



TRIBUTOS, ASSOCIAÇÃO DE
PIRACURUCA
SECRETARIA DE SAÚDE

Ministério da Saúde
Estado do Piauí
Secretaria Municipal de Saúde



PRONTO ATENDIMENTO

Paciente: Antônio Carlos Mendes da Silva

D. N.: 16/01/73 Profissão: - Sexo: Masculino

RG/CPF: - Cartão do SUS: -

End.: R. Fatima - R. da Foz - Rodrigues Canella

Cidade: Piracuruca UF: PI Data: 02/11/18

Peso: - Taxa: - PA: - Horário: 03:40

Queixa Principal: -

H.D.A. Encaminhado

Tratado pelo E

Pronto de uso

H.D. - CID -

CD: ☐ Consulta

☒ Consulta com medicação / Aerosol (descrever)

☐ Consulta com pequena cirurgia (descrever)

☐ Consulta com internação (anexar AIIH)

☐ Consulta com aparelho gessado (descrever)

☐ Consulta com encaminhamento (descrever)

☐ Consulta com observação (descrever)

Médico

Christiano

Volta para + 5mg

IM

No punho E



Data da Alta: 4/11/18

Horário: -

Assinatura do Paciente

Assinatura do Médico (com carimbo)

Nota: a) Os procedimentos realizados não serão cobrados ao paciente;
b) A saúde é direito de TODOS;
c) DISK SAÚDE: 0800 280 5610.

Enfermagem

6,5 mg



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA, utilizou-se dos serviços de **ambulância** da Secretaria Municipal de Saúde, por motivo de acidente de trânsito, no dia 04/11/2018.

Piracuruca - Piauí, 05 de dezembro de 2018.

Adriana Silva Fontinele
Sec. Municipal de Saúde
CPF: 779.527.533-20

ADRIANA SILVA FONTINELE
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04622

CONTA: 000000008131-5

Nr. da Autenticação FEEF892766A34679

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cônego de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 2 VALOR: R\$58,19
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA
ALTERNAT V. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL

82690000000-9 29980001820-0 95576871120-7 18000000001-8

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUSCELINO DE ARAÚJO BRITO,

RG nº 36.825.258-9 data de expedição 15/03/2004,

Órgão SSP-SP, portador do CPF nº 320.720.328-06, com domicílio na cidade de PIRACURUCA, no Estado de PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) PIAUÍ, nº 1424,

RUA 21 DE ABRIL, complemento B. Fátima, 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 CARLOS MENDES DA SILVA, cujo o condutor era ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA MARCA HONDA

Modelo: CG 160 TITAN EX

Ano: 2016 MODELO 2016

Placa: PIP-6931

Chassi: 9C2KC2210GR030222

Data do Acidente: 04/11/2018

Local e Data: PIRACURUCA-PI, 21 DE JANEIRO DE 2019



Juscelino de Araújo Brito
Assinatura do Declarante

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

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:

Juscelino de Araújo Brito

Em test [assinatura] da verdade

Piracurucu - PI 23/01/2019 Emol / total 4,78

[assinatura]
Fátima Maria Passos Galvão - Tabeliã Interina

Válido com o(s) selo(s) ASK-80303

Maria Valdirene da Silva
Secretaria Autorizada





Ministério da Saúde
Estado do Piauí
Secretaria Municipal de Saúde



PRONTO ATENDIMENTO

Paciente: Antônio Carlos Mendes da Silva

D. N.: 16/07/73 Profissão: - Sexo: Masculino

RG/CPF: - Cartão do SUS: -

End.: R. Federal - R. Ven. João Rodrigues Cavalcanti

Cidade: Pimenteiras UF: PI Data: 04/11/18

Peso: - Taxa: - PA: - Horário: 03:40

Queixa Principal: -

H.D.A. Exame físico

Exame físico

Exame físico

H.D. - CID -

CD: ☐ Consulta

☒ Consulta com medicação / Aerosol (descrever)

☐ Consulta com pequena cirurgia (descrever)

☐ Consulta com internação (anexar AIIH)

☐ Consulta com aparelho gessado (descrever)

☐ Consulta com encaminhaemento (descrever)

☐ Consulta com observação (descrever)

Médico

Carmitivo

Volta para + 5mg

IM

No punho E



Data da Alta: 4/11/18

Horário: -

Enfermagem

Carmitivo

Volta para + 5mg

Assinatura do Paciente

Assinatura do Médico (com carimbo)

Nota: a) Os procedimentos realizados não serão cobrados ao paciente;
b) A saúde é direito de TODOS;
c) DISK SAÚDE: 0800 280 5610.



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA, utilizou-se dos serviços de **ambulância** da Secretaria Municipal de Saúde, por motivo de acidente de trânsito, no dia 04/11/2018.

Piracuruca - Piauí, 05 de dezembro de 2018.

Adriana Silva Fontinele
Sec. Municipal de Saúde
CPF: 778.472.533-20

ADRIANA SILVA FONTINELE
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE





HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA,
RODOVIARIA, PARNAIBA/PI - 64216-470
CNPJ: 06553564015593
(86) 3323-7188 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P0352397
Data: 05/11/2018
Funcionario: EMILIANA
Registro: 187903
Hora: 13:12:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 116

ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

Nasc.: 16/07/1973 Idade: 45 ANOS, 4 MESES, 20 DIAS Profissão:
End.: RUA VEREADOR JOAO RODRIGUES CARVALHO, Bairro: FATIMA
IBGE: 2208304 Cor: PARDA Mãe: MARIANA MENDES DA SILVA

CPF: - RG: 36981552x - SUS: 898002314362707

Civil:

CEP: 64240-000

Cidade: PIRACURUCA/PI

Tel.: () -/() -

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Responsavel: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

05/11/2018 13:12 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clinico/fisico:

Acidente de motocicleta

Diagnostico provavel:

*DX: Fratura do rádio direito
1 pulso (L)*

Medicação:



Procedimentos/exames realizados:

CD: Fratura do rádio direito

Ass. Técnico

Antonio Lisboa da Silva Filho
CRM-PI 3611 / CRM-MA 5061

Responsavel: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Atendimento:	1026412
Data:	05/11/2018
Hora:	13:17

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA, 1650
PARNAIBA/PI

Nº AIH
EMILIANA

BOLETIM DE ADMISSÃO

187903 - ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

- Sexo: **MASCULINO** - 16/07/1973 - 45 ANOS, 4 MESES, 20 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 027- CORREDOR Leito: 2709 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 3611 - ANTONIO LISBOA DA SILVA FILHO
CPF: RG: 36981552x C/N: SIS Prenatal:

Endereço: RUA VEREADOR JOAO RODRIGUES CARVALHO, Nº 950 - CEP: 64240-000 Bairro: FATIMA

Cidade: 2208304- PIRACURUCA/PI Profissão: Telefone: () -

Paí: Mãe: MARIANA MENDES DA SILVA

Responsável: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
GRVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-170
Teresina-PI

Resultado

☐	Curado	☐	Removido	☐	48 Horas
☐	Melhorado	☐	Pedido	☐	+48 Horas
☐	Inalterado	☐	Evasão	☐	Obito
☐	Piorado	☐	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

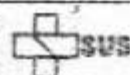
Acidente de motocicleta, com
fraturas em punho (E)

Diagnóstico Provável

fratura do rádio do 1º E

Antonio Lisboa da Silva Filho
Ortopedia
CRM-PI 3611

ANTONIO LISBOA DA SILVA FILHO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL ESTADUAL GOV. DIRCEU ARCOVERDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CHES

4 - CHES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CP - TÃO NACIONAL - ESTADO (CHS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Revisão dos exames anteriores

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

instituição de cuidados intensivos

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

neurite + R₂

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Paralisação neuromuscular

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Clínico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - Nº DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - I - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - I - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - I - ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO SEGURO

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CHAZ EMPRESA

44 - CÉDULA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE ENQUADRA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2013
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Edifício C
Centro-Norte CEP: 64.002-170
Teresina-PI

RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - RODOVIA/ARIA
FONE: (86) 3323-7188
CEP: 64216-470 - PARNATIBA/PI

16/07/1973

Enderego
RUA VERIL
FATIMA

DOR JOAO RODRIGUES CARVALHO, 950 -

Paciente: **ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA** Nº DO ATEENDIMENTO **1026412**
IDADE ANOS 4 MESES 30 DIA 027

Prescrição Médica	Horário de Medicação	Quant	Evolução Médica
Data			

Prescrição Médica

Horário de Medicação	Quantidade
07h	100mg
12h	100mg
18h	100mg
22h	100mg

Quant

Evolução Médica

LEITO: 2709

Dicto Im

② St 087. 1000 m (E) PMU/2004

(3) Division of exp 4 no.

③ ecce su

Knots on

Solvent: Hexane

~~Asociación Española de Otorrinolaringología~~
~~CRM-PT 364~~

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Conde de Resende, 465 Lapa C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
Teresina-Pi

CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO:	DATA: 07/11/18	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 SN DIPIRONA 1G EV DE 6/6H SN SVITAIS 6/6H 12 18 24 06	 Dr. Fabricio O. Almeida Ortopedista Traumatologista CRM/PI 2822 - TEOT 8509 RQE 2488		FRATURA COMINUTIVA PUNHO PRE OP AGUARDA CIRURGIA
HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	ANTONIO CARLOS MENDES	10-02	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 13 FEV 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 685 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

CLÍNICA ORTOPÉDICA					
PREScrição:	DATA: 08/11/18	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA		
DIETA LIVRE VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 SN DIPIRONA 1G EV DE 6/6H SN ✓ S VITAIS 6/6H 32 38 24 06			FRATURA COMINUTIVA PUNHO (SMITH) ESQ. PRE OP: OK CD: AGUARDA CIRURGIA		
			Dr. CESAR ALVES N. MACHADO CRM-PR nº 12690		
HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE		ANTONIO CARLOS MENDES		10-02	

HEDA

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

ANTONIO CARLOS MENDES

10-02

Dr. Victor C. Carver

PRESCRIÇÃO:

DATA: 08/11/18

DIETA LIVRE

VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 SN

DIPIRONA 1G EV DE 6/6H SN /

SVITAIS 6/6H 12 18 24 30

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

FRATURA COMINUTIVA PUNHO (SMITH) ESQ.

PRE OP: OK

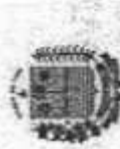
CD:

AGUARDA CIRURGIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



GOVERNO
DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNAÍBA - PIAUÍ



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE MÉDICA

10.2

OME Antônio Carlos Mendes IDADE 10/02 DATA 10/02/14

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	QUANT.	EVOLUÇÃO MÉDICA
<u>Dieta livre qm</u> <u>afim de ativar</u>			<u>paciente opaco</u> <u>por febre leve</u> <u>de febre 2.</u>
<u>2 Soro 500ml de</u>			
<u>2 Cephalosporina 1,0g</u> <u>em de 4/4h</u>			
<u>4 Dignose (2,8g)</u> <u>600cc, 4/4h</u>			<u>Dr. Bernardo Sousa Filho</u> <u>Ortopedia / Traumatologia</u> <u>CRM - 2023 TESP-8508</u>
<u>3 Voltarol 75mg</u> <u>12/12h</u>			<u>14:00h</u> <u>01:55</u>
<u>3 Simvastatina</u>			<u>Paciente sem remissão</u> <u>naum.</u>
			<u>Dr. Vitor Cardoso</u> <u>Ortopedia / Traumatologia</u> <u>CRM - 3470</u>





GOVERNO
DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



**PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO
DE MÉDICA**

NOME Agripino Brito PAUINALBA PIAUÍ

IBADE _____ LETO 10/2 DATA 16/11/18

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

QUANT.

EVOLUÇÃO MÉDICA

<u>1/252</u> <u>line</u>			
<u>SE 23/1000ml</u>			<u>125-017 25 curvas</u>
<u>Clonazepam 1mg (2) 6/6h</u>	<u>Clonazepam 1mg (2) 6/6h</u>		<u>Ataxias nuncas (E)</u>
<u>Primidona 250mg (2) 6/6h</u>	<u>Primidona 250mg (2) 6/6h</u>		
<u>Diazepam 5mg (2) 12/12h</u>	<u>Diazepam 5mg (2) 12/12h</u>		<u>CS</u>
<u>Insulina 100Uy (2) 8/8h</u>	<u>Insulina 100Uy (2) 8/8h</u>		<u>V12M</u>
<u>3500 + dexte</u>	<u>3500 + dexte</u>		<u>Dr. Alex Sandro</u> <u>Ortopedia</u> <u>CRM - 3476</u>

Dr. Alex Sandro
Ortopedia
CRM - 3476

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Almeida, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNAÍBA - PIAUÍ

Antônio Carlos Mendes da Silva

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNAÍBA - PIAUÍ

Antônio Carlos Mendes da Silva

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNAÍBA - PIAUÍ

Antônio Carlos Mendes da Silva

IDADE

LEITO

DATA 15 / 11 / 11

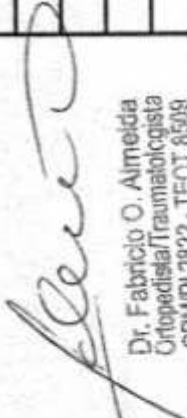
PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



HOSPITAL ESTADUAL DR. CELSO ALCANTARA

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
	9:20	Pt sem novo surto de c.c. paciente de clínic. c. naga clínica multicontos. Segue conseli- enta, orientada, ferida. Em HV apresentando cunhos em ATO (E). Encaminhado e nota clínica. Sem queixa no momento. — RECEBUEIRO BESSA COREN-PI 401.213	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
13 FEV 2019
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 453, Lote C
Centro-Monte CEP: 64.002-470
Teresina-PJ

CLÍNICA ORTOPÉDICA		
PRESCRIÇÃO:	DATA: 17/11/18	HORÁRIO
ALTA HOSPITALAR	 Dr. Fabricio O. Almeida Ortopedista/Traumatologista CRM/PI 2822 - TEOT 8599 RQE 2494	EVOLUÇÃO MÉDICA
		1 PO DE REDUÇÃO CIRÚRGICA+FIXAÇÃO DA
		FRATURA COMINUTIVA PUNHO (SMITH) ESQ
		EVOLUI BEM
		FO:OK
		RX:OK
HEDA	ANTONIO CARLOS MENDES	10-02
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 13 FEV 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho do Resende, 455 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

CLÍNICA ORTOPÉDICA					
PRESCRIÇÃO:	DATA: 09/11/18	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA		
DIETA LIVRE			FRATURA COMINUTIVA PUNHO (SMITH) ESQ PRE OP: OK AGUARDA CIRURGIA		
VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 SN					
DIPIRONA 1G EV DE 6/6H SN					
S VITAIS 6/6H					
		Dr. B. Soares Filho Ortopedia e Traumatologia			
HEDA		ANTONIO CARLOS MENDES			
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE		10-02			

HEDA

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

ANTONIO CARLOS MENDES

10-02

DATA: 09/11/18

PRESCRIÇÃO:

DIETA LIVRE

VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 SN. 10-Me

DIPIRONA 1G EV DE 6/6H SN

S VITAIS 6/6H

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

FRATURA COMINUTIVA PUNHO (SMITH) ESQ.

PRE OP: OK

AGUARDA CIRURGIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.802-470
Teresina-PI

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:

DATA: 10/11/18

DIETA LIVRE

VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 SN

DIPIRONA 1G EV DE 6/6H SN

S VITAIS 6/6H

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

FRATURA COMINUTIVA PUNHO (SMITH) ESQ

PRE OP: OK

AGUARDA CIRURGIA

HEDA

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

ANTONIO CARLOS MENDES

10-02

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO:	DATA: 12/11/18	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE	VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 SN ₆ <i>JS</i> DIPIRONA 1G EV DE 6/6H SN ₆ S VITAIS 6/6H		FRATURA COMINUTIVA PUNHO (SMITH) ESQ
			PRE OP: OK
			AGUARDA CIRURGIA
HEDA		ANTONIO CARLOS MENDES	
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE		10-02	

HEDA

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

ANTONIO CARLOS MENDES

10-02

PRESCRIÇÃO:

DATA: 12/11/18

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIETA LIVRE

VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 SN, 18 Me

DIPIRONA 1G EV DE 6/6H SN₆

SVITAIS 6/6H

FRATURA COMINUTIVA PUNHO (SMITH) ESQ

PRE OP: OK

AGUARDA CIRURGIA

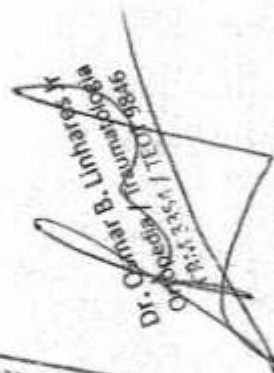
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coutinho de Resende, 455 Loja C
Centro, Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

13 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coutinho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teressina-Pi

Dr. Osmar B. Linhares Jr.
Orçedim / Paranaatologas
VCECT agda

CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO:	DATA: 13/11/18	HORARIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 SN DIPIRONA 1G EV DE 6/6H SN S VITAIS 6/6H PA 100x60 mmHg			FRATURA COMINUTIVA PUNHO (SMITH) ESQ PRE OP: OK AGUARDA CIRURGIA
HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE		ANTONIO CARLOS MENDES	10-02



CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO:	DATA: 14/11/18	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 SN — DIPIRONA 1G EV DE 6/6H SN — S VITAIS 6/6H 12 38 24 06			FRATURA COMINUTIVA PUNHO (SMITH) ESQ PRE OP: OK AGUARDA CIRURGIA
 Dr. Fabricio O. Almeida Ortopedista/Traumatologista CRM/PI 2822 - TEOT 8509 FONE 3453			
HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	ANTONIO CARLOS MENDES		10-02



**CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES
HOSPITALRES - CEMA
SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA**

DATA: 05/11/18 HORA 11:00 Nº TELEFONE _____
HOSPITAL SOLICITANTE PRONTO SOCORRO MUNICÍPIO PIRACURUCÁ
MÉDICO EDUARDO ANDRADE SPINDOLA CRM 5618

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

() Obstetria (x) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico (x) Outros OUTROS

IDENTIDADE DO PACIENTE

Nome ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA
Mãe: MARIANA MENDES DA SILVA
Data do Nascimento: 16/07/1973 Idade _____ anos Sexo: (x) Masculino () Feminino
CPF _____ Cartão Nacional de Saúde 898002314362707
Endereço: RUA VER. JOÃO ROZARIO DE CARVALHO, FATIMA
Município de Procedência PIRACURUCÁ
Planta cirúrgica de queda de objeto apontando fratura
de nádegas
HD Fratura da pelve CID _____

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

- (4) Espontânea
- 3. Comandos
- 2. A dor
- 1. Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- (5) Orientação
- 4. Confuso
- 3. Palavras inapropriadas
- 2. Palavras incompreensíveis
- 1. Nenhuma

RESPOSTA MOTORA SOMA 15

- (6) Obedece a comandos
- 5. Localiza a dor
- 4. Movimento de retirada
- 3. Flexão anormal
- 2. Extensão Anormal
- 1. Nenhuma

SINAIS VITAIS

TAX _____ °C P _____ BPM R _____ IRPM PA 100/70 MMHG SpO2 91 % G. Capilar _____ mg/dl FC = 86 bpm

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio
- () Hidratação Venosa
- () Aspiração
- () Medicação (Específica)
- () Curativo
- () Outros

EXAMES REALIZADOS (Emitir cópia)

Assinatura e carimbo do médico

HOSPITAL DE DESTINO:

Hospital HCPA
Clínica/Posto _____ Senha 20181105078160



TERMO DE CONSENTIMENTO- PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde.

Nome do Paciente: _____ RG: _____

Obs.: Na impossibilidade de assinatura pelo paciente, sempre preencher os dados Representante ou responsável Legal.

Nome do Representante: _____ RG: _____

Nome do Médico: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

Data da realização: ____/____/____

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima, podendo ocorrer infecções, sangramentos, problemas cardiovasculares

2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos (como, por exemplo, infecções, sangramentos, problemas cardiovasculares), benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente.

3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.

4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: Antônio Carlos Mendes dos Santos
Parnaíba, ____ de ____ de ____

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do Médico: _____

Parnaíba, ____ de ____ de ____





BIOSÍNTESE

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

MATRIZ

Rua Area Leão, 586 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 - Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseprima.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Plaza - Calhau
CEP 65.071-380 - Fone: (55 98) 3227-0648
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-8
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseprima.com.br

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

Nome do Hospital: MED

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome _____

Código Ropm Nº _____

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

2 - Fio de Vicryl. nº 2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

3 FEV 2019

GENE SEGURODORA S.A.
Rua Cruz... de... 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-420

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

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 15 / 11 / 18

PACIENTE - Nome: Antônio Carlos Pereira da Silva

DATA DA ALTA 1 / 1

Nº AIH: _____

Nº do Prontuário: _____

Procedimento Médico Realizado: _____

Data da Internação 1 / 1

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: _____

Dr. Victor Carneiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 34.77

CRM Nº _____

Controle dos Cuidados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

PACIENTE: <u>Mitônio Carlos Mendes da Silva L3</u>	ALERGIA A:
DATA: <u>31/11/18</u>	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <u>10:55</u>
CIRURGIA REALIZADA: <u>For. ATB @</u>	N
TIPO DE ANESTESIA: <u>Sedação</u>	
INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATÓRIAS:	

Escala de Aldrete e Krorlik:

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	Admissão	15'	30'	45'	60'	1h30	2h	2h30	3h	Saída
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao Chamado = 0	1	1	2	2						2
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	1	1	1	2						2
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispneia = 1 Apnéia = 0	2	2	2	2						2
CIRCULAÇÃO 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	2	2	2	2						2
SpO₂ Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 Mantém SpO ₂ < 90% em O ₂ = 0	2	2	2	2						2
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS	08	08	09	10						10

Alta da SRPA com _____ pontos, às _____ horas. Anestesista: Maurício

Escala da dor:

Ao Chegar na SRPA	Ao Sair da SRPA
 (Sem Dor) 0 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)	 (Sem Dor) 0 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)

Escala Modificada de Bromage (para os pacientes submetidos a anestésias regionais: Raquianestesia ou Anestesia Peridural):

Parâmetro	Valor
Sem bloqueio motor	0
Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levanta a perna.	1
Pode mover apenas o pé.	2
Não pode mover pé ou joelho	3

TERMO DE CONSENTIMENTO- PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde.

Nome do Paciente: _____ RG: _____

Obs.: Na impossibilidade de assinatura pelo paciente, sempre preencher os dados Representante ou responsável legal.

Nome do Representante: _____ RG: _____

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

Data da realização: ____/____/____

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima, podendo ocorrer infecções, sangramentos, problemas cardiovasculares.

2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos (como, por exemplo, infecções, sangramentos, problemas cardiovasculares), benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.

3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.

4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesta, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: _____

Parnaíba, ____ de ____ de ____

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do Médico: _____

Parnaíba, ____ de ____ de ____



GOVERNO DO ESTADO
Piauí

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 FEV 2019

INTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimã de Resende, 465 Loja C
Centro - Fone CEP: 64.002-470
Teresina - PI

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

HEDA
Hospital Estadual Darcy Arcoverde
Parnaíba - Piauí

Paciente: Roberto Carlos M. da Silva Idade: 46 Data: 16/11/18

Checkagem antes da indução anestésica Confirmar com paciente: Identificação: ☒ Sim () Não. Procedimento programado: <u>51M</u> Sítio demarcado: () Sim () Não () Não se aplica. Jejum: ☒ Sim Quantas horas? <u> </u> () Não.	Checkagem antes da incisão cirúrgica ☒ Confirmar que todos os membros da equipe se apresentem pelo nome e função ☒ Confirmar com toda equipe verbalmente: Nome do paciente, Sítio cirúrgico e Procedimento programado. Antecipação dos eventos críticos: Equipe cirúrgica: alguma etapa crítica? () Sim Qual? <u> </u> ☒ Não. Equipe anestésica: alguma preocupação específica com o paciente? () Sim Qual? <u> </u> ☒ Não.	Checkagem antes da paciente sair da sala de cirurgia Confirmar verbalmente: procedimento realizado: <u> </u> Contagem correta de compressas? ☒ Sim () Não. Contagem dos instrumentais cirúrgicos? ☒ Sim () Não. Contagem de agulhas está correta? ☒ Sim () Não. () Não se aplica.
Consentimento preenchido e assinado: Para a anestesia: ☒ Sim () Não. Para a cirurgia: ☒ Sim () Não. Materiais/medicamentos para anestesia disponíveis? ☒ Sim () Não.	Checkagem da equipe de enfermagem: Instrumentais/próteses estão disponíveis e dentro do prazo de esterilização? ☒ Sim () Não. Todos equipamentos necessários estão disponíveis? ☒ Sim () Não. Placa de bisturi está posicionada? () Sim () Não ☒ Não se aplica.	Identificação da amostra com nome do paciente, idade, nome da peça, nome do cirurgião, nome do Hospital para anatomia patológica e preenchimento da solicitação? () Sim () Não ☒ Não se aplica. Preenchimento da ficha de utilização de prótese? () Sim () Não () Não se aplica. Registro do procedimento realizado? ☒ Sim () Não.
Monitor cardíaco e oxímetro de pulso instalado e funcionando? ☒ Sim () Não. Paciente possui alergia? () Sim Qual? <u> </u> ☒ Não. Há risco para via aérea difícil/broncoaspiração? () Sim () Não.	Profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? ☒ Sim () Não. Exames de imagem estão disponíveis? ☒ Sim () Não.	Houver problema com algum equipamento para ser resolvido? () Sim Qual? <u> </u> Não ☒
Há risco de perda sanguínea maior que 500ml (7ml/Kg em crianças)? () Sim ☒ Não. Tem acesso venoso adequado? ☒ Sim () Não. Tem reserva de sangue? () Sim ☒ Não.	Instrumentador: <u>Wircela</u> Circulante: <u>Novel</u> Cirurgião: <u>Dr. Roberto</u> Anestesiista: <u>Guajardo</u>	Enfermeiro do CC: <u>Paulyane</u> Circulante: <u>Novel</u> Anestesiista: <u>Guajardo</u> Cirurgião: <u>Dr. Roberto</u>

Dr. Wcher

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM 000583

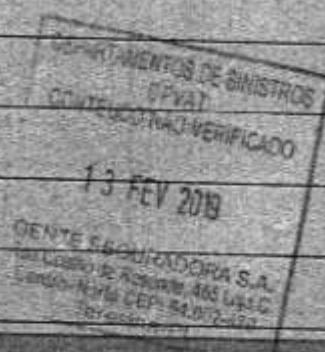
Nome do Hospital: Helder - Parnaíba

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Nome: _____



PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	placa T 3x4			
01	fio de Kirschner - 2.0			

PRODUTOS UTILIZADOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3.5) mm	Nº	14	02					
	Qtd.	02	16					
	Cód							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº	16	20					
	Qtd.	01	03					
	Cód							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 ou 32	Nº							
	Qtd.							
	Cód							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód							

Paciente: Antonio Carlos Mendes da Silva Convênio: _____

Data da Cirurgia: 16/11/2018 Nº prontuário: _____ Cód. do procedimento: _____

Cirurgião: Uta Carneiro CRM: 3470 Auxiliar: _____

Controle dos Cuidados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

PACIENTE: <u>Antônio Carlos Mendes da Silva</u>	ALERGIA A:
DATA: <u>16/11/18</u>	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A. <u>09:20</u>
CIRURGIA REALIZADA: <u>redução cruenta de MSE</u>	nã
TIPO DE ANESTESIA: <u>bloqueio + sedação</u>	
INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATÓRIAS:	
SINAIS VITAIS	HORÁRIOS
P.A.	ADMISSÃO 136x73 15' 136x73 30' 136x73 45' 60' 1h30 2h 2h30 3h SAÍDA
F.C./PULSO	93 45 90
TEMPERATURA	35.3° 35.3° 35.3°
OXIMETRIA	99% 99% 100%
FREQ. RESPIRATÓRIA	14 14 12

Escala de Aldrete e Krorlik:

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO	Admissão	15'	30'	45'	60'	1h	2h	3h	Saída
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao Chamado = 0	1	2	2						
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	2	2	2						
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispneia = 1 Apnéia = 0	2	2	2						
CIRCULAÇÃO 20% do nível pré-anestésico = 2 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 50% do nível pré-anestésico = 0	2	2	2						
SpO₂ Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 Mantém SpO ₂ < 90% em O ₂ = 0	2	2	2						
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS	9	10	10						



Alta da SRPA com 10 pontos, às 09:50 horas. Anestesiologista: Dra. Graziela Lima

Escala da dor:

Ao Chegar na SRPA	Ao Sair da SRPA
 (Sem Dor) 0 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)	 (Sem Dor) 0 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)

Escala Modificada de Bromage (para os pacientes submetidos a anestésias regionais: Raquianestesia ou Anestesia Peridural):

Parâmetro	Valor
Sem bloqueio motor	0
Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levanta a perna.	1
Pode mover apenas o pé.	2
Não pode mover pé ou joelho	3



AValiação DO RISCO DE QUEDAS

NOME: Antônio Carlos Mendes Silva DN: 16/01/1973 DATA DA ADMISSÃO: 05/11/18
CLÍNICA: Quirurgia ENF/LEITO: com HORÁRIO: 15:00

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA JOHNS HOPKINS

Selecione uma das situações a seguir, se aplicável. Caso alguma das situações esteja presente, desconsidere o restante da escala e considere a categoria do risco (baixo ou alto) correspondente.	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
	/	/	/	/	/	/	/
() Paralisia completa ou imobilização completa (condição clínica de paralisia ou imobilidade completas, exceto por uso de contenção/restrrição). Implemente intervenções básicas de segurança (baixo risco de queda).	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente com história de duas ou mais quedas nos 6 meses anteriores à admissão. Implemente intervenções de alto risco de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente apresentou uma queda durante a internação atual. Implemente intervenções para alto risco de queda durante todo o período da internação.	()	()	()	()	()	()	()
() Paciente é considerado de alto risco de queda de acordo com protocolos específicos (ex.: risco de sangramento, fragilidade óssea, Procedimentos cirúrgicos há menos de 48 horas). Implemente intervenções para alto risco de queda de acordo com o protocolo.	()	()	()	()	()	()	()
Complete a sequência e calcule o escore de risco de queda. Se nenhuma opção for marcada o escore da categoria é 0.							
Idade (selecione apenas uma opção 0)							
() 60-69 anos (1 ponto)							
() 70-79 anos (2 pontos)							
() 80 anos e mais (3 pontos)							
Histórico de queda (selecione apenas a opção a seguir, se aplicável)							
() Uma queda nos 6 meses anteriores à admissão (5 pontos)							
Eliminações: intestinais e urinárias (selecione apenas uma opção)							
() Incontinência (2 pontos)							
() Urgência ou aumento da frequência (2 pontos)							
() Urgência/aumento da frequência e incontinência (4 pontos)							
() Em uso de 1 medicamento de alto risco de queda (3 pontos)							
() Em uso de 2 ou mais medicamentos de alto risco de queda (5 pontos)							
() Procedimento sob sedação nas últimas 24 horas (7 pontos)							
Equipamentos assistenciais: qualquer equipamento que comprometa a mobilidade do paciente (ex: sondas, drenos, cateteres, compressores pneumáticos e outros). (selecione apenas uma opção)							
() Um equipamento (1 ponto)							
() Dois equipamentos (2 pontos)							
() Três ou mais equipamentos (3 pontos)							
Mobilidade: (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Marcha instável (2 pontos)							
() Comprometimento visual ou auditivo que afeta a mobilidade (2 pontos)							
() Necessita de auxílio ou supervisão para mobilização, transferência ou deambulação (2 pontos)							
Cognição: (múltipla seleção, escolha todas as opções aplicáveis e some os pontos)							
() Percepções alteradas do ambiente físico desconhecido (1 ponto)							
() Impulsividade (comportamento imprevisível ou arriscado) (2 pontos)							
() Falta de entendimento de suas limitações físicas e cognitivas (4 pontos)							
Total							



Somatória dos pontos: Baixo risco: escore de 0 - 5 pontos. risco moderado: escore de 6 - 13 pontos. Alto risco: escore > 13 pontos.

**HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE**

CNPJ: 06553564015593 Telefone: (86) 3323-7188
RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - RODOVIARIA - PARNATA/PI

Atendimento: E082723



INTERNADO

Coletado:

Data: 06/11/2018

Paciente: **ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA**Médico(a): **ANTONIO LISBOA DA SILVA FILHO**Convênio: **SUS**

Leito: 2709 Enfermaria: 027

Sexo: **MASCULINO**Idade: **45 ANOS, 4 MESES, 20 DIAS**Impresso: **06/11/2018****HEMOGRAMA**

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,64 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	13,6 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	42,7 %	40 a 52 %
VCM	92,03 u ³	80 a 100 U ³
HCM	29,31 pg	26 a 34 pg
CHCM	31,85 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES**LEUCOGRAMA**

LEUCÓCITOS	4500 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELOCITOS	00 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
BASTONETES	02 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
SEGMENTADOS	66 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
BASÓFILOS	00 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
EOSINÓFILOS	03 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
LINFÓCITOS	23 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
MONÓCITOS	06 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	0
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	132.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL: HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCRÔMICAS. LEUCÓCITOS SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS. DISCRETA PLAQUETOPENIA DETECTADA EM CONTAGEM ELETRÔNICA.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teressina-PI

Este laboratório realiza diâmetro



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

LAUDO CIRÚRGICO



PACIENTE: Antonio Carlos Mendes da Silva IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO 16/07/1973
DIAGNÓSTICO: Furto de membros superiores (E) OPERAÇÃO: Plm. Cauda
DATA: 16.11.18. INTERVENÇÃO: _____
CIRURGIÃO: [Assinatura] AUXILIARES: Dr. [Assinatura]
ANESTESISTA: [Assinatura] CRM: 3470
PRÉ-MEDICAÇÃO: _____

INTERVENÇÃO: INÍCIO

TÉRMINO

DURAÇÃO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO
(TÉCNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)

Plm. ca 17114 com pontos
Acordar, anestesias, curvas extensas
Realizar de pontos no movimento cirúrgico normal
12 pontos de fixação de Kirschner
Placas curvas fixas e para o membro
Exatidão no movimento
Continuar
Interferir

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

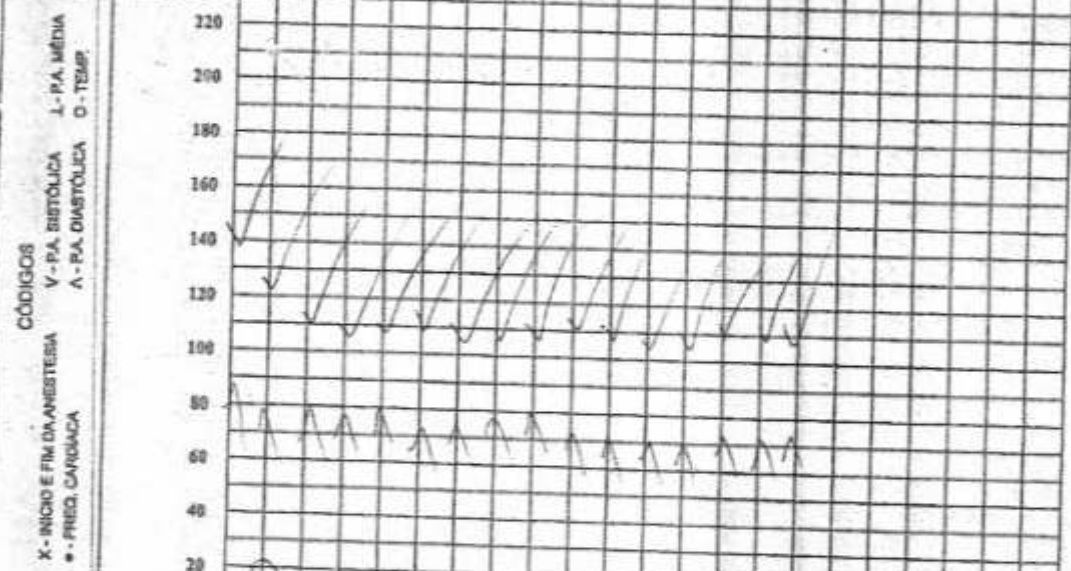
BOLETIM DE ANESTESIA

DATA:	SALA
16/11/18	
PRONTUÁRIO	

PACIENTE		IDADE		DATA DE NASC		PESO		SEXO	
Antonio Carlos Mendes da Silva				1 1				M	
PROCEDIMENTO						ESTADO FISICO ASA			
PRESSÃO ARTERIAL		FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS		
140/80		50.2							
HEMOGLOBINA		HEMATOCRITO		GLICEMIA	UREIA	CREATININA			
09.25				9.15	9.30				

[illegible]

G	F	R
50.3%	39.9%	RINGER
H	P	
(COLORED)	PLASMA	so-called Hemolysis

[illegible][illegible]

SEQUÊNCIA

1. Monitorização
2. Teste de acesso
3. Anestesia
4. RPA.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

INICIO	8:15	FIM	9:30
		DURAÇÃO	75

Técnica Anestésica: Bloqueio infra-orbitário (S): P. = 100, estado
Observações: O2, 20-25% Lm. Anestesia regional cervical
Palpacão suave intercostal, punção profunda 22G,
Anestesia (S) p/ica, sangue, administração anestésico. Teste
bloqueio. Si intercostal via

☒ ECG	☐ PVC	☒ Oxigênio	☐	
☐ PAM	☒ PANI	☐ Capnógrafo	☐	
GASES	l/min.	Início	Fim	Tempo
Oxigênio	4	8:15	9:30	1:15
Ar Medicinal				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS			

FARMACOS UTILIZADOS		
Atropina		Amp
Adrenalina		Amp
Agua dest. 10ml		Amp
Cloxo 200mg		Fras
Cefadroxil	0.1	Amp
Clenidina		Amp
Coloide ()		Fras
Desampetamina	0.1	Amp
Disipam		Amp
Dinorf		Amp
Diprima	0.2	Amp
Dobutamina		Amp
Dopamina		Amp
Dormonid 5mg	0.1	Amp
Efortil		Amp
Efedrina		Amp
Fentanil (s'cons)	0.01	Amp
Fentanil (frasco)		Fras
Sevoflurano		MI
Hidrocortisona		Fras
Isoflurano		MI
Manitol		Fras
Metronidazol		Fras
Neostigmina		Amp
Nipride		Amp
Normalealina		Amp
Neocaina 0,5% pesada		Amp
Neocaina 0,5% isobar		Amp
Omeprazol		Fras
Pancutonio		Amp
Profenid		Amp
Propofol		Fras
Profaming		Amp
Quelicin		Fras
Quetanina		Fras
Remifentanil		Fras
Ramildina		Amp
Ringer-Lactado	0.1	Fras
Sufentanil		Amp
S. Fisiolgy 0,9%		Fras
S. glicolato 5%		Fras
Atracurio		Amp
Transamin		Amp
Novabup 0,5% v		Fras
Lidocaina 2% v		Fras
Novabup 0,5% v	0.1	Fras

Dra. Graziela Lima
Psicóloga - CRM
CRM-PI 2118

Deslocamento: 01/02/15
Secretaria de Estado da Saúde / SESAP
Avenida Pedro Freitas, S/N, Bloco A, Centro Administrativo
CEP 64018-900 - Teresina, Piauí, Brasil
Telefone: 86 3216.1563
www.saude.pi.gov.br

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

NOME: Antonio Carlos Mendes da Silva
 INÍCIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA DURAÇÃO: _____ HORAS
 CIRURGIÃO: _____ ANESTESISTA: Dr. Grazziela
 1º AUXILIAR: Dr. Ideolator

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Adrenalina	amp		Neocaína pesada	amp	
Água estéril 10mL	amp		Neocaína s/ vaso	amp	
Atropina	amp		Ocitocina	amp	
Clorpromazina	amp		Pancurônio	amp	
Dexametazona 4mg/2mL	amp	01	Petidina 50mg/2mL	amp	
Diazepam 10mg	amp		Plasil 10mg	amp	
Dimorf	amp		Propofol 1%, 20mL	amp	
Dopamina	amp		Prostigmine	amp	
Dormonid 15mg/3mL	amp	01	Soro Fisiológico 0,9%, 500mL	fr	
Efortil 10mg/1mL	amp		Soro Glicosado 5%, 500mL	fr	
Enflurano	mL		Soro Ringer c/ lactato	fr	01
Fenêrgam 50mg	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Fentanil	fr	02	Suxametônio 100mg	fr	
Halotano	mL		Tionembutal	fr	
Haloperidol	amp		Transamin	amp	
Ketalar	fr		Xilocaína 2% s/ vaso	fr	
Methergim	amp		Xilocaína 2% c/ vaso	fr	50 mg
Naloxona	amp		Xilocaína 5% (pesada)	fr	
Neocaína c/ vaso	amp				
<u>Bilalolmi</u>		02			
<u>Alupirina</u>		02			

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Abocath n° 10	um	01	Algodão c/ agulha n°	env	
Agulha descart. 40x12 / 25x2	uma	03103	Algodão c/ agulha n°	env	
Agulha p/ raque n°	uma		Algodão s/ agulha n°	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha n°	env	
Atadura de crepom tam.:	rolo	03	Cat gut simples c/ agulha n°	env	
Atadura gessada tam.:	rolo		Cat gut simples c/ agulha n°	env	
Dreno de tórax	um		Cat Gut Crom. c/ agulha n°	env	
Dreno penrose	um		Cat Gut Crom. c/ agulha n°	env	
Equipo p/ macrogotas	um		Mononylon n° 3-0	env	01
Equipo p/ transfusão sanguínea	um		Mononylon n°	env	
Lâmina p/ bisturi n° 24	uma	01	Prolene n°	env	
Luva estéril n° 7,0 / 7,5 / 8,0	par	02 / 03 / 03	Prolene n°	env	
Luva p/ proced. n°	par	03	Vicryl n°	env	
Scalp n°	um		Vicryl n°	env	
Sonda foley 2 vias n°	uma		<u>Colater nasal</u>		01
Sonda foley 3 vias n°	uma		02	mm³	
Sonda nasogástrica n°	uma		<u>Exequa de germane</u>		03
Sonda vesical simples n°	uma		<u>colater</u>		01
Coletor de urina	um		<u>Sermagor 30 / 20 / 5ml</u>		01 / 03 / 03
Clamp umbilical	um				

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM ☒ NÃO ☐QUAL O MATERIAL USADO? placa e parafusos / fio de KirschnerFEZ BIÓPSIA? SIM ☐ NÃO ☒

QUE PEÇA?

ASSINATURA / CARIMBO:

DATA: 16/11/18



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

2 - CNES
8015899
4 - CNES
8015899

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
187903

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898002314362707

8 - DATA DE NASCIMENTO
16/07/1973

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

10 - NOME DA MÃE
MARIANA MENDES DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO
() -

12 - ENDEREÇO
RUA VEREADOR JOAO RODRIGUES CARVALHO, 950 - FATIMA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
PIRACURUCA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2208304

15 - UF
PI

16 - CEP
64240-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de transtorno
em pulso (E) com fratura do
tórax distal

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

Rex 7 exam físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do tórax distal

21 - CID PRINCIPAL

S52.5

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

(x) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

849 443 153 62

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/11/2018

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-MA 5001

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

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

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 15/10/12	SALA 03
PRONTUÁRIO	

PACIENTE		Antônio Carlos Mendes da Silva		IDADE	45	DATA DE NASC		1 / 1		PESO	SEXO
PROCEDIMENTO								ESTADO FÍSICO ASA			
osteossíntese de fratura de Rádio distal BSA								I			
PRESSÃO ARTERIAL		FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		OUTROS			
138 / 72											
HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		UREIA		CREATININA			

OXIGÊNIO		SEVOFLURANO	
G	F	R	
60 2%	5F 0.3%	RINGIER	
H	P	B	
(COLORES) PLASMA		concentrado Hemático	
SaO ₂ (%)		EtCO ₂	
X - INÍCIO E FIM DA ANESTESIA • - FREQ. CARDÍACA	CÓDIGOS V - PA. SISTÓLICA A - PA. DIASTÓLICA L - PA. MÉDIA O - TEMP.		
SÍMBOLOS		DIURESE	

SEQUÊNCIA

Levante 120mg

cefazima 15mg

Propefil 200mg

cefalotina 2g

dipiridina 2g

DEPARTAMENTOS DE SIN

OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFI

13 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S

Rua Coelho de Resende, 465 Lq

Centro-Norte CEP: 64.002-47

Teresina-PI

INÍCIO 9:2 FIM 10:0

DURAÇÃO

SEQUÊNCIA

fentanyl 120mcg
 atarax 15mg
 propanolol 200mg
 ceftriaxone 2g
 diprivan 2g

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Colúmbio de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

Técnica Anestésica	Arterial endovenosa
Observações:	

☒ ECG	☐ PVC	☒ Oxigênio	☐	☐
☐ PAM	☒ PANI	☐ Capnógrafo	☐	☐
GASES	l/min.	Início	Fim	Tempo
Oxigênio	8.0	9:20	10:00	23'
Ar Medicinal				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Alupina		Amp	Dopamina		Amp	Neostigmina		Amp	Remifentanil		Fras
Adrenalina		Amp	Dornomid		Amp	Nipride		Amp	Ranitidina		Amp
Agua dest. 10ml		Amp	Eflortil		Amp	Noradrenalina		Amp	Ringer-Lactado		Fras
Cipro 200mg		Fras	Efedrina		Amp	Neocaina 0,5% pesada		Amp	Sufentanil		Amp
Cefazolina 1g		Amp	Fentanil (v'cons)		Amp	Neocaina 0,5% isobar		Amp	S. Flisidol 0,9%		Fras
Clovidio		Amp	Fentanil (frasco)		Fras	Omeprazol		Fras	S. gliconado 5%		Fras
Coltide ()		Fras	Sevoflurano		ml	Pancurônio		Amp	Atracúrio		Amp
Dexametasona		Amp	Hidrocortisona		Fras	Profenid		Amp	Trasisonin		Amp
Diazepam		Amp	Isoflurano		ml	Propofol		Fras	Novabagl 0,5% v		Fras
Dimorf		Amp	Manitol		Fras	Protamina		Amp	Lidocaina 2 % v		Fras
Dipirona		Amp	Metronidazol		Fras	Quelicin		Fras			
Dobutamina		Amp	Narcan		Amp	Quetamina		Fras			

Marcus Crisanto
Anestesiólogo
CRA-P 502
Anestesiólogo
720

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PRONTUÁRIO: 187.903 PACIENTE: 1026412 ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA ENF./LEITO: 027/2709
 INICIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA. DURAÇÃO: _____ HORA. CIRURGIA: _____
 CIRURGIÃO: Dr. Vitor 1º AUXILIAR: Dr. Bernardo ANESTESISTA: Dr. Marcelo

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Adrenalina	amp		Ocitocina	amp	
Água etêr 10ml	amp		Pancurônio	amp	
Atropina	amp		Petidina 50mg/2ml	amp	
Clorpromazina	amp		Plasil 10mg	amp	
Dexametazona 4mg/2ml	amp		Propofol 1%, 20ml	amp	
Diazepam 10mg	amp		Prostigmine	amp	
Dimorf	amp		Soro Fisiológico 0,9%, 500ml	fr	
Dopamina	amp		Soro Glicosado 5%, 500ml	fr	
Dormonid 5mg/3ml	amp		Soro Ringer c/ lactado	fr	
Efortil 10mg/1ml	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Enflurano	ml		Suxametônio 100mg	fr	
Fenergam 50mg	amp		Tionembutal	fr	
Fentanil	fr		Transamin	amp	
Halotano	ml		Xilocaina 2% s/ vaso	fr	
Haloperido	amp		Xilocaina 2% c/ vaso		
Ketalar	fr		Xilocaina 5% (pesada)		
Methergim	amp				
Naloxona	amp				
Neocaina c/ vaso	amp				
Neocaina pesada	amp				
Neocaina s/ vaso	amp				

FRAGMENTOS E SINISTROS
 OPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 FEB 2019

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Abocath nº 18	un	01	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha descart. 25x7/40x12	un	03/02	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha p/ raque nº	un		Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão ortopédico	metro	02	Algodão s/ agulha nº	env	
Atadura de crepom tam.: 20cm	rolo	02	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Atadura gessada tam.: 20cm	rolo	02	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Dreno de tórax	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Dreno penrose	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equipo p/ macrogotas	un		Mononylon nº 3-0	env	
Equipo p/ transfusão sanguínea	un	01	Mononylon nº	env	01
Lâmina p/ bisturi nº 120	un	02	Prolene nº	env	
Luva etêr nº 7, 8, 9, 10, 11	par	02/03/04	Prolene nº	env	
Luva p/ proced. nº 11	par	04	Vicryl nº	env	
Scalp nº	un		Vicryl nº	env	
Sonda foley 2 vias nº	un				
Sonda foley 3 vias nº	un				
Sonda nasogástrica nº	un				
Sonda vesical simples nº	un				
Coletor de urina	un				
Clamp umbilical	un				

02 latex
 elástico
 15cm
 20, 10, 5

mm3
 01
 05
 03
 04
 05

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM ☒ NÃO ☐

QUAL O MATERIAL USADO? Kit de Kirshner nº 2

FEZ BIÓPSIA?

SIM ☐ NÃO ☒

QUE PEÇA?

ASSINATURA / CARIMBO:

Adriana Silva

DATA: 15/11/18

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CITAL 36.981.552-X DATA DE
EXPIRAÇÃO 05/ABR/2000

NOME ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

PERMÃO FRANCISCO DE ASSIS TUBERLINO
DA SILVA
E MARIANA MENDES DA SILVA

NATURALIDADE PIRACURUCA - PI DATA DE NASCIMENTO 16/JUL/1973

DOC ORIGEM PIRACURUCA-PI
SEGUNDO DEICIS
CCALV. 8448/FLS. 281U/N. 003840
DN 490379193/91

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1253-4
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

 POLÍCIA ORIENT



Antonio C. Mendes da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo
nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura *Antonio Carlos M. Silva*
ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 08/05/00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

Nº de inscrição 490379193-91 Data de Nascimento 16/07/73



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190128026 **Cidade:** Piracuruca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190128026 **Cidade:** Piracuruca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 dos punhos	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-0054547/19

Vítima: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

CPF: 490.379.193-91

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: ANTONIO CARLOS
MENDES 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

ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA : 490.379.193-91

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: 13/02/2019
Nome: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA
CPF: 490.379.193-91

ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190128026

Vítima: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190128026

Vítima: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO CARLOS MENDES 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 punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004622

Conta: 000008131-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

490.379.193-91

Nome completo da vítima:

ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

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

Nome completo:

ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

CPF:

490.379.193-91

Profissão:

LAVRADOR

Endereço:

RUA VEREADOR JOÃO RODRIGUES DE CARVALHO

Número:

S/N

Complemento:

PROX. REAL MAIS

Bairro:

BAIRRO DE FÁTIMA

Cidade:

PIRACURUCA

Estado:

PIAUÍ

CEP:

64.240-000

E-mail:

Tel (DDD):

86 9 9990-4184

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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:

4622

CONTA:

013.00008131

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2019
SEGREDAÇÃO S/A
Rua Coelho de Azevedo, 465 Loja C
Centro - Fortaleza - CE - CEP: 61.002-470
Fone: (85) 3112-4700

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:

Vivos:

Falecidos:

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.

Impressão
legível da
assinatura ou
rubrica do
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, PIRACURUCA-PI, 21 DE JANEIRO DE 2019

Nome: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

CPF: 490.379.193-91

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

CAIXA Loterias

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

025-728817702-6

25/JAN/2019

HORA DE 14:06:09

LOT: 16.014959-2

TERM: 040652

LOCALIDADE: PIRACURUCA

AG. VINCULADA: 4622

CONTROLE: 080307868

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4622 013 00000131-5

ANTONIO CARLOS M SILVA

VALOR :

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

025-728817702-6

1ª VIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CAIXA Loterias



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 116530.001469/2018-91

Unidade de Registro: DP DE PIRACURUCA

Resp. pelo Registro: Jefferson Paulo Ribeiro Soares

Data/Hora: 07/12/2018 - 14:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE PIRACURUCA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

PIRACURUCA

Endereço

PI 110 - LOTEAMENTO NOVA PIRACURUCA - BAIRRO ESPLANADA, Nº:

Complemento

Bairro

ESPLANADA

Data/Hora

04/11/2018 - 03:20

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

RG: 36981552X SSP SP

Mãe: MARIANA MENDES DA SILVA

Pai: FRANCISCO DE ASSIS TUBERTINO DA SILVA

Endereço: RUA VEREADOR JOÃO RODRIGUES DE CARVALHO, Nº S/N

Complemento: PRÓXIMO AO COMERCIO REAL MAIS

Bairro: FATIMA

Cidade: PIRACURUCA - CEP: 64240-000

Telefone(s): 86-9828-6998

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: MARIA IRANETE CARDOSO SILVA

RG: 1808748 SSP PI

Mãe: MARIA DAS GRAÇAS ALVES CARDOSO

Pai: ONOFRE MACHADO CARDOSO

Endereço: RUA VEREADOR JOÃO RODRIGUES DE CARVALHO, Nº S/N

Bairro: FATIMA

Cidade: PIRACURUCA - CEP: 64240-000

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 160 FAN ESDI

Ano: Placa: Chassi:

2016 PIP6931

9C2KC2210GR030222

Renavam:

1078153407

Cor:

Vermelha

Condutor: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

RG: 36981552X Órgão: SSP UF RG: SP

End: RUA VEREADOR JOÃO RODRIGUES DE CARVALHO Número: S/N Complemento: PRÓXIMO AO COMERCIO REAL MAIS

Cidade: PIRACURUCA UF: PI Bairro: FATIMA

Proprietário: JUSCELINO DE ARAÚJO BRITO

Cidade: PIRACURUCA UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMUNICA QUE NA DATA E HORÁRIO ACIMA PILOTAVA A MOTOCICLETA ACIMA QUALIFICADA PELA PI 110 NO SENTIDO ESTA CIDADE AO POVOADO ALTO ALEGRE COM DESTINO AO PARQUE DE VAQUEJADA ONDE ESTAVA SENDO REALIZADO A TRADICIONAL VAQUEJADA, E ALGUNS METROS APÓS O SEGUNDO QUEBRA MOLAS DO BAIRRO NOVA PIRACURUCA, NESTA CIDADE DE PIRACURUCA-PI, PRÓXIMO AO PEQUIZEIRO, VINHA DOIS CARRO E UMA MOTOCICLETA NO SENTIDO OPOSTO, SENDO QUE A MOTOCICLETA QUE VINHA POR ÚLTIMO FOI PARA A CONTRA MÃO E INICIOU A ULTRAPASSAR OS CARROS, E NESTA OCASIÃO A MESMA AO CRUZAR SUA PESSOA, COLIDIU LATERALMENTE NA MOTO QUE SUA PESSOA PILOTAVA, OCASIONANDO FRATURA EM SEU PUNHO ESQUERDO. QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULANCIA E LEVADO PARA O PRONTO SOCORRO DESTA CIDADE, DE ONDE FOI ENCAMINHADO

Boletim de Ocorrência emitido em: 07/12/2018 13:29 - SisBO@2011-2018 ATI

Antonio Carlos Mendes da Silva



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 116530.001469/2018-91

PARA O HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE EM PARNALBA, ONDE FOI SUBMETIDO A DUAS CIRURGIAS.

Jefferson Paulo Ribeiro Soares - Mat. 2982498
AGENTE DE POLÍCIA

Antonio Carlos Mendes da Silva

ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

[Signature]
Delegado de Polícia

Del. Hugo de Almeida Sobrinho Filho
Delegado de Polícia Civil
Mat. 298067-9



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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: **490.379.193-91** Nome completo da vítima: **ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA**

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

Nome completo: **ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA** CPF: **490.379.193-91**
 Profissão: **LAVRADOR** Endereço: **RUA VEREADOR JOÃO RODRIGUES DE CARVALHO** Número: **S/N** Complemento: **PROX. REAL MAIS**
 Bairro: **BAIRRO DE FÁTIMA** Cidade: **PIRACURUCA** Estado: **PIAUÍ** CEP: **64.240-000**
 E-mail: _____ Tel./DDD: **86 9 9990-4184**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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)

AGÊNCIA: **4622** CONTA: **013.00008131** **5**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (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 DE SINISTROS DO SEGURO DPVAT

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.

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

INVALIDEZ PERMANENTE DE SINISTROS DO SEGURO DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 13 FEB 2019
 SEGRETO
 RUA COELHO DE ASSIS, 465 LOJA C
 CENTRO - PIRACURUCA - PI
 CEP: 64.002-470

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, **PIRACURUCA-PI, 21 DE JANEIRO DE 2019**
 Nome: **ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA**
 CPF: **490.379.193-91**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.**