

Control: x Audiência: x Upload x Merge x Whats: x Caixa d: x Tribuna: x PJe Acesso: x Consult: x PJ 080090: x Portal d: x +

tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=473055&ca=2e19834faaffd0e13505e1e0e43005c4...

PJe 0800904-70.2020.8.18.0143
ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS...

11820542 - CONTESTAÇÃO (2750122 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 10/09/2020 11:13:15

10 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11820541 - CONTESTAÇÃO
 - 11820542 - CONTESTAÇÃO (2750122 CONTESTACAO 01)
 - 11820596 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11820615 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11820617 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 11820619 - PROCURAÇÕES

downloadBinario.seam 1 / 8

2750122- C3/ 2020-03387/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE PIRACURUCA/PI

pa.pdf c.pdf prot+cont.pdf c.pdf c.pdf Exibir todos x

PT 11:15 10/09/2020



10/09/2020

Número: **0800904-70.2020.8.18.0143**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Piracuruca Sede**

Última distribuição : **04/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.399,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA (AUTOR)		NATALIA CAROLINE SILVA NEGREIROS MAGALHAES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11820595	10/09/2020 11:13	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Médico

Erfermager

PRONTO ATENDIMENTO

D. N.: 16 07 13 Profissão: - Sexo: masculino

RG/CPF: _____

End: B. Fatrans - K. van 't Hoff

Cidade: Pindamonhangaba UF: SP Data: 04/11/20

Peso: _____ Tax: _____ PA: _____ Horário: 03:40

Queixa Principal:

H.D.A.

DA Donna
Theresa June E

pueda el pelo

H.D. _____ CID _____

CD: ☐ Consulta

 Consulta com medicação / Aerosol (descrever)

☐ Consulta com pequena cirurgia (descrever)

☐ Consulta com internação (anexar AIH)

☐ Consulta com aparelho gessado (descrever)

☐ Consulta com encaminhamento (descrever)

☐ Consulta com observação (descrever)

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

Data da Atividade

Horário:

~~2) Maria Luísa de Candeia Silva~~
Assinatura do Paciente

Assinatura do Paciente

Nota: a) Os procedimentos realizados não

a) Os procedimentos realizados serão cobrados ao paciente;

C) DISK SAÚDE: 0800 280 5610.

Assinatura do Médico (com carimbo)



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. Mun. de Saúde
CPF: 778.472.533-20

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 FEFF892766A34679



Fatura Mensal

MATRÍCULA 055768-7		Hidrómetro 054043128		Referência NOV/2018	
Nome/Razão Social/Endereço MARIA IRANETE CARDOSO SILVA RUA VER JOAO RODRIGUES DE CARVALHO, S/N DE FATIMA PIRACURUCA 64240000 AG= 88					
Situação Água/Esgoto	Res.	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição	Período de Consumo	
3/1	1		83.2.06.0677.0047-000	05/10/2018 a 06/11/2018	
Histórico de Consumo		Forma de Faturamento			
Mês/Ano	Letra	Consumo	Outro	FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO	
05/18	1364	7	0	Cód. Responsável	
06/18	1372	8	0	Código da Tarifa	
07/18	1380	8	25	903562049	
08/18	1388	8	0	Consumo Médio	
09/18	1395	7	0	Consumo Faturado	
10/18	1403	8	25	Consumo	
11/18	1412	9	0	Consumo Faturado	
DESCRIÇÃO DA FATURA					
Cod	Nome do Serviço				Valor (R\$)
	ÁGUA				26,91
	Multa IMPONTUALIDADE 001/001				0,58
	JUROS DE MORA 001/001				0,89
	MANUTENCAO HIDROMETRO				1,60

DEPARTAMENTO 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

VENCIMENTO 13/11/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 29,98

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

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2014-2011-M5							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	8,0 a 9,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	1.08	0.10	0.75	5.80	0.13	0.00	0.00
Conclusão: PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, QUE OS RESERVATÓRIOS COMESTIVAMENTE							

A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
ALTERNATIVA. RETIRE 2 VÍAS SITE WWW.AGESPISA.COM.BR
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

AGESPISA Águas e Esgotos do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888		Inscrição 83.2.06.0677.0047-000	AG= 88
Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.	Matrícula 955768-7	Referência NOV/2018

VENCIMENTO 13/11/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 29,98



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

Piaví, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA 21 DE ABRIL, nº 1424,

complemento B. Fátima, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado 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 - II -

Em test [assinatura] da verdade

Piracurucu - PI 23/01/2018 Emol / total 4,78

[assinatura]

Fátima Maria Passos Galvão - Tabela Interina

Válido com o(s) selo(s) ABK-80303

Maria Valdirene da Silva
Escritor 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: Umas
RG/CPF: _____ Cartão do SUS: _____
End.: R. Fatima - R. 101 - F. 101 - P. 101 - R. 101 - P. 101
Cidade: Piracuruca UF: PI Data: 04/11/18
Peso: _____ Tax: _____ 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 encaminhamento (descrever)
☐ Consulta com observação (descrever)

Médico

Carotídeo
Voltagem + 5mg
IM
No punho E



Enfermagem

6,5 h c.c.

Data da AIIH: 4/11/18 Horário: _____

Assinatura do Paciente: Antônio Carlos Mendes da Silva
Assinatura do Médico (com carimbo): Ednân Soares Coutinho
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: 778.172.533-20

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

Senha **116**

SUS

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:

*DT: Fratura do rádio direito
/ pulso (E)*

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

CD: Fratura por compressão



Ass. Técnico

Antonio Lisboa da Silva Filho
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
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, N° 950 - CEP: 64240-000 Bairro: FATIMA

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

Pai: Mãe: **MARIANA MENDES DA SILVA**

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

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

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

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado
Melhorado
Inalterado
Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido
Pedido
Evasão
Indisciplina

☐
☐
☐

48 Horas
+48 Horas
Obito

Transferido

História Clínica

*Acidente de motocicleta, com
fraturas em punho (E)*

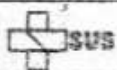
Diagnóstico Provável

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 PROCTUÁRIO

7 - CP: TÃO NACIONAL, E TAL DO (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

Recepção de sintomas agudos

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

invasão de corpos estranhos

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

hemose + R_p

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico

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 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO SEGURO

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CÉDULA

39 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE ENQUADRA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CHS () CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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





RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - RODOVIARIA
Fone: (86) 3323-7188
CEP: 64216-470 - PARNAIABA/PI

Data de Nascimento

16/07/1973

Endereço

RUA VEREADOR JOAO RODRIGUES CARVALHO, 950 -
FATIMA

Paciente: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

Nº DO ATENDIMENTO

1026412

IDADE 45 ANOS, 4 MESES, 20

ENF: 027

LEITO: 2709

Data

Prescrição Médica

Horário de Medicação

Quant

Evolução Médica

Dieta luv

25.08.2019. 1000 ml (6) Flu. bucal

3) Difenidramina 10 mg 4x ao dia

4) Eclorfeniramina 4 mg 1x ao dia

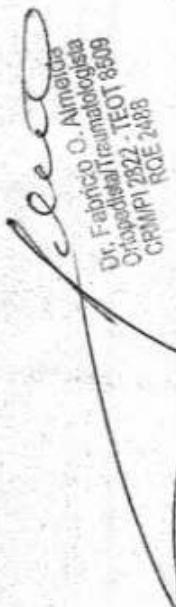
5) Eclorfeniramina 4 mg 1x ao dia

23/08/2019

Fratura do nariz
Sint. Hipertermia

Assunto: Lúcio da Silva S. 1970
Otopédia
CRM-PI 3641

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
18 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimbrão, 1650 - Jd. C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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



OME

PARNAIBA - PIAUI
Antonio Carlos Mendes

HEAD

LETO 10102

DATA 15/11/2014

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

QUANT.

EVOLUÇÃO MÉDICA

10-1- Quantities

Directs Com gr
exhib a f. 11

2500 5000 7000

② Cephalotrocha 1, 20g
EV for 4/14/42

4 Dignosa (2.8.1950)
6.6.50, 1.1.1951

⑤ $\log_{10} 100 = 2$

121124

Dr. J. M. C. C.

Dr. Bernardo Sousa Filho
Oncologista / hematologista
CNPJ 06.923.110/0001-8508
CRM 37223-1

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
13 FEV 2013
AGENTE SEGURADORA S.A.
R. Coelho de Rosendo, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

13 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lda C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
Teresina-PI

[illegible]

Dr. John C. Carter
Transcribed

Dr. Bernardo Sousa Filho
Atopista / Traumatologista
CRM - 2823 TE31-8508

Patient ID: 12345

Account:

Dr. Václav Čížek
Ortopedie / Transmuskulosa
ČESKÉ - 3A 70

DATE - 1983

70



PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
	9:20	Ref. com novo unido de C.C. paciente de Clivis C. Naga clique mudando. Segue conseli- ante, ovidada, fone. Em 14 opuntando cuido em 170 E. Encaminhado e nota cuido. Sem quero no momento. — ^{Renildo Bessa} ^{RENILDO BESSA} ^{ENFERMEIRO} ^{COREN-PI 604.173}	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
13 FEB 2019
GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Cosmo de Resende, 465 Laje C
Centro-Monte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



CLÍNICA ORTOPÉDICA		
PRESCRIÇÃO:	DATA: 17/11/18	HORÁRIO
ALTA HOSPITALAR	 Dr. Fabricio O. Almeida Ortopedista/Traumatologista CRMPI 2822 - TEOT 8508 RQE 2494	EVOLUÇÃO MÉDICA 1 PO DE REDUÇÃO CIRURGICA+FIXAÇÃO DA FRATURA COMINUTIVA PUNHO (SMITH) ESQ EVOLUI BEM FO:OK RX:OK
HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	ANTONIO CARLOS MENDES	10-02



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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2019
GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Coelho do Rezende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.902-470
Teresina-PI



CLÍNICA ORTOPÉDICA					
PRESCRIÇÃO:		DATA: 10/11/18	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					
HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE		ANTONIO CARLOS MENDES <i>Dr. Bernardo Sousa Filho</i> <i>Ortopedista Traumatologista</i> <i>CRM 2823 Teor 8988</i>		10-02	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 13 FEV 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.902-470
 Teresina - PI



CLÍNICA ORTOPÉDICA		
PRESCRIÇÃO:	DATA: 13/11/18	HORÁRIO
DIETA LIVRE VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 SN DIPIRONA 1G EV DE 6/6H SN S VITAIS 6/6H PA 100 x 60 mmHg		EVOLUÇÃO MÉDICA FRATURA COMINUTIVA PUNHO (SMITH) ESQ PRE OP: OK AGUARDA CIRURGIA
HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE		ANTONIO CARLOS MENDES
		10-02



Dr. Omar B. Linhares
 Ortopedia Traumatologia
 Tel: 3334 / 3334 / 3334 / 3334



**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 PIACUI
MÉDICO EDUARDO ANDRADE SPINDOLA CRM 5618

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

() Obstetria (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico (X) Outros 01701521572

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 ROZALVES DO CARVALHO, FATIMA
Município de Procedência PIACUI
Planta cirúrgica da queda de moto apresentando fratura
de rádio
HD Fratura da perna CID _____

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA SOMA 15

- (X) 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 98 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
Dr. Eduardo Andrade Spindola
CRM - PI 5618

HOSPITAL DE DESTINO:

Hospital HCE
Clínica/Posto _____ Senha 2018105078160



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 anestesiologista, 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. Confirmo 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: Fabrizio O. Almeida

Parnaíba, ____ de ____ de ____





BIOSÍNTESE

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

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 - Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.830-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseppima.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. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseppima.com.br

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

Nome do Hospital: MEPA

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome _____

Código Ropm - Nº _____

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

2 - Fio de Vicryl nº 2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

3 FEV 2019

GENE SEGURODORA S.A.
Rua Comendador Antônio, 466 Loja C
Centro - Monte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

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: _____

CRM Nº _____

Dr. Alor Carneiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 3477



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

PACIENTE: <u>Mitômo Carlos Mendes da Silva L3</u>	ALERGIA A:
DATA: <u>35/11/18</u>	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <u>10:55</u>
CIRURGIA REALIZADA: <u>Fract. ATB @</u>	N
TIPO DE ANESTESIA: <u>Sedação</u>	
INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATÓRIAS:	
SINAIS VITAIS	HORÁRIOS
P.A.	ADMISSÃO 15' 30' 45' 60' 1h30 2h 2h30 3h SAÍDA
F.C./PULSO	<u>144/80</u> <u>144/94</u> <u>143/82</u> <u>134/78</u>
TEMPERATURA	<u>37.6</u> <u>37.5</u> <u>37.5</u> <u>36.5</u>
OXIMETRIA	<u>97</u> <u>99</u> <u>98</u> <u>98</u>
FREQ. RESPIRATÓRIA	<u>16</u> <u>14</u> <u>16</u> <u>12</u>

Escala de Aldrete e Krorlik:

ÍNDICE DE ALDRETE-KRÖULINK MODIFICADO	Admissão	15'	30'	45'	60'	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 Ribeiro

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 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: _____

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 ____





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2019

INTE SEGURADORA S.A.
R. do Comércio, 465 Loja C
Praia de Faro CEP: 64.002-470
Teresina - PI

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

HEDA
Hospital Estadual Darcy Arcoverde
Parnaíba - Piauí

Paciente: Antonio Carlos M. da Silva Idade: 49 Data: 10/11/18

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> 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.	Equipamento 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 anamnese 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 de perda sanguínea maior que 500ml (7ml/Kg em crianças)? () Sim ☒ Não. Tem acesso venoso adequado? ☒ Sim () Não. Tem reserva de sangue? () Sim ☒ Não.	Houve problema com algum equipamento para ser resolvido? () Sim Qual? <u> </u> ☒ Não
Há risco para via aérea difícil/broncoaspiração? () Sim () Não.	Exames de imagem estão disponíveis? ☒ Sim () Não.	Enfermeiro do CC: <u>Pauliane</u> Circulante: <u>Xosel</u> Anestesiista: <u>Guilherme</u>
Instrumental: <u>Guilherme</u> Cirurgião: <u>Dr. Ricardo</u> Anestesiista: <u>Guilherme</u>	Instrumental: <u>Guilherme</u> Cirurgião: <u>Dr. Ricardo</u> Anestesiista: <u>Guilherme</u>	Enfermeiro do CC: <u>Pauliane</u> Circulante: <u>Xosel</u> Anestesiista: <u>Guilherme</u>

Dr. W. Costa

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

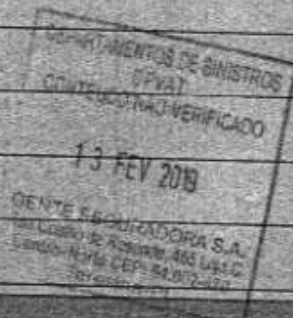
Nome do Hospital: Herde - Parnaíba

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

	Nº	Qtd.	Cód.	Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3.5) mm	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 S. II Convênio:

Data da Cirurgia: 16/11/18 Nº prontuário:

Cirurgião: Ueta Camilo

Alex Carmo

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 15' 30' 45' 60' 1h30 2h 2h30 3h SAÍDA
F.C./PULSO	136x73 136x73 136x73
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'	1h30	2h	2h30	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. Anestesiista: Dr. Brázio Lima

Escala da dor:

Ao Chegar da 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: Raqui-anestesia 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: antonio Carlos Mendes DN: 24/01/1953 DATA DA ADMISSÃO: 05/11/18

CLINICA: Quimioterapia 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 - PARNABA/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
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

Atividade realizada

3886 VALDEAISE CARVALHO DE SOUSA

Atividade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 60) com revisão em lâmina: Bioquímica (Blio 200)





SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HIEDA
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

NOME: Antonio Carlos Mendes da Silva
INICIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA DURAÇÃO: _____ HORAS
CIRURGIA: _____ CIRURGIÃO: Dr. Nilton
1º AUXILIAR: Dr. Adelar ANESTESISTA: Dr. Graziela

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		Pias 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				
Ketalar		02			
Ureterina		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	03 / 03	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 / 02	Prolene n°	env	
Luva p/ proced. n°	par	03	Vicryl n°	env	
Scalp n°	um		Vicryl n°	env	
Sonda foley 2 vias n°	uma		Coler nasal		01
Sonda foley 3 vias n°	uma		02	mm³	
Sonda nasogástrica n°	uma		Exco de germank		03
Sonda vesical simples n°	uma		01		
Coletor de urina	um		01		
Clamp umbilical	um		Seringas 30 / 20 / 5 mL		01 / 01 / 01

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

QUE PEÇA?

ASSINATURA / CARIMBO:

DATA: 16/11/18

DEPARTAMENTO DE SINUS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO13/11/2019
GENTE SEGURADORA S/A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Centro - Niterói CEP: 24.002-470
Niterói - RJ



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

Falta
laudo
urgência 28855

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898002314362707

8 - DATA DE NASCIMENTO

16/07/1973

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

187903

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

10 - NOME DA MÃE

MARIANA MENDES DA SILVA

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de transição
em pulso (E) com fratura do
tórax direito

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 direito

21 - CID PRINCIPAL

S52T

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 FEV 2019

GENE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO 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

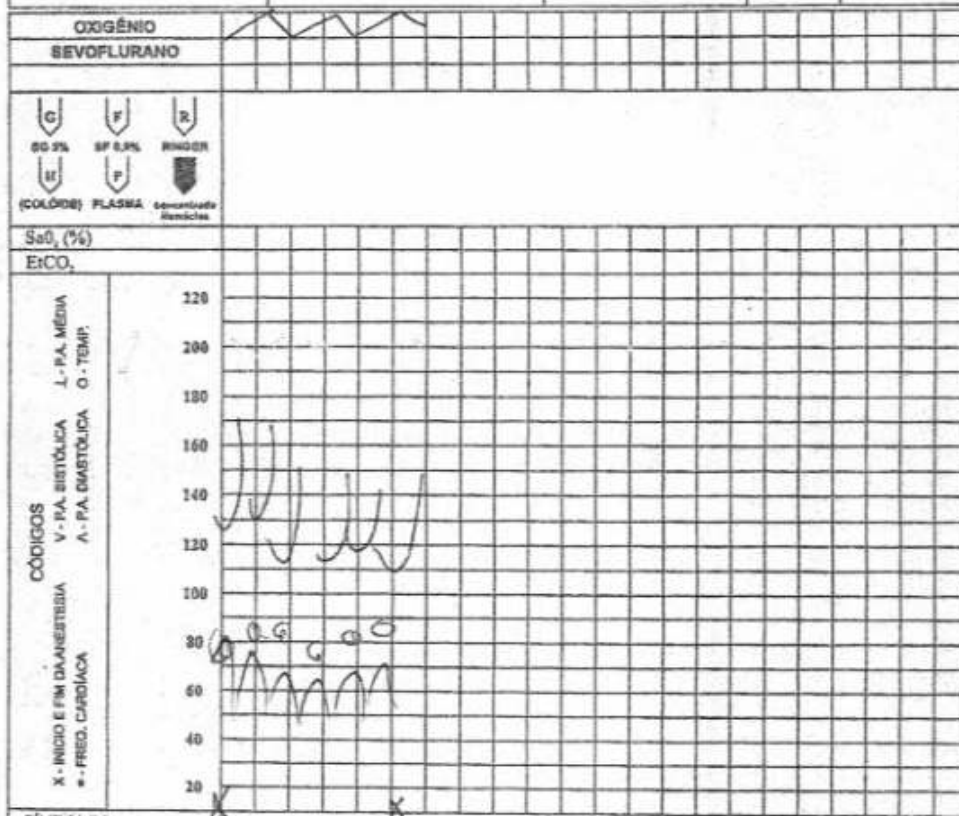
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 15/11/12 SALA: 03
PRONTUÁRIO

PACIENTE: Antônio Carlos Mendes de Siqueira IDADE: 45
DATA DE NASC: 1/1 PESO: SEXO:
PROCEDIMENTO: osteossintese de fratura de rádio distal braço ESTADO FÍSICO ASA: I
PRESSÃO ARTERIAL: 138/72 FC: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: ALTURA: OUTROS:
HEMOGLOBINA: HEMATÓCRITO: GLICEMIA: UREIA: CREATININA:



SEQUÊNCIA
Levante 120mg
ceftriaxona 15mg
Papepil 200mg
cefepime 2g
dipiridone 2g

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2013
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

SÍMBOLOS INÍCIO 9:20 FIM 10:00
DIURESE DURAÇÃO

Técnica Anestésica: Geral endovenosa
Observações:

☒ ECG ☐ PVC ☒ Oxigênio ☐
☐ PAM ☒ PANI ☐ Capnógrafo ☐
GASES l/min. Início Fim Tempo
Oxigênio 5.0 9:20 10:00 20
Ar Medicinal

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	Amp	Dopamina	Amp	Neostigmina	Amp	Remifentanyl	Fras
Adrenalina	Amp	Dormonid	Amp	Nipride	Amp	Ranitidina	Amp
Água dest. 10ml	Amp	Eflortil	Amp	Novadrenolona	Amp	Ringer-Lactado	Fras
Cipro 200mg	Fras	Efedrina	Amp	Neocaina 0.5% pesada	Amp	Sufentanil	Amp
Cefazolin 1g	Amp	Fentanyl (s/cons)	Amp	Neocaina 0.5% isobar	Amp	S. Flutidol 0.9%	Fras
Ciclodina	Amp	Fentanyl (frasco)	Fras	Omeprazol	Fras	S. gliconado 5%	Fras
Coláide ()	Fras	Sevoflurano	MI	Pancuronio	Amp	Atracurio	Amp
Dexametasona	Amp	Hidrocortisona	Fras	Propofol	Amp	Transamin	Amp
Diazepam	Amp	Isoflurano	MI	Propofol	Fras	Novabupr 0.5% v	Fras
Dimorf	Amp	Mannitol	Fras	Propofol	Amp	Lidocaina 2% v	Fras
Dipirona	Amp	Metronidazol	Fras	Quelicin	Fras		
Dobutamina	Amp	Narcin	Amp	Quetamina	Fras		

Marcus Crisanto
Anestesiologista
CRM-PI 508
RUA: 7205

Secretaria de Estado da Saúde / SESAP
Avenida Pedro Freitas, 508, Bloco A, Centro Administrativo
CEP 64018-900 - Teresina, Piauí, Brasil
Telefone: 06 3216.2583
www.saude.pi.gov.br





HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

06553564015593

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 etil 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		Prostigmina	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	
Haloperidol	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				

CONTENEDOR VERIFICADO
13 FEV 2019

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Abocath nº 18	un	01	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha descart. 25x2/40x12	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 etil nº 7.0, 7.5, 8.0	par	02/03/04	Prolene nº	env	
Luva p/ proced. nº 10	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				
Solador de urina	un				
Clamp umbilical	un				

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM ☒ NÃO ☐

QUAL O MATERIAL USADO? fio de kitchner nº 2

FEZ BIÓPSIA? SIM ☐ NÃO ☒

QUE PEÇA? _____

ASSINATURA / CARIMBO: Adina A. Souza

DATA: 15/11/18



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 36.981.552-X DATA DE EXPIRAÇÃO 06/ABR/2000

NOME ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

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

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

DOC ORIGIN PIRACURUCA-PI SEGUNDO DECIU CCILV.8448/FLS.281U/N.003840

CPF 490379193-91

ASSINATURA DO DIRETOR LEO N° 116 DE 28/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1469-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

MOLESTIA ENFERMOSA

ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

Assinatura ANTONIO CARLOS MENDES DA 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

DEPARTAMENTOS 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 seqüela

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.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: ANTONIO CARLOS
MENDES DA SILVA

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





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 13947510





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

Rio de Janeiro, 08 de 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou 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)
AGÊNCIA: 4622 CONTA: 013.00008131 5
(Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

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

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, apresentando, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de sequelas 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.



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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório
Local e Data, PIRACURUCA-PI, 21 DE JANEIRO DE 2019
Nome: ANTONIO CARLOS MENDES DA SILVA
CPF: 490.379.193-91

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Antonio Carlos Mendes da Silva

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.

01/2018



DEPARTAMENTOS 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

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

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
LOCALIDADE: PIRACURUCA
AG. VINCULADA: 4622

TERM: 040652

CONTROLE: 000307868

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
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

CAIXA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA





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

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 FEV 2019

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

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

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/09/2020 11:15:21
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091011131349400000011189147>
Número do documento: 20091011131349400000011189147

Num. 11820595 - Pág. 49



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 PARNAÍBA, 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

[Assinatura]
Delegado de Polícia

Delegado de Polícia
Delegado de Polícia
Mat. 298067-9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou 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		
Profissão: LAVRADOR	Endereço: RUA VEREADOR JOÃO RODRIGUES DE CARVALHO	CPF: 490.379.193-91
Bairro: BAIRRO DE FÁTIMA	Cidade: PIRACURUCA	Número: S/N
E-mail:	Estado: PIAUÍ	Complemento: PROX. REAL MAIS
	CEP: 64.240-000	
	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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4622** CONTA: **013.00008131** **5**

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

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

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 13 FEV 2019
 SENTE SEGURO S.A.
 Rua Coelho de Azevedo, 455 Loja C
 Centro - Parnaíba - PI
 CEP: 64.062-470

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**

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonio Carlos Mendes da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

701/2018

