco Natalino Martins de A. Soares Téc. Enfermagem COREN-PI 4596
10/04/18 17:21	12 X 8	0	0	35,4	0	0	0	0	0	0	0	Aislana Guimarães Rodrigues Téc. Enfermagem COREN - PI: 0370936
11/04/18 08:12	130 X 80	20	70	36	0	0	0	0	0	0	0	MSP <i>fontes</i> Mário Solidão Pereira dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PI 4596

APLICAÇÕES

HORA	Descrição	Usuário

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	Responsável
10/04/2018 09:00	Paciente admitido para TTC de FRATURA DE TORNOZELO, consciente, orientado, fásico, em cadeira de rodas, proveniente de Elaboração Veloso, acompanhado de sua irmã, consciente, orientado, fásico, deambulando SSVV estável. Dieta zero, desconhece DM e HAS, eliminações fisiológicas presente sem queixas algicas, exames anexo no prontuário, segue sob cuidados da equipe.	<i>Fontes</i> Francisco Natalino Martins de A. Soares Téc. Enfermagem COREN-PI 4596
10/04/2018 14:34	Paciente encaminhado para o CC.	Aislana Guimarães Rodrigues Téc. Enfermagem COREN - PI: 0370936
10/04/2018 15:53	Paciente retorna do CC, em POI DE FRATURA DE TORNOZELO, segue sobre o efeito da anestesia, consciente, orientado, calmo no leito, SSVV dentro da normalidade, segue em H.V, segue bem e sem queixas.	Aislana Guimarães Rodrigues Téc. Enfermagem COREN - PI: 0370936
10/04/2018 18:50	administrado medicação de horário (dipirona+ranitidina+cefazolina+dexametasona)	Aislana Guimarães Rodrigues Téc. Enfermagem COREN - PI: 0370936
10/04/2018 19:31	Recebo paciente em POI DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO, consciente, orientado fásico com AVP prévio DIURESE espontânea segue cuidados de enfermagem	MSP <i>fontes</i> Mário Solidão Pereira dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PI 4596
10/04/2018 23:00	adm DIPIRONA+AD EV, de horário.	MSP <i>fontes</i> Mário Solidão Pereira dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PI 4596
11/04/2018 08:00	INSTALADO SF 500ML +SF, dipirona+ad ev, cefazolina+ad ev, de horário.	MSP <i>fontes</i> Mário Solidão Pereira dos Santos Téc. Enfermagem COREN - PI 4596

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	Responsável

Paciente	Neurocentro	Convênio	PLANO ECONOMICO
Nome	ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO	Data	10/04/2018 10:53
Idade	37 anos	Internado	1 dia(s)
Peso	80,00 Kg	Prontuário	278861.01
Altura	1,80 m	Leito	BEM ESTAR
Médico	Alciomar Veras Viana	Número	Prescrição nº 66090
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958		

PREScrição DE ENFERMAGEM

18.	Supervisionar infusão venosa e gotejamento	manhã	tarde	noite
19.	Verificar sinais vitais	manhã	tarde	noite
20.	Conversar com o paciente minimizando ansiedade	atenção		

Ass. 
Francisca das Chagas Macedo Mendes
COREN - PI 381602

	Neurocentro		
Paciente	ENEAS MACÊDO DA SILVA FILHO	Convênio	PLANO ECONOMICO
Idade	37 anos	Data	10/04/2018 10:53
Peso	,00 Kg	Internado	1 dia(s)
Altura	,00 m	Prontuário	278861.01
Médico	Alcimar Veras Viana	Leito	BEM ESTAR
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958	Número	Prescrição nº 66090
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			

Padrão respiratório ineficaz relacionado a:

Dor

Ansiedade

Risco para infecção relacionado a:

Procedimentos invasivos

Destruição de tecidos

Extremos de idade

Integridade da pele prejudicada relacionada a:

Fatores mecânicos

Metabolismo alterado

Imobilidade física

Proeminência esquelética

Dor relacionada a agentes lesivos/químicos, físicos e biológicos

Náusea relacionada a pós-operatório imediato, irritação do trato gastro intestinal

Diminuição do nível de consciência

Constipação, diarreia relacionada a:

Imobilidade no leito

Déficit no autocuidado para eliminação, higienização e higiene íntima relacionado a:

Dor

Comunicação verbal prejudicada relacionada a:

Barreiras física

Efeitos de medicamentos

Ansiedade, medo relacionada a:

Mudança de ambiente

Estresse

Apreensão

Nervosismo

Francisca dos Santos M. Mendes
Enfermeira
COREN - PI 381802

	INTERVENÇÕES	HORÁRIO
1.	Avallar e registrar presença de sinais flogísticos em locais de punção venosa periférica	atenção
2.	Lavar as mãos antes e após manuseio do paciente	sempre
3.	Trocar local da punção venosa periférica 72h	atenção
4.	Atentar para Integridade da pele	manhã tarde noite
5.	Manter lençóis limpos, secos e esticados	atenção
6.	Manter posição confortável no leito	manhã tarde noite
7.	Registrar características e local da dor	manhã tarde noite
8.	Conversar durante os cuidados minimizando o estresse	atenção
9.	Explicar antes de realizar os procedimentos	sempre
10.	Manter unidade do paciente na penumbra após meia-noite	noite
11.	Proporcionar ambiente silencioso e confortável	atenção
12.	Orientar e esclarecer dúvidas ou angústias da família durante a visita ao paciente	atenção
13.	MANTER CUIDADOS GERAIS	manhã tarde noite
14.	Manter cabeceira elevada --30---°	atenção
15.	Orientar jejum a partir de:06 horas	atenção

Local	Neurocentro	Convênio	PLANO ECONOMICO
Paciente	ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO	Data	11/04/2018
Idade	37 anos	Internação	1 dia(s)
Peso	70,00 Kg	Prontuário	278861.01
Altura	1,60 m	Leito	BEM ESTAR
Médico	Alcimar Veras Viana	Número	Relatório nº 4608
Dir. Técnico	Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958		

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS												Responsável
HORA	Pressão mmHg	FR lrm	FC bpm	Temp. °C	Saturação %	Glic. Capilar mg/dL	SNG ml	Diurese ml	Dreno1 ml	Dreno2 ml	Dreno3 ml	
11/04/19 12:00	160 X 90	19	98	36,7	98	0	0	0	0	0	0	Francisca Siqueira Francisca dos Chagas da Silva Téc. Enfermeira COREN - PI 618419

APLICAÇÕES		Usuário
HORA	Descrição	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM		Responsável
HORA	DESCRIÇÃO	
11/04/2018 08:34	Paciente segue no 1º DPO de FRATURA DE TORNOZELO, consciente, orientado, fásico, em repouso no leito, diurese presente e espontânea, com boa aceitação da dieta, realizado banho de aspersão e curativo na FO limpa e seca, segue sem queixas sob cuidados da equipe.	Francisca Siqueira Francisca dos Chagas da Silva Téc. Enfermeira COREN-PI 618419
11/04/2018 09:00	Administrada medicações de horário (Ranitidina+AD, Dexametasona+AD), segue sob cuidados da equipe.	Francisca Siqueira Francisca dos Chagas da Silva Téc. Enfermeira COREN-PI 618419
11/04/2018 11:00	Administrada medicações de horário (Dipirona+AD, Cefazolina+AD), segue sob cuidados	Francisca Siqueira Francisca dos Chagas da Silva Téc. Enfermeira COREN-PI 618419
11/04/2018 12:02	Paciente segue consciente, orientado, fásico, em repouso no leito, SSVV dentro da normalidade, diurese presente e espontânea, com boa aceitação da dieta, segue em soroterapia, sem queixas algicas no momento, sob cuidados da equipe.	Francisca Siqueira Francisca dos Chagas da Silva Téc. Enfermeira COREN-PI 618419
11/04/2018 12:10	Paciente recebeu visita médica (DR ALCIONAR), avaliado pelo médico recebeu alta hospitalar com receita e orientações.	Francisca Siqueira Francisca dos Chagas da Silva Téc. Enfermeira COREN - PI 618419

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		Responsável
HORA	DESCRIÇÃO	
11/04/2018 12:27:00	Paciente evolui no 1º DPO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO, Consciente e orientada, fásico, calmo no leito, ssvv dentro das normalidades, aceita dieta oferecida, sem queixas algicas, mantendo soroterapia, diurese presente espontânea, realizado banho de aspersão e feito curativo na FO limpa e seco, aguardando visita médica, segue sob cuidados da equipe.	Francisca Siqueira Francisca dos Chagas da Silva Téc. Enfermeira COREN - PI 618419
11/04/2018 13:57:00	Paciente recebeu alta médica, entregue receitas e orientações gerais, retirado AVP, segue sob cuidados da equipe.	Francisca Siqueira Francisca dos Chagas da Silva Téc. Enfermeira COREN - PI 618419

(LOGO)

Neurocentro

Rua Olavo Bilac, Centro, 737, sala 01

SISAC Sistema de Gestão Hospitalar

0068098

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente **ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO**
Código **278861.01**
Nascimento **05/06/1980**
Idade **37 anos**
Convênio **PLANO ECONOMICO**
Matrícula **3254822**
Médico Assistente **Alcimar Veras Viana**
Dir. Técnico **Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958**
Médico Prescritor **Alcimar Veras Viana**
Alergia **Alergias não Info.**

Prontuário **278861**
Leito **REC-CC 03**
Internação **10/04/2018**
Internado **0 dias**
Número **66098**
Data **10/04/2018 16:12:20**
Página **1**

Diagnóstico: **S82 Fractura da Perna Incl Tomozela**
Enfermagem: **savv 6/8hs**
Nutrição: **livre**

MEDICAÇÃO

HORÁRIO

Medicação endovenosa

1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500ML FR - 1 FR EV [6/8]	06:00	12:00	18:00	00:00
2	DIPIRONA AP 1G/2ML - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV [6/8]	07:00	13:00	19:00	01:00
3	RANITIDINA (ZYLUM) 50MG/2ML AP - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV [8/8]	07:00	13:00	19:00	01:00
4	CEFAZOLINA (KEFAZOL) 1G FR - 1 FR + AD 10 ML 10ml EV [6/8]	07:00	13:00	19:00	01:00
5	TRAMADOL AP 100MG/2ML - 1 AP + S.F 100 ML 100ml EV [8/8] SOS				
6	ONDANSETRONA (ZOFAN) (VONAU) 4MG/2ML AP - 1 AM + AD 10 ML 10ml EV [8/8] SOS				
7	DEXAMETASONA 10MG/2,5ML AP - 1 AP + AD 10 ML 10ml EV [8/8] FAZER 1CC +AD 9ML LENTO	11:00	13:00	15:00	17:00

Ass.

Alcimar Veras Viana
CRM 2631

Dr. Alcimar Veras Viana
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM: 2631 TEOT-10452

Chivo

Alta

Dr. Alcimar Veras Viana
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM: 2631 TEOT-10452

Nome: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO

Requisitante: OSMAR SILVA A. FILHO

Data: 09/04/2018

Nº.: 43356

EXAME: RX DO TORNOZELO ESQUERDO (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Fratura oblíqua completa do maléolo lateral.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Aumento de volume das partes moles.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO

CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3485-1201 - Valença do Piauí

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Adriano Carlos de Sousa Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 819.394.433/53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Enéas Macedo da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 830.542.353/00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Enéas Macedo da Silva Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 830.542.353/00, 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		Número	Complemento
Rua Sete de Setembro		244	Centro
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Olinda Veloso	Piauí	64325-000
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
carladrianasousa@gmail.com		(86) 99493-5001	(86) 99981-6008

Em Olinda Veloso a 18 de junho de 2018
Local e Data

Adriano Carlos de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

PJ CORRETO
DE SEGURANÇA

13 JUL 2018

DPVAT



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: 0800 86 8888

Fatura Mensal

305028-9		Hidrometro		ABR/2018																																					
		A04N246147																																							
Nome/Razão Social/Endereço CATARINA FLORENÇA DA SILVA RUA SÃO PAULO, 100 MATADOURO TELESBAO VELOSO 64325000																																									
AG= 162																																									
Situação Ativa/Segura	Rel.	Categorias de Uso		Inscrição																																					
3/1	1	Com.	Ind.	Pub.	36 1 03 0269 0025-000																																				
15/03/2018		14/04/2018		30																																					
<table border="1"><thead><tr><th>Mês/Ano</th><th>Histórico de Consumo</th><th>Consumo</th><th>Ocorr.</th></tr><tr><th></th><th>Litros</th><th>Tarifa</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>10/17</td><td>1160</td><td>6</td><td>0</td></tr><tr><td>11/17</td><td>1168</td><td>6</td><td>0</td></tr><tr><td>12/17</td><td>1175</td><td>7</td><td>0</td></tr><tr><td>01/18</td><td>1181</td><td>6</td><td>0</td></tr><tr><td>02/18</td><td>1187</td><td>6</td><td>0</td></tr><tr><td>03/18</td><td>1191</td><td>4</td><td>0</td></tr><tr><td>04/18</td><td>1196</td><td>3</td><td>0</td></tr></tbody></table>						Mês/Ano	Histórico de Consumo	Consumo	Ocorr.		Litros	Tarifa		10/17	1160	6	0	11/17	1168	6	0	12/17	1175	7	0	01/18	1181	6	0	02/18	1187	6	0	03/18	1191	4	0	04/18	1196	3	0
Mês/Ano	Histórico de Consumo	Consumo	Ocorr.																																						
	Litros	Tarifa																																							
10/17	1160	6	0																																						
11/17	1168	6	0																																						
12/17	1175	7	0																																						
01/18	1181	6	0																																						
02/18	1187	6	0																																						
03/18	1191	4	0																																						
04/18	1196	3	0																																						
Forma de Pagamento FATURADO P/ MÍNIMO DA LIGAÇÃO																																									
Cód. Responsável 907857922			Código de Tarifa 01																																						
Consumo Anterior 6		Consumo Atual 6		Consumo Realizado																																					
Consumo 5		Consumo Faturado 12																																							
Cód. Nome do Serviço					Valor (R\$)																																				
ÁGUA					26,91																																				
MANUTENÇÃO HIDROMETRO					1,60																																				

VENCIMENTO 21/04/2018 28,51
PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA.
CONFORME LEI FEDERAL 11.448/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.





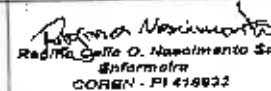
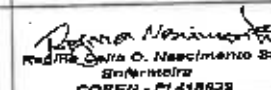
CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2914/2011 ANVISA							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Coliformes	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0-8,0	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Coletadas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que atenderam legislação	0.37	0.19	0.77	7.80	0.00	0.00	0.00
Valor Médio	RESERVA A QUALIDADE DA ÁGUA. LIGUE OS RESERVATÓRIOS SEPARADAMENTE						
Conclusão							
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPTSA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL							

SE CORRETORA
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

Paciente	Neurocentro	Convênio	PLANO ECONOMICO
Idade	ENÉAS MACEDO DA SILVA FILHO	Data	11/04/2018
Peso	37 anos	Internado	1 dia(s)
Altura	,00 Kg	Prontuário	278881.01
Médico	,00 m	Leito	BEM ESTAR
Dir. Técnico	Aldimar Veras Viana	Número	Relatório nº 4596
Jacinto Barbosa Lay Chaves CRM 2958			
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			

10/04/2018 10:38:00	Paciente admitido para tratamento cirúrgico de cirurgia de tornozelo, Procedente de Elesbão Veloso/PI, acompanhado de sua irmã, consciente e orientado, fásico, cadeirante, normotenso(14/8) normocardio(63) eupneico(20) afebril(38.5°) Nega alergia medicamentosa e desconhece HAS e DM, eliminações fisiológicas espontânea, instalado soroterapia em MSE com Jelco nº20, exames anexo no prontuario, aguardando chamado para CC, segue sob cuidados da equipe.	 Priscilla das Orlas M. Mendes Enfermeira COREN - PI 281602
10/04/2018 12:51:00	EM TEMPO: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 07/04/2018, COM FRATURA DE TORNOZELO.	 Priscilla das Orlas M. Mendes Enfermeira COREN - PI 281602
10/04/2018 14:58:00	Paciente encaminhado para CC em cadeira de rodas e prontuario e exames, segue sob cuidados da equipe.	 Priscilla das Orlas M. Mendes Enfermeira COREN - PI 281602
10/04/2018 16:26:00	Paciente retorna do CC no POI DE FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, Consciente e orientado, calmo no leito, respirando ar ambiente, pele hidratada, sem queixas algicas, diurese ausente até o momento, mantendo soroterapia, feito devolução dos exames, segue sob cuidados da equipe.	 Priscilla das Orlas M. Mendes Enfermeira COREN - PI 281602
10/04/2018 20:13:00	Paciente segue em POI DE FRATURA DE TORNOZELO. Consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. Ssvv mantidos. Em hidratação venosa em AVP. Dieta por v.o, branda, liberada bem aceita. Diurese espontânea presente. Segue sem queixas algicas e mantém sob cuidados Gerais. Mantém com tala gessada.	 Regina Nascimento Enfermeira COREN - PI 418932
11/04/2018 08:53:00	Paciente segue sem queixas algicas, ssvv estaveis. Aguarda visita médica.	 Regina Nascimento Enfermeira COREN - PI 418932

FJ CORRETORA
DE SEGURO

13 JUL 2018

DPVAT



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000214/2018-51

Unidade da Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Emanuel Pereira Resende

Data/Hora: 11/06/2018 - 17:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ELESBÃO VELOSO

Data/Hora

07/04/2018 - 19:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Endereço

POVOADO MOCAMBO, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 373455240 SSP SP

Mãe: CATARINA FLORENÇA DA SILVA

Pai: ENEAS MACEDO DA SILVA

Endereço: RUA SÃO PAULO, Nº 100

Bairro: MATADOURO

Cidade: ELESBÃO VELOSO

PJ CORRETOCA
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG 150	2010	NIX1383	9C2KC1550AR175877	00232794464	Preta

Condutor: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO

End: RUA SÃO PAULO Número: 100 Complemento:

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: MATADOURO

Proprietário: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO

End: RUA SÃO PAULO Número: 100

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: MATADOURO

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NO DIA E HORA SUPRA O NOTICIANTE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA PELA ESTRADA VICINAL QUE DÁ ACESSO AO POVOADO MOCAMBO, ZONA RURAL DE ELESBÃO VELOSO/PI, MOMENTO EM QUE FOI DESVIAR DE UM BURACO E PERDEU O CONTROLE DE SEU VEÍCULO, VINDO A CAIR NO CHÃO; QUE A MOTOCICLETA CAIU EM CIMA DO PÉ ESQUERDO DO NOTICIANTE, VINDO A LESIONAR SEU TORNOZELO; QUE O AMIGO DO NOTICIANTE, O SR. FRANCISCO DA CRUZ SOUSA MOURA, VINHA LOGO ATRÁS E PRESENCIOU O ACIDENTE; QUE O SR. FRANCISCO PAROU E AJUDOU SOCORRER O NOTICIANTE, LEVANTANDO-O E EM SEGUIDA O LEVOU PARA A RESIDÊNCIA DE SUA IRMÃ, A SRA. CARME CILENE, LOCALIZADA PRÓXIMO AO LOCAL DO FATO; QUE NO DIA SEGUINTE, O NOTICIANTE SENTIU FORTES DORES EM SEU TORNOZELO ESQUERDO E POR ESTA RAZÃO FOI LEVADO PARA A CIDADE DE TERESINA/PI, ONDE PASSOU POR ATENDIMENTO MÉDICO, NA CLÍNICA NEUROCENTRO, E DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO TEVE QUE REALIZAR UMA CIRURGIA NO MEMBRO AFETADO. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Emanuel Pereira Resende

Escrivão de Polícia Civil

Emanuel Pereira Resende - Mat. 2991268

ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Eneas Macedo da Silva Filho

ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO - Noticiante

Responsável pela Informação



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

1182 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000214/2018-51

Paulo Gregório R. da Silva
DELEGADO DE POLÍCIA COM.
Delegado de Polícia



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Enes Macedo da Silva Filho

CPF da Vítima

830.542.353.00

Data do Acidente

07.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Assinatura

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

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

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

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

Enes Macedo da Silva Filho 18 de Junho de 2018
Local e Data



Enes Macedo da Silva Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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: 3180321684
Nome do(a) Examinado(a): Eneas Macedo da Silva Filho
Endereço do(a) Examinado(a): R S Paulo, 100
Matias Elesbao Veloso PI CEP: 64325-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 373455240
Data local do acidente: [07/04/2018]
Data local do exame: [11/10/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: JULHO/DE/2018.
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA 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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exceto para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

830.542.353-00

Nome completo da vítima

Éneas Macedo da Silva Filho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Éneas Macedo da Silva Filho		CPF titular da conta 830.542.353-00	Profissão Lavrador
Endereço Rua São Paulo		Número 100	Complemento matadouro
Bairro Matadouro	Cidade Esterão Veloso	Estado Piauí	CEP 64325-000
Município Ressaca-se		Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	BANCO
AGÊNCIA NRO. 0788 DIV 9 CONTA NRO. 10-163 DIV X (Informar dígito se existir)	Nome AGÊNCIA NRO. DIV CONTA NRO. DIV (Informar dígito se existir)

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

Éneas Si, 18 de Junho de 2018
Local e Data

PJ CORRETO DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

Éneas Macedo da Silva Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 12 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO

Nº Sinistro: 3180321684

Vitima: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180321684**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO**

Sinistro: **3180321684**
Vítima: **ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO**
Data do Acidente: **07/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180321684** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO
Nº Sinistro: 3180321684
Vitima: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO
Data do Acidente: 07/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180321684**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13167885



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO

Sinistro: 3180321684
Vítima: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO
Data do Acidente: 07/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180321684** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO**

Nº Sinistro: **3180321684**

Vitima: **ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: **07/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321684**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13107376



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00788-9

CONTA: 000010010163-1

Nr. da Autenticação 65F423F8C40A6BAB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255307/18

Número do Sinistro: 3180321684

Vítima: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO

CPF: 830.542.353-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ENEAS MACEDO DA SILVA
FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 27/09/2018
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Eneas Macedo da Silva Filho BRASILEIRO (n) ESTADO
CIVIL solteiro , PROFISSÃO lavrador CI RGN. n° 373455240 CPF/ MF
N° 830.542.353-00 RESIDENTE E DOMICILIADO (n) A
RUA São Paulo 100 Bairro - Matadouro
CIDADE DE Elesbão Veloso - Piauí
ESTADO Piauí , CEP 64.325-000.

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF N° 849.394.433-53 E RG SOB
N° 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO N°244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Elesbão Veloso - Piauí - Pi, 12 de Junho de 20 18

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DPVAT

Cartório
1º Ofício
Elesbão
Veloso-PI

OUTORGANTE

REDIMHEIO POR AUTENTICIDADE A FÉRMEN: ENAS MAEDU DA
SILVA FILHO. DOU FE. DI TEST. TA VERBAE
ELESBAO VELOSO-PI. 12/06/2018. 71 010-74
Selos: 0,75 Total: 4,75 Selos: 0,75 (0,75)

IGRA FELIPE DE MOURA INADIM-REBELIAO SAMPENIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321684 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 07/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA OBLÍQUA COMPLETA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÕES NACIONAIS DE IDENTIFICAÇÃO

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

CPF: 848.394.433-53 DATA NASCIMENTO: 30/07/1977

PLACAS: JOSE MESSIAS DA SILVA
MARIA CAROLINA DE SOUSA

PERMISSÃO: PERMISSÃO

REGISTRO: 86983294635 VALIDADE: 03/01/2019 EXPIRAÇÃO: 04/01/2018

1554703040

1554703040

PIAUI

FJ CORRETO
DE SEGUROS

13 JUL 2018

DE VAT

ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO

TERM. SINLA, 25/09/2018

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO, FEITO TRATAMENTO CIRURGICO

HA 5 MESES, INFORMA AINDA DORES E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

QUE O LIMITAM AO DESENVOLVIMENTO, PERDA FUNCIONAL

EM TORNO DE 70 % NO MEMBRO OPERADO

CID 10 - S 90

Dr. Alciomar Veras Viana
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
CRM 2631 TEOT - 10452

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

27 SET 2018

DPVAT



Dr. Alciomar Veras

Cirurgião de Ombro e Cotovelo

Membro Titular da Sociedade

Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Especialista em Cirurgia de Ombro e Cotovelo

CRM - 2632 TEOT - 1052

alciomar@l8neon.org.br



MEDCENTER - (86) 2107-4747

HOSPITAL SÃO MARCOS - (86) 2106-8000

NEON

PACIENTE: ENEAS MACEDO DA SILVA FILHO

MÉDICO RADIOLOGISTA: 2854 CRM-PI

DATA: 25/09/2018

RX DO TORNOZELO ESQUERDO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências AP/PERFIL demonstra. Status pós-intervenção cirúrgica para tratamento de fratura na meta diáfise distal da fíbula, fixada com placa e parafusos metálicos.

Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas.

Espaços articulares preservados, sem evidência de lesões ósseas subcondrais.

Calcificação ovalada em partes moles adjacente à face posterior da articulação subtalar.

CONCLUSÃO:

Status pós-intervenção cirúrgica para tratamento de fratura na meta diáfise distal da fíbula, fixada com placa e parafusos metálicos.

Osteopenia.

Calcificação ovalada em partes moles adjacente à face posterior da articulação subtalar.

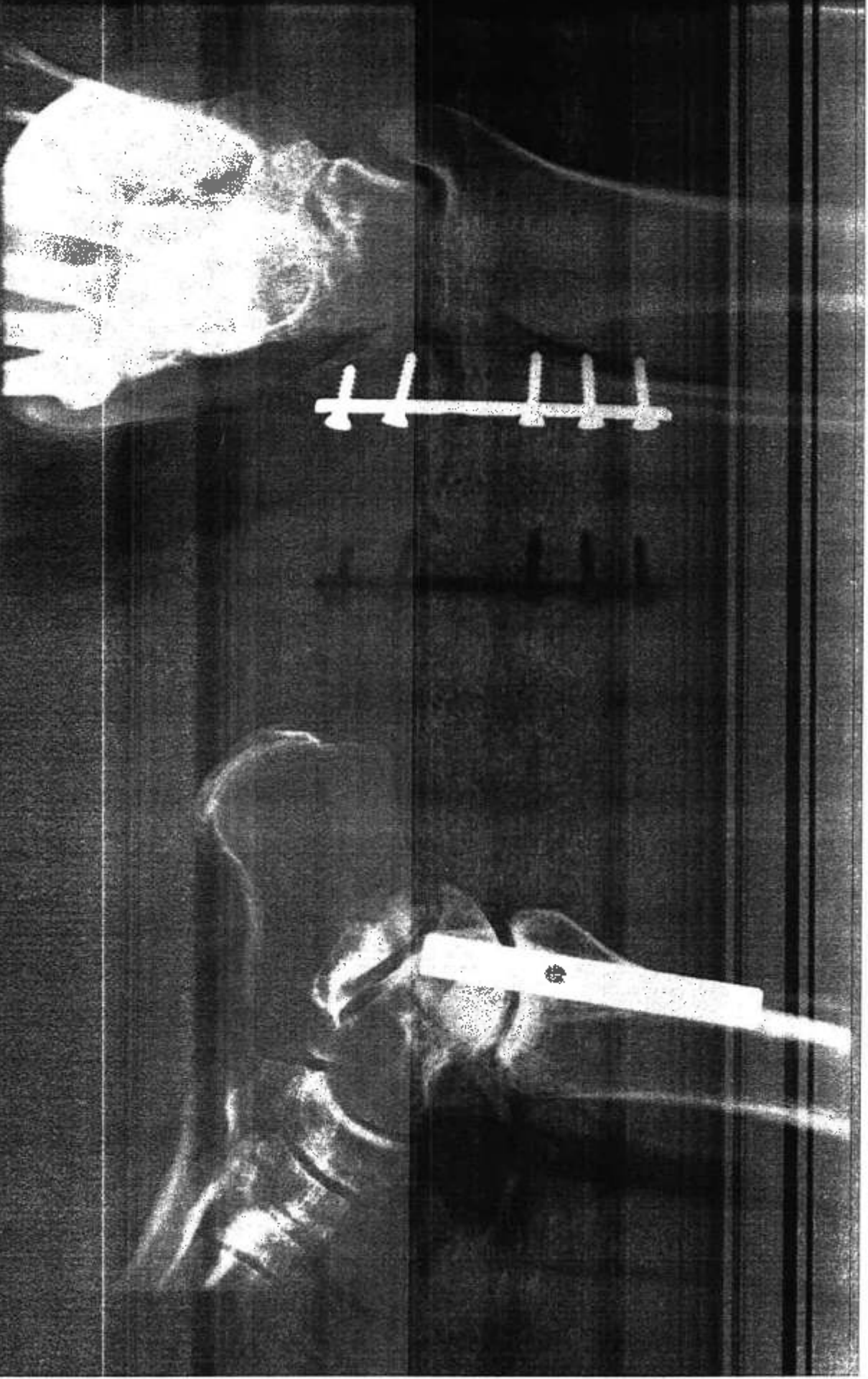


Dr. Pedro Augusto Pedreira Martins Junior
CRM 2854-PI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

27 SET 2018

DPVAT



92612

92612

Nome: ENEAS MAGEDO DA SILVA FILHO Data Nasç: 05/06/1980

Registro: 039827/01

CLINICA MENESSES REGO - MEDICINICA - Data Exame: 25/09/2011 - Dr. ELBERLENE



Rua Anísio de Abreu, 539 Centro/Sul Teresina-Piauí 86-3221-5499/3221-2237/3221-4361