
Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: IVONETE CARVALHO VIEIRA

Nº Sinistro: 3180468025

Vitima: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU

Data do Acidente: 29/03/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180468025**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

MENOR

GUSTAVO IVAN VIEIRA

DE ABROU.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	Endereço	CPF/Cédula de Conta	Profissão
IVONETE CARVALHO VIEIRA 6961059349	RUA ALTO DO BODE, PIAU CAPITAS	Nº 999	EMPREGADA DOM.
AVTO RESURREÇÃO	Cidade	Estado	Complemento
	TERESINA	PI	QURUPI
Email			CEP 64090-250
			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 3389

D/V

CONTA

NRO. 12625

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

TERESINA (PI) de 04 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

05 OUT 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

595 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000284/2018-31

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 18/01/2018 - 18:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

29/03/2015 - 19:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro**Município**

TERESINA

REDENÇÃO

Endereço

QD 09, Nº:

Ponto de Referência**Complemento**

PARADA FINAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: IZAURA CARVALHO VIEIRA

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO/Noticiante

RG: 1878596 SSP PI

Endereço: RUA CARAJÁS, Nº 939

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

Nome: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU (12 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA

Endereço: RUA CARAJÁS, Nº 939

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/NXR150 BROS ESD, COR PRETA, PLACA OEB-0874-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO FOI ATINGIDA POR UMA MOTO, QUE INVADIU A PREFERENCIAL; QUE, SEU SOBRINHO, GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU, ERA PASSAGEIRO DE SUA MOTO E FOI VÍTIMA DE LESÃO CORPORAL, SENDO SOCORRIDO POR MISÆL GOMES PEREIRA, RG: 2571260 SSP-PI, E LEVADO AO HUT (PRONTUÁRIO 354194). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.

Francileude
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629

AGENTE DE POLÍCIA

IZaura carvalho vieira
IZAURA CARVALHO VIEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 FEV 2018

DPVAT
ORIGINAL

Delegado de Polícia

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE LABREU** | CPF da Vítima: **MENOR** | Data do Acidente: **29/03/2015**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:

IVONETE CARVALHO VIEIRA

CPF do Representante legal:

69961059349

Email:

Telefone (DDD):

(86) 9.9999-1717

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

05 OUT 2018

TERESINA (PI) 04 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

DPVAT

IVONETE CARVALHO VIEIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME
GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU

MATRÍCULA
078980 06 55 2005 1 00001 278 0000278-17
(LIVRO A: 1 TERMO: 278 FOLHA: 278)

VíFilme

memor

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

NOVE DO MÊS DE JULHO DO ANO DE DOIS MIL E CINCO

DIA	MÊS	ANO
09	07	2005

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

02:45 TERESINA/PI

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

TERESINA-PI

LOCAL DE NASCIMENTO

UNIDADE DE SAÚDE WALL FERRAZ

MASCULINO

FILIAÇÃO

MÃE: IVONETE CARVALHO VIEIRA

PAI: GUMERCINDO PIMENTEL DE ABREU

AVÓS

AVÓ MATERNA: FILOMENA DE CARVALHO VIEIRA

AVÔ MATERNO: FRANCISCO HENRIQUE VIEIRA

AVÓ PATERNNA: FRANCISCA PIMENTEL DE ABREU

AVÔ PATERNO: GUMERCINDO JOSÉ DE ABREU

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

QUATORZE DO MÊS DE SETEMBRO DO ANO DE DOIS MIL E
CINCO

Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO
VIVO

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

NOME DO OFÍCIO: 3º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAÚJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº 417 CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data local: TERESINA-PI, 11 de Agosto de 2015.

Assinatura do Oficial

Maria Caroline Araújo Lages
Oficiala Substituta
3º Cartório do Registro Civil
Teresina-PI

2ª VIA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 FEB 2018

DPVAT

ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ATOS DECLAR.

SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU		Prontuário: 354194
Mãe: IVONETE DE CARVALHO VIEIRA	Pai:	
End. Resid.: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-070		
Nascimento: 09/07/2005	Idade: 9a:8m:20d	Sexo: Masculino Fone: 86-8137-1427
Responsável: FILOMENA DE CARVALHO VIEIRA		CNS: 898002303681458
Profissão: ESTUDANTE	Documento:	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 462610	Data: 29/03/2015 19:19:27	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		Convênio: SUS
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
Trauma: Não	Maus Trato: Não	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Deformidade	Destino: CONSULTORIO URGÊNCIA	Classificação: Verde
-----------------------	-------------------------------	-------------------------------	----------------------

Brave História:
 Queda de motocicleta, apresentando trauma em MSE.

Edson Macêdo
 CORUM 13640
 Ass. Profissional Acolhimento:

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)	<i>Dr no pulso c 70</i>		
<i>No pt dor c dor m.</i>			

PA X mmHg	Pulso:	FC: bpm	Temp.: _____
-----------	--------	---------	--------------

Diagnóstico Inicial:

CID:

**PI CORRETORA
DE SEGUROS**

08 FEV 2018

DPVAT

ORIGINAL

Se Internação, indique o procedimento e o CID

48020334 842-2

Procedimento

CID

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:			
VATA: / / .	HORA: : .	Procedimento	

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Hugo José Sales
Ortopedia e Traumatologia

Autorização para Verificação Médica
 CRM 3638 TEOT 12572

J CORRETORA
DE SEGUROS

05 OUT 2018

DPVAT



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 87, Resolução 456/2000 da ANEEL NF: 718916

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

RUA BOA VISTA, 497, -CEDRO

CEP: 64.450-000

MONSENHOR GIL-PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1367200-6	08/2018	21/07/2018 a 21/08/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
39	25/08/2018	R\$ 32,09

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente à emissão de segunda via de pagamento não será cobrada



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 87, Resolução 456/2000 da ANEEL NF: 718916

IVONETE CARVALHO VIEIRA

RUA CARAJAS,N°939, R, ALTO DO BODE ,B-GURUPI

CEP: 64.090-250 TERESINA -PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO	PJ CORRETORA DE SEGUROS
1467200-6	08/2018	21/07/2018 a 21/08/2018	05 OUT 2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	DPVAT
30	25/08/2018	R\$ 22,09	

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

(86) 3 8867 - 8941 / (86) 3 8808 - 7535
recorte aqui
(86) 3 9404 - 4764 / (86) 3 9999 - 0117

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO
PIAUI



Eletrobras

Distribuição Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1467200-0	08/2018	R\$ 22,09

83620000005.54490017009.000000003988.675609150056





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA DE FATIMA inscrito (a) no CPF/CNPJ 305.907.333-55
na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário GUSTAVO IVAN VIEIRA inscrito
(a) no CPF sob o No 039.001.593-49 da Sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
GUSTAVO IVAN VIEIRA inscrito no CPF sob o No 396.005.93-49 conforme
determinação da Circular Susep 445/12 ABREU.

Declaro Profissão: RECLUSO-ME Renda: RECLUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:
RECLUSO-ME

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Boa Vista	Número	457	Complemento
Bairro	CEDRO	Cidade	Monsenhor Gil	Estado
Email	magnorjessyka@hotmail.com	Telefone comercial (DDD)	(80) 9 8894-7609	Telefone celular (DDD)
			(86) 5 9999-	6557

Terezinha (PTD) de OUTUBRO de 2018. P.J CORRETORA DE SEGUROS
Local e Data

X

Maria de Fátima de Paula Bredt
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, IZAURA CARVALHO VIEIRA,
 RG nº 1.878.596, data de expedição 07/04/10,
 Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 657344.033-49, com
 domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na Rua Avenida Presidente Vargas, nº 939,
RUA AUTO DO BODE, AUTO DA ROSA SUPERIOR,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima GUSTAVO ILAN VIEIRA DE ABREU, cujo o condutor era

IZAURA CARVALHO VIEIRA
 Veículo: PAS MOTOCICLO MOTO HONDA INXR ISO BROS EDS.
 Modelo: HONDA INXR.
 Ano: 2012.
 Placa: DEB-0894 CR 544926.
 Chassi: 9C2KD0540CR 9910312015
 Data do Acidente: _____
 Local e Data: TERESINA(PI); 18/01/2018.

X Izausa carvalho vieira
 Assinatura do Declarante

X Izausa carvalho vieira
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO "DIALEMA VELOSO"
 5º Ofício de Notas
 Rua Barroso, 91/Sul - Centro

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
 Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião
 Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: IZAURA CARVALHO VIEIRA.
 DOU FE. EM TEST. Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião DA VERDADE. TERESINA-PI, 18/01/2018.
 Emol.: 3,60 TJ: 0,72 Selos: 0,25 Total: 4,57 Selos: AAX.60589 (F410P314)

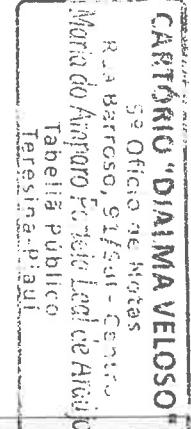
ROSENIR DE MOURA LIMA-Tabelária Substituta



PJ CORRETORA DE SEGUROS

06 FEV 2018

DPVAT ORIGINAL



CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS
 Maria do Amparo Portela Leal de Araújo - Tabelião

Rua Barroso, 91/Sul - CEP: 64001-130 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6665



NOME DO PACIENTE: Gustavo Ivan Vieira de Almeida

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 354.194

ORIGINAL

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 FEV 2018

DPVAT

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME

“O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO”.

FMS

SUS

HUT

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

DO PARA SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOS.

AIH : 221519023541-4

UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Órgão Emissor: M221100001

Identificação do Estabelecimento

Nome do estabelecimento solicitante

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

Nome do estabelecimento executante

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE

GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU

NASCIMENTO
09/07/2005Código da
Internação:

130737

D.LIBERA: 06/04/2015

DT. LAUDO : 29/03/2015

PROCED.: 0408020334 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA

Medico Auditor DIRCAT/FMS

OP.SIST: LUPINHA

CID : S422

CRM-PI 1028 - CPF: 098.572.903-68

CNS: 12170560130009

Ass. MÉDICO RESPONSÁVEL

Nome: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU

6 - Prontuário: 354194

- CNS: 898002303681458

8-Nascimento: 09/07/2005

9-Sexo: MASCULINO

12-Fone: 86-8137-1427

11-Mãe: IVONETE DE CARVALHO VIEIRA

14-Cor: Parda

13-Resp: FILOMENA DE CARVALHO VIEIRA

15-Ender: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREIÇÃO - CEP: 64000-070

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-07

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

*Pra se caíu no solo
an. sur.*

21 - Condições que justificam a internação:

*08/03/2015
Fratura
carimbo*

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S422

27-Procedimento Solicitado:

3408020334 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO

Tempo Sis

PJ CORRETORA DE SEGUROS

35-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

06 FEV 2018

02 01 CPF

978.762.163-15

36-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA

29/03/2015

31-Ass. Carimbo

Tempo Sis

PJ CORRETORA DE SEGUROS

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-NC

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

06/04/15

Documento:

49-Num. Documento:

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17026395120001

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (RAIMUNDA FRASCO
Consulta Local: 462610
Consulta SUS:
Impressão: 29/03/2015 20:14:44

Felônino de Celvilio Verso

SUS

PROJETO CRISSE/PI 221100001 11 (AIH)

**ODO PARA SOLICITAÇÃO DE
DE INTERNAÇÃO HÓSP.**

Identificação do Estabelecimento de

- nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TEI

- nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU		6 - Prontuário: 354194
14-NIS:	898002303681458	9-Nascimento: 09/07/2005
11-Mae:	IVONETE DE CARVALHO VIEIRA	9-Sexo: Masculino
12-Pais:	FILOMENA DE CARVALHO VIEIRA	12-Fone: 86-8137-1427
15-Ender:	RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - CEP: 64000-070	14-Cor: Parda
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-070

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:
*Dor, deformidade e impotência funcional
 em arco (E)
 + P.O + perda de função*

- Condições que justificam a internação:

Traumatismo- Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
KR

- Diagnóstico inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

14-CID Fries: 15-CIE SCRI: 16-ICD-10: C73.0

S422

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020334	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERO
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF 217.817.218-07
31-Med. Profissional Solicitante/Assistente: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	32-Docum.: 33-Doc. Méd. Solic.: Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3467, TEOF 1195 CORRETORA DE SEGUROS
34-Data Solicitação: 05/04/2015	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) 06 FEV 2018

35- : Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:
36- : Acidente Trabalho Tipico	40-CNPJ Empresa:
37- : Acidente Trabalho Trajeto	41-CNPJ Empresa:

42- Inscreva com a Previdência:
 Reggado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado

AUTORIZAÇÃO

43- Med. Profissional Autorizade:	44-Data Autorização:
CRM-PI 102639512001	140418
45- M. Documento:	46- M. Seguro:
CRM-PI 102639512001	DPVAT

47- Assinatura Paciente ou Responsável:
Felomena de oliveira

Matilde Andrade Martins S. Moura
CRM-PI 102639512001
Médico Auditor FMS - Teresina
CRM-PI 102639512001
Concessão: 05/04/2015 10:21:00

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

DATA 31/03/15

OLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	Gustavo Ivan S. Moreira	PRONTUÁRIO N°:	354194
DIAGNÓSTICO:	Jnat. de Tumores E	CIRURGIA:	Jixacap
ANESTESIA:	D. Fabiano L. de Oliveira	Nº DA SALA:	08
CIRURGÃO:	Ortopedia e Traumatologia	CPF N°:	
AUXILIAR:	CRM-PI 3467 - TEOT 11913	CPF N°:	
ANESTESIA:	CRM-PI 3467 - TEOT 11913	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Dr. Fabiano Elizângela	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 70	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 80	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	150ml		PVPI DE GERMANTE	ML	150ml	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	150ml	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Crepom	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Escorva			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

Dr. Fernando L. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467 - TEOT 11913

ROBORERIA
DE SEGUROS

06 FEV 2018

DPVAT

0804 DPVAT
K ORIGINAL

RENTABIL

	ORIGEM: ()HALL POSTO: CLINICA: EMERGÊNCIA:	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F			
		DIA	MÊS	ANO				
NOME: Gustavo Ivan de Araujo								
PÓS OPERATORIO								
CIRURGIA REALIZADA: Fiss. de jônio (lego prexado)								
DATA: 05.04.15		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: 10:40						
		TIPO ANESTESIA: Bloqueio						
S.V.R	ADMISSAO	HORÁRIO						SAÍDA
		15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	
P. ARTERIAL								
F. CARDIACA	172							
F. RESPIRATÓRIA	/							
TEMPERATURA								
OXIMETRIA	100%							
NOME/ MATRÍCULA	Vaines							
2- EXAME FÍSICO								
ÍNDICE DE AVALIAÇÃO BOM - REGULAR - RUIM		ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA
CONSCIÊNCIA BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS REGULAR: OBEDECE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INCONSCIENTE)		(<input checked="" type="checkbox"/>) BOM (<input type="checkbox"/>) REGULAR (<input type="checkbox"/>) RUIM						
ATIVIDADE MOTORA BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTÁRIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DObra JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL		(<input type="checkbox"/>) BOM (<input checked="" type="checkbox"/>) REGULAR (<input type="checkbox"/>) RUIM						
RESPIRAÇÃO BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA/ REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA		(<input checked="" type="checkbox"/>) BOM (<input type="checkbox"/>) REGULAR (<input type="checkbox"/>) RUIM						
PELE BOM: ROSADA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE		(<input checked="" type="checkbox"/>) BOM (<input type="checkbox"/>) REGULAR (<input type="checkbox"/>) RUIM						
PERFUSÃO BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO		(<input checked="" type="checkbox"/>) BOM (<input type="checkbox"/>) REGULAR (<input type="checkbox"/>) RUIM						
ASPECTO CURATIVO BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE		(<input checked="" type="checkbox"/>) BOM (<input type="checkbox"/>) REGULAR (<input type="checkbox"/>) RUIM						
NOME/ MATRÍCULA: Enj. Jana Furtado 157.347								

08.07.15
X

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

DATA 05/04/15

OLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: Gustavo Iván Vieira Abreu PRONTUÁRIO N°:

DIAGNÓSTICO:

ANESTESIA: bloqueo

CIRURGÃO: Dr. Fernando

AUXILIAR:

ANESTESIA: Drc. Armando

INSTRUMENTADORA: Anaglydes

CIRURGIA: 6

Nº DA SALA: 05

CPF N°:

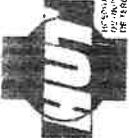
CPF N°:

CPF N°:

CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>01</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>85</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>05</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	<u>05</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>01</u>	
GASES	PAC.	<u>03</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	<u>erupom 01</u>		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>05 eletrodos</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>el eova p/ digerima 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<u>0809/15</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				<u>X</u>			
ALCOFIL							
MONONYLON		<u>2.001</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL							
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Sônia</u>			



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Gastão Ivan Vieira

Diagnóstico pré-operatório

Fratura do úmero proximal (E)

Operação - Tipo

Redução + Fixação com Fixa K

Cirurgião

Fernando Couto

Assinante: Dr. Bruno Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11438

2º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Dr. Fernando C. de Oliveira
Assinante: Dr. Bruno Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11438

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Osteotomia

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Tore DAS sob bloqueio de preco
- 2) Preparo habitual
- 3) Redução sob visao endoscópica
- 4) Fixação com 3 fixa K percutâneas
- 5) Laceram
- 6) Curativo
- 7) MJ de marcha

Dr. Fernando C. de Oliveira
Assinante: Dr. Bruno Freire
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11438

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO		
DATA		P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
05/04/12		12x0	100				
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO							
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
SISTEMA DIGESTIVO							
ESTADO MENTAL							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							
						TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3					1 2 3
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					1 2 3
TEMPERATURA T		C° 38	ok infusão				1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
P ARTERIAL V O PULSO							SEQUENCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							DURAÇÃO 1:30
TÉCNICAS		Globovio Iateko Sossejil				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES		<u> </u>					
CIRURGIÕES		<u> </u>					
ANESTESISTAS		Armando Roche Pinto					
		Dr. Armando Roche Pinto MÉDICO - ANESTESIOLOGISTA CRM-1541					
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



130737

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Gustavo Ivan Oliveira de Abreu

Diagnóstico pré-operatório

Fractura - Úmero

Operação - Tipo

Fixações de Fratura de Úmero(E)

Cirurgião

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467 TEOT 11913

1º Assinante

2º Assinante

CRM-PI 3467 TEOT 11913

3º Assinante

Instrumentador(a)

Elizangela

Anestesista

Sabrina Santos
CRM-PI 3813
CRM-MEDICO

Anestesia

Dr. Fabiano Geral

Anestésico(a)

Data da Operação

31.03.15

Início

16:00

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Fase dts sob anestesia caudal
- 2) Preparo habitual
- 3) Reducao sob visao radioscopica
- 4) Fixacao com fios e percutaneos
- 5) Lavagem
- 6) Curativo
- 7) Telpatia

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467 TEOT 11913

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA: 31/03/25	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO AS	EFEITOS		
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 222 2 Jevo 3 502	150 100 200			{ jevidol 20.0mg Propofol 6.0mg Dexa 0.2, 1.0mg TOT (5,5) ventilação 100 oxigênio 100%	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	(SF) (SF)				
TEMPERATURA T	C° 38	260 34 14 35 260 240 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10			SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO					1 ilfordine 4g 2 Dexadon 1mg 3 Ondansetron 0.1mg 4 Diprivan 0.2g 5 Strophan 0.5mg 7 Nitroglycerine 2mg 8 Nitrobutrina 2mg 9 10 ketobol 20mg 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS	General bolonizada				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES	extensão da crista proximal					
CIRURGIÕES	Dr. Fernando					
ANESTESISTAS	 Dr. Fernando CRM/PI: 3813					
PARTICULARIDADES	n/a infarctus pulm.					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						

Sala de Ucras

Pediatrica

de qdne

	ORIGEM: ()HALL POSTO: CLINICA: EMERGÊNCIA:	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F			
		DIA	MÊS	ANO				
NOME: Gustavo Ivan Vieira de Abreu PÓS OPERATÓRIO		09	07	2005	J-M			
CIRURGIA REALIZADA:								
DATA: 31.03.15		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: 17:40						
		TIPO ANESTESIA: -geral						
S.V.R	ADMISSÃO	HORÁRIO						SAÍDA
		15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	
P. ARTERIAL	143							
F. CARDIACA								
F. RESPIRATORIA	1							
TEMPERATURA	100-							
OXÍMETRIA								
NOME/ MATRÍCULA	Helene							
2- EXAME FÍSICO								
ÍNDICE DE AVALIAÇÃO BOM - REGULAR - RUIM		ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA
CONSCIÊNCIA BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS REGULAR: OBEDECE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INCONSCIENTE)		()BOM ()REGULAR ()RUIM						B
ATIVIDADE MOTORA BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTÁRIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO RUIM: PARALISIA TOTAL		()BOM ()REGULAR ()RUIM						B
RESPIRAÇÃO BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA/ REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA		()BOM ()REGULAR ()RUIM						B
PELE BOM: ROSADA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE		()BOM ()REGULAR ()RUIM						B
PERFUSÃO BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO		()BOM ()REGULAR ()RUIM						B
ASPECTO CURATIVO BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE		()BOM ()REGULAR ()RUIM						B
NOME/ MATRÍCULA:								

Luciáte R. da C. Bazzera
Enfermeira
COREN-PI 69736

Hamilton Barbosa de Souza
ANESTESEIOLOGISTA
CRM-PI 5840

ALTA DA SRPA
ANESTESEIOLOGISTA
SOCIEDADE
PROVINCIAL

3- DRENOS/SONDAS E CATETERES

DÉBITOS	HORÁRIO	VOLUME	ASPECTO/ CARACTERÍSTICA
() SVD			
() SNG			
() DRENO DE SUCÇÃO			
() DRENO DE PENROSE			
() DRENO DE KEHR			
() PLEUROSTOMIA			
() ESOFAGOSTOMIA			
() GASTROSTOMIA			
() JEJUNOSTOMIA			
() ILEOSTOMIA			
() OUTRO			

4- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

17:10 Admitido na SRPA em POI de fratura de úmero sob efeitos de anestesia geral. Consciente, orientado, fôlego eupneico.

Luciane R. da C. Bezerra
Enfermeira
COREN-PI169736

17/05/2015
8:00

5- ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHADO ÀS _____ HORA: () CLÍNICA DE ORIGEM () UTI () AMBULATÓRIO () OUTRO:
OBSERVAÇÃO:

Recebido alta da SRPA. Encaminhado a pediatra. Fôlego eupneico, sem queixas atípicas.

Luciane R. da C. Bezerra
Enfermeira
COREN-PI169736



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU** (Prontuário: 354194)

Endereço: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-070

Nascimento: 09/07/2005 Idade: 9a:11m:1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 462610

Requisição: 517500 Solicitação: 29/03/2015 Solicitante: HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA

Controle: 654405 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 29/03/2015

OMOPLATA OU OMBRO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura do colo umeral.
- Luxação gleno-umeral.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 10/06/2015

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

08/04/15



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU** (Prontuário: **354194**)

Endereço: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-070

Nascimento: 09/07/2005 Idade: 9a:11m:1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 462610

Requisição: 517500 Solicitação: 29/03/2015 Solicitante: HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA

Controle: 654405 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 29/03/2015

OMOPLATA OU OMBRO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura do colo umeral.
- Luxação gleno-umeral.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 10/06/2015

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

080715



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU** (Prontuário: 354194)

Endereço: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-070

Nascimento: 09/07/2005 Idade: 9a:10m:4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 130737

Requisição: 518072 Solicitação: 31/03/2015 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

Controle: 655093 Convênio: SUS CLÍNICA PEDIÁTRICA - P05 ENFERMARIA 200 LEITO 083

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 31/03/2015

OMOPLATA OU OMBRO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura do colo do úmero, fixado por fios metálicos.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 13/05/2015

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU** (Prontuário: 354194)

Endereço: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-070

Nascimento: 09/07/2005 Idade: 9a:9m:27d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 131235

Requisição: 519257 Solicitação: 05/04/2015 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

Controle: 656567 Convênio: S U S CLÍNICA PEDIÁTRICA - P05 ENFERMARIA 200 LEITO 083

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 05/04/2015

OMOPLATA OU OMBRO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA COMPLETA NA METÁFISE PROXIMAL DO ÚMERO, FIXADA COM FIOS METÁLICOS.
- AUMENTO DO VOLUME DAS PARTES MOLES.

(ANTONIO

TERESINA - PI 05/04/2015

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

05/04/2015



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU** (Prontuário: 354194)

Endereço: RUA CARAJÁS, 933 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-070

Nascimento: 09/07/2005 Idade: 9a:10m:26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 467071

Requisição: 523952 Solicitação: 23/04/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 662311 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 23/04/2015

OMOPLATA OU OMBRO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente e nas de rarefação óssea na metáfise proximal do úmero.
- Presença de fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 05/05/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Prófissional Responsável



Dr. Vinicio Nascimento

vinicius@ortopediatra.com.br

09/09/18

Gustavo Juan Wies S. Alves

Ortopedia

relatório médico

FJ CORRETOR
DE SEGUROS

05 OUT 2018

DPVAT

Traumatologia

Paciente vítima de acidente motociclistico em Março de 2015. Apresentava politraumatismos com fratura do úmero proximal esquerdo.

Ortopedia
Pediátrica

Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico com fixação percutânea da úmero proximal.

Paciente manteve ótimo desempenho com perda funcional de 50% de função do úmero, por questões dolorosas. Perdeu ótimo resultado definitivo.

Cid: 542 / 1425

Vinicius Pontes do Nascimento
Ortopedia Pediátrica
CRM-PI: 3276 TEOP-614
Mestre em Cirurgia - PUC-PR

Av. Homero Castelo Branco, 966, sala 08
Teresina - PI - Brasil CEP 64048-385
(86) 9 9948-3611



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME
GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU

MATRÍCULA
078980 06 55 2005 1 00001 278 0000278-17
(LIVRO A: 1 TERMO: 278 FOLHA: 278)

VíFilme

memor

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

NOVE DO MÊS DE JULHO DO ANO DE DOIS MIL E CINCO

DIA	MÊS	ANO
09	07	2005

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

02:45 TERESINA/PI

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

TERESINA-PI

LOCAL DE NASCIMENTO

UNIDADE DE SAÚDE WALL FERRAZ

MASCULINO

FILIAÇÃO

MÃE: IVONETE CARVALHO VIEIRA

PAI: GUMERCINDO PIMENTEL DE ABREU

AVÓS

AVÓ MATERNA: FILOMENA DE CARVALHO VIEIRA

AVÔ MATERNO: FRANCISCO HENRIQUE VIEIRA

AVÓ PATERNNA: FRANCISCA PIMENTEL DE ABREU

AVÔ PATERNO: GUMERCINDO JOSÉ DE ABREU

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

QUATORZE DO MÊS DE SETEMBRO DO ANO DE DOIS MIL E CINCO

Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

NOME DO OFÍCIO: 3º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAÚJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº 417 CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data local: TERESINA-PI, 11 de Agosto de 2015.

Assinatura do Oficial

Maria Caroline Araújo Lages

Oficiala Substituta
3º Cartório do Registro Civil
Teresina-PI

2ª VIA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 FEB 2018

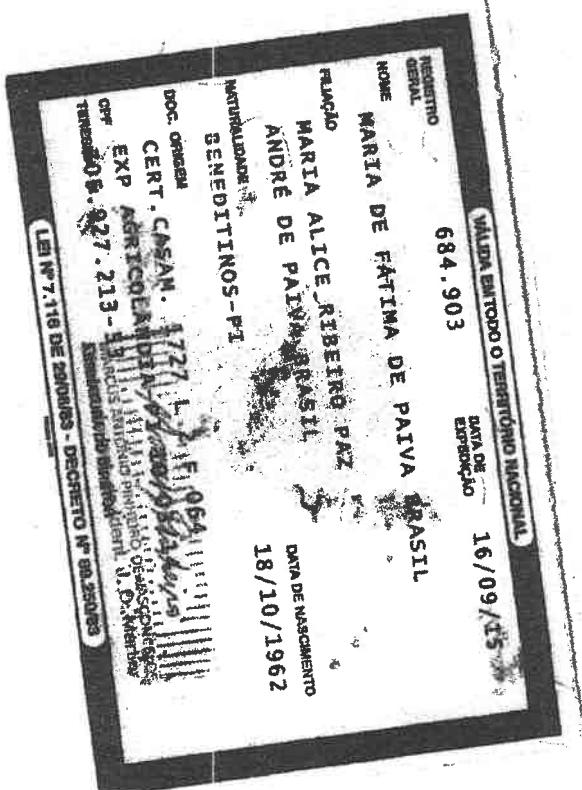
DPVAT

ORIGINAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

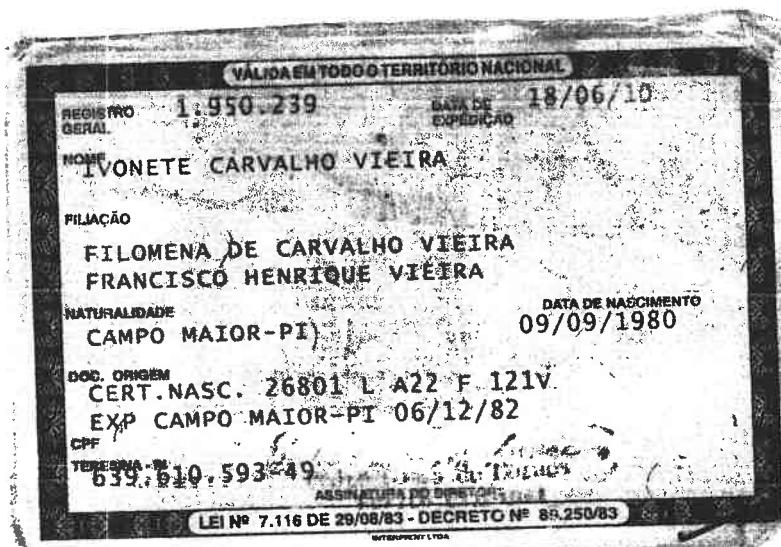
06 FEV 2018

DPVAT

ORIGINAL

(Lei nº 7.118 de 29/06/83 - DECRETO nº 80, de 29/06/83)

Mãe de vítima



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

06 FEV 2018

DPVAT

ORIGINAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	ODS RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
2908	1 465862942		2013
4697	NOME		
5978	IZAURA CARVALHO VIEIRA		
1013	*****		
8413	*****		
3709	*****		
8702	*****		
e727	*****		
4016	CPF / CNPJ	PLACA	
8204	61734403349	OEB-0874	
7413	PLACA ANT / UF	CHASSI	
	9C2KD0540CR544926		
ESPECIE/TIPO	CONSUMPTIVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NEON/OUT	ÁLCOOL/GAS		
MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD.	
HONDA / NXR150 NEON	2012	2013	
CAP / POT / CIL	COR PREDOMINANTE		
002P/149CC	PARTICU		
I COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	
P FAIXA IPVA	1º IPVA		
V PARCELAMENTO / COTAS	2º		
A	3º PAGO		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
PRÉMIO	PAGO	0,00	29/04/2013
OBSERVAÇÕES			
A/FID. DA	ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON		
TERESINA	LOCAL	DATA	
29/04/2013			
TOMO DE REGISTRO AUTOMOTIVO PLANO DE TRABALHO DE REGISTRO			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU FOR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 010444107875 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO	2013
CPF / CNPJ	61734403349
PLACA	OEB-0874

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 010444107875 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	61734403349	OEB-0874
RENAVAM	MARCA / MODELO	

ANO FAB	09	Nº CHASSI
2012		9C2KD0540CR544926
PARCELA		

PRÉMIO TARIFÁRIO

PMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
000,00	000,00	292,01
PAGAMENTO		

COTA UNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
		29/04/2013

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

36 FEV 2018

DPVAT

ORIGINAL

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: IVONETE CARVALHO VIEIRA		Profissão: AUTÔNOMA
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADA	
RG: 950.939	Org. emissor: SSP-PI	D. Expedição: 8/06/10
CPF: 639.610.593-49		
Endereço: RUA CARA-JAS	Nº 033	Bairro ALTO RESSURREIÇÃO
Cidade: TERESINA	Estado: PI	CEP: 64.000-070

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL		Profissão: PROFESSORA
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADA	
RG: 84.903	Org. emissor: SSP-PI	D. Expedição: 10/9/15
CPF: 05.927.213-53		
Endereço: RUA BOA VISTA	Nº 427	Bairro CEDRO
Cidade: MONSENHOR BPL	Estado: PI	CEP: 64.450-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros; Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do SeguroDPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima **GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU**

Acidente ocorrido em **29/03/2015**

ORIGINAL

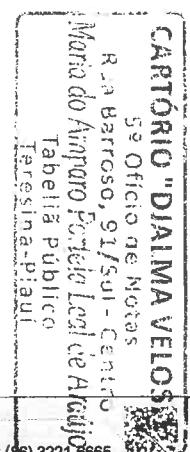
Local / data: **TERESINA (PI)** 18/01/2018



X

Ivonet Carvalho Vieira

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: IVONETE CARVALHO VIEIRA.
DOL. FE. EM TEST. **nil** DA VERDADE, TERESINA-PI, 18/01/2018.

Emol.: 3,60 TJ: 0,72 Selo: 25 Total: 4,57 Selo: AAX.60590 (F410P314)
ROSENIR DE MOURA LIMA - Tabellã Substituta



(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0365707/18

Vítima: GUSTAVO IVAN VIEIRA DE ABREU

CPF: 639.610.593-49

CPF de: Representante

Data do acidente: 29/03/2015

Titular do CPF: IVONETE CARVALHO VIEIRA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

IVONETE CARVALHO VIEIRA : 639.610.593-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL : 705.927.213-53

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

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: 05/10/2018
Nome: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL
CPF: 705.927.213-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL