

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605824 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura da perna E

Descrição do exame físico: Limitação do apoio. Deambula com auxílio de muletas. Hipotrofia da perna. Bloqueio dos movimentos do tornozelo esquerdo. Mobilidade do Joelho: 0 - 90°.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico através de fixação com placa e parafusos, evoluindo com infecção e feito novo tratamento através de fixação externa. Está de alta do tratamento.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/11/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do membro inferior E devido a repercussão funcional do membro (limitação da flexão do joelho, bloqueio do tornozelo, hipotrofia muscular).
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605824 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura da perna E

Descrição do exame físico: Limitação do apoio. Deambula com auxílio de muletas. Hipotrofia da perna. Bloqueio dos movimentos do tornozelo esquerdo. Mobilidade do Joelho: 0 - 90°.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico através de fixação com placa e parafusos, evoluindo com infecção e feito novo tratamento através de fixação externa. Está de alta do tratamento.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/11/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do membro inferior E devido a repercussão funcional do membro (limitação da flexão do joelho, bloqueio do tornozelo, hipotrofia muscular).
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190605824**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE BATISTA DA SILVA FILHO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOAO JOSA , 3559 - URBANO - Teresina - PI - CEP 64000-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /CE**] **2005010011856**

Data e local do acidente: [**15/04/2018**] **BR 316 Tereisna Pi**

Data e local do exame: [**06/11/2019**] **Teresina [PI]**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fx da perna E

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Limitação do apoio. Deambula com auxílio de muletas. Hipotrofia perna. Bloqueio dos movimentos do tornozelo. Joelho: 0 - 90°.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento cirúrgico através de fixação com placa e parafusos, evoluindo com infecção e feito novo tratamento através de fixação externa.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional membro inferior esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Está de alta do tratamento



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Moura de Oliveira
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José Batista da Silva Filho Inscrito (a) no CPF sob o Nº 570.900.097-34
do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima José Batista da Silva
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 570.900.097-34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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:	<u>Rua 24 de Janeiro</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64.000-902</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(86)99472959</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 25.10.2015

Keylly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/PI/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Atual:	13692	Atual:
Anterior:	13530	Anterior:
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	162	Emissão:
Consumo Faturado:	162	Apresentação:
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:
		Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Fct.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335	1.1.1.1	152	

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 158	CONSUMO 162 A R\$ 0,912203 = 147,77
JUL/19 151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COISIP) 12,74
JUN/19 154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,01
MAI/19 140	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,16
ABR/19 143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,24
MAR/19 153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,03
FEV/19 204	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,89
JAN/19 133	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,43
DEZ/18 136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,47
NOV/18 160	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 R 162 - 0,655318

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas opções de reaviso de vencimento 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, informando qual é a melhor opção para você.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,50
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	1,62
			6,49% 7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			PIC			OMIC		DICI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03			
Realizado	0,00			0,00			0,00			
Conjunto	TERESINA-MACALIBA									Período de aprovação: 07/2019 R\$ 3,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

0051867-0

TOTAL A PAGAR - R\$

164,27

equatorial
ENERGIA

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

01/10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

570.900.097-31

José Batista da Silva Filho

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

5 - Nome completo: <i>José Batista da Silva Filho</i>	6 - CPF: <i>570.900.097-31</i>		
7 - Profissão: <i>motorista</i>	8 - Endereço: <i>Rua José Jerec</i>	9 - Número: <i>3559</i>	10 - Complemento: <i></i>
11 - Bairro: <i>urbano</i>	12 - Cidade: <i>Turisina</i>	13 - Estado: <i>PI</i>	14 - CEP: <i>64.000.000</i>
15 - E-mail: <i></i>		16 - Tel. (DDD): <i>(86) 994729591</i>	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:
 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0004* CONTA: *93788* (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, se não há 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.

22 - 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 [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização ao Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúva 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderão gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impresso
digital ou
firmado
no verso
do formulário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rago)

36 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rago)

39 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rago)

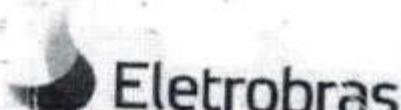
40 - Local e Data:

Teresina - Piauí 17/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Eletrobras

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

ANA LUCIA DA COSTA FILHA

R. JOAO JOSA, 3559 ,

B-Urbano

64000000 TERESINA

NF: 19835044

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
8898960	04/2019	01/03/2019 a 02/04/2019
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70	08/04/2019	R\$ 65,97

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO**8898960****MÊS****04/2019****TOTAL A PAGAR****R\$ 65,97**

83650000002.659700170007.000000008896.896004190055



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002522/2018-41

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: João Ribeiro Da Silva Neto

Data/Hora: 20/07/2018 - 13:12

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

15/04/2018 - 06:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

SANTO ANTÔNIO

Endereço

BR 316, N°:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2005010011856 SSP CE

Mãe: CELESTINA MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOSE BATISTA DA SILVA

Endereço: RUA JOÃO JORGE, N° 3559

Bairro: SANTA CLARA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9924-2606

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA O DECLARANTE QUE NA DATA DE 15/04/18 POR VOLTA DAS 06:30 HORAS FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO VOLKSWAGEN, COR PRETA, PLACAS NÃO IDENTIFICADAS, O QUAL EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. SEGUNDO O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HUT ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

JOSE BATISTA DA SILVA FILHO - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parada
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

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, 19 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190605824**

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000093788-5

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, retorno 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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

570.900.097-31

4 - Nome completo da vítima:

José Batista da Silva Filho

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

5 - Nome completo:

José Batista da Silva Filho

6 - CPF:

570.900.097-31

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

Rua: José Ferreira

9 - Número:

3559

10 - Complemento:

11 - Bairro:

urbano

12 - Cidade:

Turisina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 994729591

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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: 0004

03

CONTA: 93788 5

(Informar o dígito se existir)

Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, se 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.

22 - 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 [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização ao Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (várias)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderão gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impresso
digitalizado
firmado
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rago)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rago)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rago)

40 - Local e Data:

Teresina - Piauí 17/10/19

Jose Batista da Silva Filho

Kelly Melo

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605824

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605824

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORANTE:

Nome: JOSÉ BATISTA DA SILVA FILHO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 2005010011856

CPF: 570.900.097-34

Profissão: MOTORISTA

Endereço: R. JOÃO DÓSA 3559

CEP:

Telefone: (86) 99472-9591 / 98807-7870

OUTORADO: Acto do Acidente: 15.04.2018

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

RG: 2.212.129

CPF: 839.502.303-00

Profissão: CORRETOR (A)

Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BAIRRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUÍ

CEP: 64.000-090

Telefone: (86) 99472-9591 / 98807-7870 / 3213-2804



Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado Acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

Vítima JOSÉ BATISTA DA SILVA FILHO

TERESINA 20 JUNHO 2018

José P. da Silva Filho Local e Data Id - PIS/ANF 0100-1234567890

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade /verdadeira)



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: ANAELA GONÇALVES DE SANTO PEREIRA
RUA LUDVÍGIO NOGUEIRA, 1233 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (86) 3213-7890 - E-mail: anaela@notaria3.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSÉ BATISTA DA SILVA FILHO,
D.O.U. PE. EN. TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 20/06/2018.
Email: 13.71.13.0.74. Selo: ABF 69584 (F00F308)
JUDITE LEONILDO DA SILVA Escrevente Autorizada

Tabelião Escrivão autorizado



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144297/19

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

CPF: 570.900.097-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/04/2018

Titular do CPF: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

JOSE BATISTA DA SILVA FILHO : 570.900.097-34

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: 29/04/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190298250 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P.05).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190298250 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P.05).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

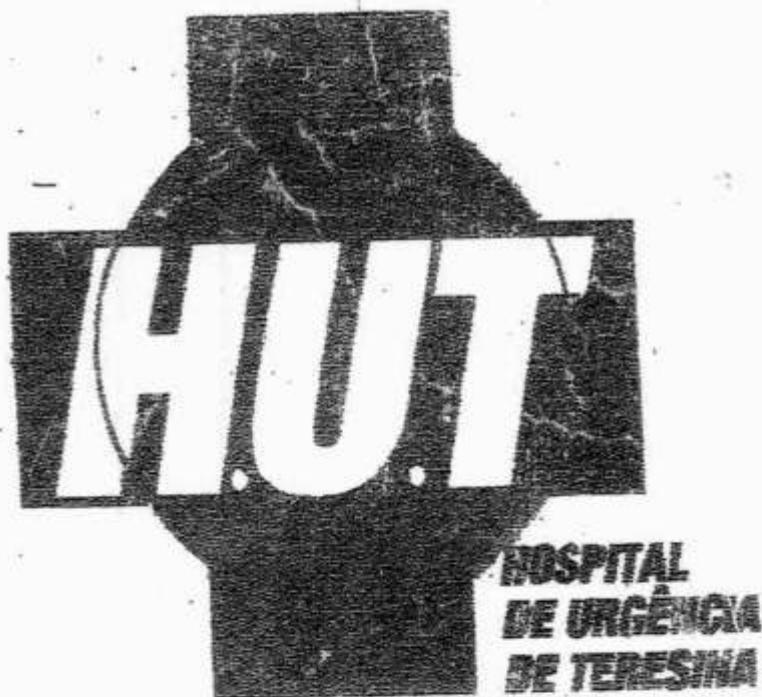
Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



NOME DO PACIENTE: Jose Batista da Silva Filho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 473751

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

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".



an 6000 S
 ex-pediu - C

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 15/04/2018 19:28:44
 (User: JAIRO FEITOSA)
 (Estação: ACCRG1)

<u>Nome:</u> JOSE BATISTA DA SILVA FILHO	<u>Prontuário:</u> 473751
<u>Mãe:</u> CELESTINA MARIA DA CONCEICAO	<u>Pai:</u> NAO INFORMADO
<u>End.Resid.:</u> RUA JOAO JOSA - SANTA CLARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
<u>Nascimento:</u> 24/03/1954	<u>Idade:</u> 64a:1m:22d
<u>Responsável:</u> MARIA DA LUZ	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Profissão:</u> NAO INFORMADO	<u>CNS:</u> 702903556270970
<u>G. Instrução:</u> Não informado	<u>Documento:</u> CPF: . . .
<u>End.Local.:</u> - - -	<u>E.Civil:</u> Viuva(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 660261	<u>Data:</u> 15/04/2018 19:21:47	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Acid.Trab.:</u> Não	<u>Acid. Trajeto:</u> Não	<u>Acid. Trab. Típico:</u> Não
		<u>CID Secundario:</u> V099

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u> TRAUMA MAIOR	<u>Evento Principal:</u> Dor intensa	<u>Destino:</u> CIRURGIÃO GERAL	<u>Classificação:</u> Laranja
<u>Breve História:</u> Vítima de atropelamento há 01h. Traído pelo SAMU Básico com fratura no MIE, imobilizado. Glasgow 15. Eupnélico. Em uso de colar cervical e prancha. Nega HAS, DM e alergias.		<u>Profissional Clas. Risco:</u> JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOSA COREN: 147603 PI Em: 15/04/2018 19:28:40	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Paciente vítima de atropelamento, consunuto, orientado por pwh = 15, ACP 110/60x6, o uso da prancha expõe a perna

<u>PA</u> _____ mmHg		<u>Pulso:</u> _____	<u>FC:</u> _____	<u>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</u> DEVAT
Diagnóstico Inicial:		<u>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</u>		
29 ABR 2019				
_____		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Covilho Resende, 400 Local 11 Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI		
_____		Temp: _____ CID: _____		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Rx náuseas
- Rx ferme e
- ciprofloxacin 500mg + AD, p
- ibuprofeno 200mg + AM, c

<u>RAIO-X REALIZADO</u>
<u>DATA</u> 15/04/2018
<u>Técnico:</u> Branca

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID

<u>DATA:</u> 15/04/2018	<u>HORA:</u> :	<u>Procedimento</u>	<u>CID</u>
-------------------------	----------------	---------------------	------------

Xmaria da Luz Rabo

Assinatura Paciente ou Responsável

José W...

Assinatura - Profissional Médico



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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 15/04/2018 19:29:27
 (JAIRO PEITOSA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO		Prontuário: 473751
Mãe: CELESTINA MARIA DA CONCEICAO	Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: RUA JOAO JOSA - SANTA CLARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 24/03/1954	Idade: 64a:1m:22d	Sexo: Masculino Fone: 86-99838-5105
Responsável: MARIA DA LUZ	CNS: 702903556270970	
Profissão: NAO INFORMADO	Documento: CPF: . . . -	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Viuvo(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 660261	Data: 15/04/2018 19:21:47	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)	Convênio: S U S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 15/04/2018 20:10 ESPECIALISTA: CARIMBO GERM

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com dor no tórax e estufamento, ondas corrente, espasmo abdominal doloroso, 2x torso, rebre e cervical sem alteração. Fisica exige em MIC

Cd: Até de amigdala
 A ortopédia

Dr. José Lucas de Sousa Coelho → SJC
 MEDICO
 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
 Rua Joaquim de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 15/04/18 : ESPECIALISTA: ORTOPEDIA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com queixas estufamento e dor f+ exposto à frio

Alt 6
 Celso Antônio Mendes Coimbra
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI: 6978 EOT: 13135
 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 67679
AIH: 2218100233107

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NASCIMENTO

24/03/1954

M

473751

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

CELESTINA MARIA DA CONCEICAO

RESPONSÁVEL

MARIA DA LUZ

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

04000010

NUMERO / LOTE

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

SANTA CLARA

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE DE TRANSITO

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
AO CC

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S122 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CELSO ANTONIO MENDES CUNHA

CPF: 00005897300

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

15/04/2018

DATA ADMISSÃO

15/04/2018 19:21

DATA ALTA

18/04/2018 10:04

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CELSO PIRAS FERREIRA FILHO
CPF: 76356353791

CRM:

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALLAÇÃO/
AUDITORIA

CPN:

CRM:

DATA ANALISO:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente	Joe Batista da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura exp de Tiba e Fíbre		
Operação - Tipo	Tfo curvo		
Cirurgião	Luis	1º Assistente	Gordau
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador	Anestesiologista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico pré-operatório	SIC		
Atóro Imediato do Patologista			

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
VALOR NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Centro-Norte CEP: 64000-000
Teresina-PI

I DAC en decubnt chel reblo auxilia

SI tpm lhl + tpm di curto

SI JMC + FE l controla dddauos

temperatu 1

SI sutur + Continuo

Gordau Zonneberger
Gordau Zonneberger
CEP 6415-01
Teresina-PI



FMS

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. N° _____

Proc. N° _____

Rúbrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15, 04,18

NOME DO PACIENTE: José Batista de Silva Filho PRONTUÁRIO N°: 473751
 DATA 15 / 0
 DIAGNÓSTICO: Pr-Tur expst da tubec CIRURGIA: 1º cypus
 ANESTESIA: Raque N° DA SALA: 06
 CIRURGÃO: Dr Celso CPF N°:
 AUXILIAR: Residente André (6º ano) | CPF N°:
 ANESTESIA: Dr. Soárez CPF N°:
 INSTRUMENTADORA: Flávia CPF N°:
*Antônio Cesarino
CRM 6203*

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7-5, 8,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	20	UNID.	01	Máscara Crepon	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							

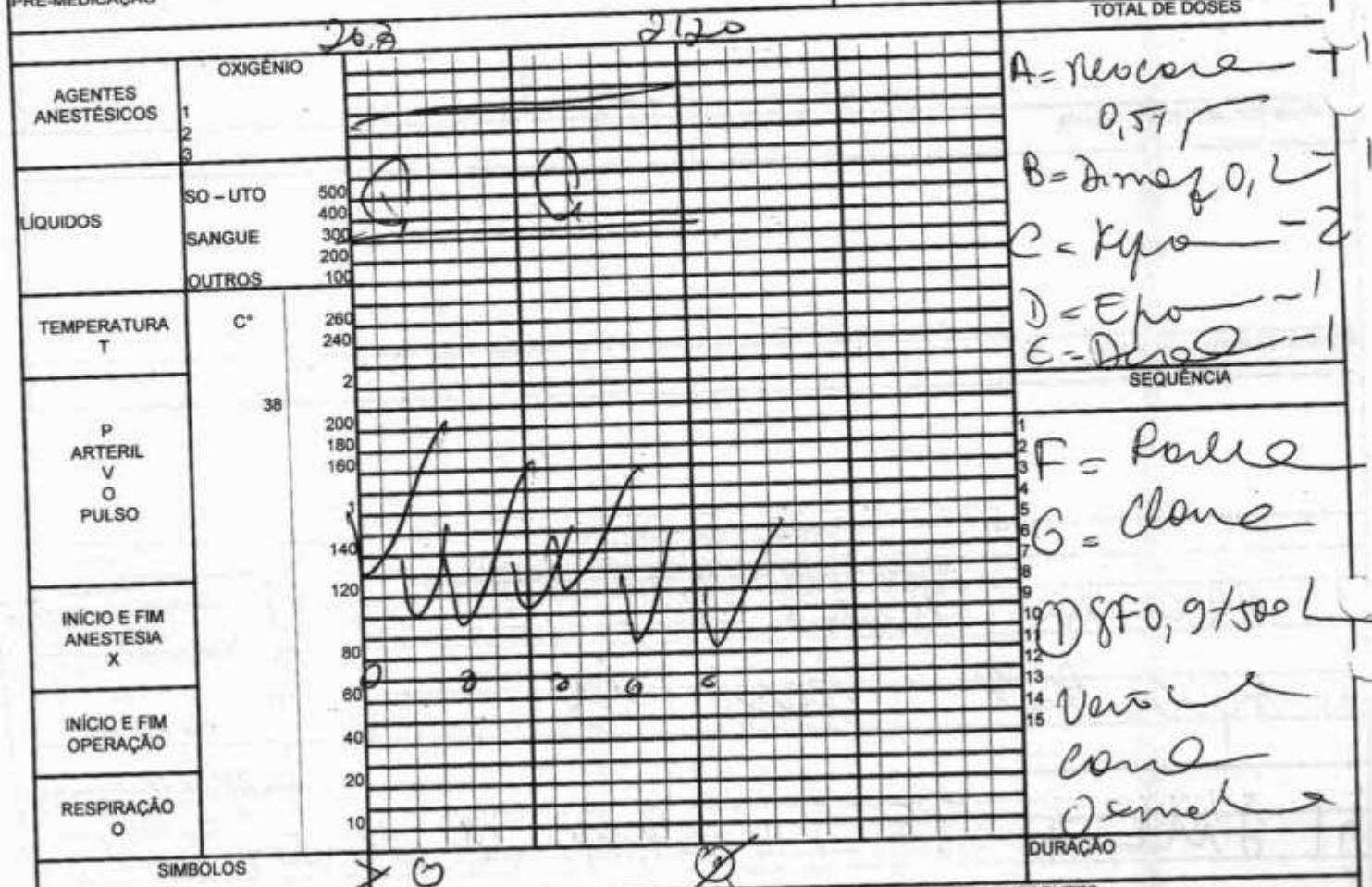
FOLHA DE ANESTESIA

José Boilete do S ^o UNIDADE DE SAÚDE							
DATA:	PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OBS:
15/04/2018	130x70	86					
EXAME DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉRIA	

EXAMES DE URINA

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

SISTEMA CIRCULATÓRIO	ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO	ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO
ESTADO MENTAL	CORTICOIDES	ATARÁXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	APLICADO AS	EFEITOS
PRÉ-MEDICAÇÃO		TOTAL DE DOSES



TECNICAS	Incidentes - Acidentes
OPERAÇÕES	Náusea
CIRURGIÕES	
ANESTESISTAS	
CONFERE CONO ORIGINAL CONFIRME CONO ORIGINAL - HGT CONFIRME CONO ORIGINAL - HGT CONFIRME CONO ORIGINAL - HGT	
COOPANEST-FI	CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS
PARTICULARIDADES	RJ
GNPJ: 01.408.526/0001-61	

ANESTESISTA

ALDE

IDIADAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IENCIAS DE TERESINA - HUT

NOME DO PACIENTE

DA SILVA FILHO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



IDIÁCIA MUNICIPAL DE SAÚDE
IÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO N.º DICA

TÄLDE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME José Batista

IDADE _____ anos

DATA 35 / 04 / 2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 hs 45 min

TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA _____

CIRURGIANO _____

SINAIS VITais	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>89 x 46.</u>	<u>90 / 63</u>
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	<u>96</u>	<u>93</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Adriana.</u>	<u>1111</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	ADMISSÃO		SAIDA
			2	1	
	Movimenta dois membros	1	1	✓	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	□	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	✓	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	□	1
	Tem apneia	0	0	□	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	✓	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	□	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	□	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	✓	2
	Desperta, se solicitado	1	1	□	1
	Não responde	0	0	□	0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ , maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	✓	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	□	1
	Apresenta saturação de O ₂ , menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	□	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		0	2	1	0
ESCALA DE DOR ALTA		0	1	0	0

SONDA VESICAL	()DRENO DE SUCÇÃO	()DRENO TORACICO	()DVE	()COLOSTOMIA	SONDA ()NASOG ()NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21:45 - Foi admitido na SRPA, em POI de natureza de tibia (), sob epi de raquianestesia consciente, orientado, tónicos, eupnéicos, s1 O2. HV em curso. Hipotensão, demais SSW estáveis.

Cristiane Tiburcio de Melo Ferreira
COREN - PI 144411
ENFERMEIRA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29/04/2018

Cristiane Tiburcio de Melo Ferreira
COREN - PI 144411
ENFERMEIRA

RAIO-X REALIZADO
DATA 1 / 20
Técnico <u>GINT</u>

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA
	HORÁRIO _____

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

ANESTESIOLOGISTA

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED MORTI INELICIBIL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE JOSE BATISTA DA SILVA FILHO	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	CEP	RESPONSÁVEL	
		CELESTINA MARIA DA CONCEICAO	MARIA DA LUZ	
BAIRRO	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE	UF
SANTA CLARA			S/N	PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL E FIBULA DISTAL

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO 0408050543 5828+0408050578 5826

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EF+RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL 5826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 18/04/2018	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO) CELMO ANTONIO MENDES DE OLIVEIRA CRM: 008659/2001
DATA ADMISSÃO 18/04/2018 10:04	DATA ALTA 22/04/2018 08:30	MÓTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO) CESARIO PERES FERREIRA FILHO CPF: 76396353791 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 27/04/2018 12:37:47 CRM: DATA ANÁLISE:
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente	<i>José Batista da Silveira Filho</i>		
Diagnóstico pré-operatório	Frx de Pélvis ilíaco, Frx de ilíio pecten + Frx de apofise lete		
Operação - Tipo	Fixação com fivais externos		
Cirurgião	Dr. Wawan	ASSISTENTE Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 1318 / 2011	Assistente
2º Assistente	CRM-PI: 1318 / 2011		
Instrumentador	Dayana	Anestesiologista	Dr. José Miguel Ribeiro
Anestésico(a)			
Data da Operação	18.04.18	Inicio	Fim
Diagnóstico pré-operatório	0408050500 - S828 ↳ fixador 0408050578 - S826 ↳ zwk		

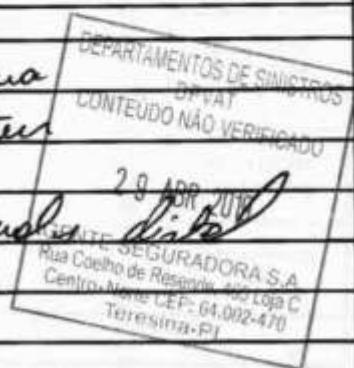
Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

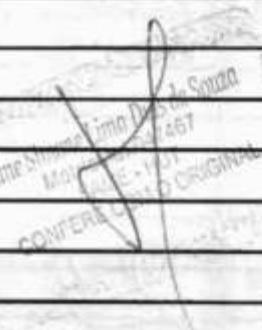
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- ② Acesso + estabilização + exposição do osso Esterno
- ③ Acesso ao ilíio e
- ④ Fixação externa de fraturas de ilíio pecten
à Escápula
- ⑤ Sut
- ⑥ Fixar o fálico com fivais externos



Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 1318 / 2011 / 13135





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 18/04/18

NOME DO PACIENTE: <u>João Batista da Silveira</u>		CPF N°: <u>473751</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fr de Tíbia proximal Fr de fêmur</u>	CIRURGIA: <u>Enxoval corre fenda</u>	
ANESTESIA: <u>Raque l-dip Fr de sefadiolol</u>	DA SALA: <u>06</u>	<u>Feri</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Lúcio</u>	Celso Antônio Mendes Coimbra CPF N°: Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 887 - TECOT: 1000	
AUXILIAR:	CPF N°: <u>1000</u>	
ANESTESIA: <u>Dr. José Miguel de Andrade Filho</u>	CRM/PI 887 - CPF: 138 542 403/68	
INSTRUMENTADORA: <u>Vagnera</u>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>7.51810</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>50</u>	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	<u>50</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>80</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	-		<u>Crepon</u>	UN	<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>2.0</u>	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Rose</u>			
PROLENE							



INSTITUIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE								
DATA:	PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OBS:	
18.04.2018	124/75	67	12	36,5°C				
EXAME DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉRIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA				
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA BRONQUITE				
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO				Fisioterapeuta de Robert Petró + Tonozelo				
PRE-MEDICAÇÃO				APLICADO ÀS		EFÉDOS		
TOTAL DE DOSES								
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO					J. Fisiol. - 01		
		1					Desodion - 1/2 bar	
		2					Dimorfo, 2 - 0,4 ml	
		3					Neosacávio 0,7% 0,6-	
LÍQUIDOS	SO - UTO	500					sode - 12,5 mg	
		400					Cefazolina - 0,9	
		300					SEQUENCIA	
		200					J. Fisiol. - 01	
OUTROS	SANGUE	100					2	
							Bromopruide - 01	
							Ranitidina - 01	
							Tilatil - 01	
TEMPERATURA T	C°	260					3	
		240					Dopivone - 01	
		220					J. Fisiol. - 01	
		200					4	
P ARTERIAL V O PULSO	38	190					Bromopruide - 01	
		170					Ranitidina - 01	
		150					Tilatil - 01	
		130					Dopivone - 01	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120					J. Fisiol. - 01	
		100					6	
		80					7	
		60					8	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		40					9	
		20					10	
		10					11	
		0					12	
SÍMBOLOS		DURAÇÃO						
TÉCNICAS		INCIDENTES - ACIDENTES						
OPERAÇÕES		As agulhas 26, punções e riscos, ato contínuo, queimadura no couro cabeludo, nível T40						
CIRURGIÕES		Dr. Antônio Fretes de Oliveira + Petró + Tonozelo						
ANESTESISTAS		Dr. - Deonilson Dr. Celso						
CONTRATOS DE ORIGINAL		José Miguel de Andrade Filho CRMF 1887 - LCP 138 542 40358						
PARTICULARIDADES		Contração muscular						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS								

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

NOME JOSÉ BATISTA DA SILVA FILH, IDADE 04 anos DATA 17/04/2018
NÚMERO DE ACESSO: 10 TIPO DE ANESTESIA: LÍGЕRAL / IRÁQUEA / IBLIQUEIA / IPERIDURAL / SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Fist. tórica (e) CIRURGIÃO _____

SINAIS VITais	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	110 / 68		109 / 63
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	63		71
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100%		98%
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Elenice		Gilma

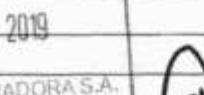
ÍNDICE DE ALDRETTTE KROLIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ , maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ , menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO							TOTAL	<i>M. Apaixado Coutinho ENFERMEIRO-ENF</i>	<i>M. Apaixado Coutinho ENFERMEIRO-ENF</i>
ESCALA DE DOR ALTA									

<input type="checkbox"/> SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> DRENO DE SUCÇÃO	<input type="checkbox"/> DRENO TORÁCICO	<input type="checkbox"/> DVE		<input type="checkbox"/> COLOSTOMIA	SONDA: <input type="checkbox"/> NASOG <input type="checkbox"/> NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs

LUÇAO DE ENFERMAGEM:
00:45 Admitido no SRPA em POF de traçado cirúrgico para
fratura em tibia e fíbula. Submetido a requeanetização. Consi-
ente, calmo, eupneico, respirando ar ambiente.

31:20 Beg, estrela encimado ao P. e estrela aberta

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS	DPVAT	MARCO CORE
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
29 ABR 2019		
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Laranjeiras, 100 - Bairro: Centro - CEP: 65010-000 Teresina - PI - Brasil ALTA SRPA  Marcus Crisanto Anestesiologista CRM-PI: 309 / CRM-MA: 7295 HORÁRIO: ANESTESIOLOGISTA		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO | EXTERNO | SALA DE GESSO | IMAGENS E GRÁFICOS |

PÓSITO: [] 1 | [] 2 | [] 3 | [] 4 | EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED | [] NEURO | [] GERAL | [] 14 | [] QUEIM. CLÍNICA: [] PEDI | [] ORT | [] NEU | [] CIR



24-3-1954

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	José Betinho do Selv Fi (64 anos)	PRONTUÁRIO	473.451
DA CLÍNICA	Intercâmbio	LEITO	
À CLÍNICA	Cardiologista		

MOTIVO DA CONSULTA

Ritmo lirúrgico

DATA: 16/04/18

Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3818 TECOT: 13135

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Id = 67 a

ECG + RHR 100
SEM queixas cardíacas
AC = 120 mm Hg 27, BNP, 111

nenhum sinal / nenhuma
ECG = normal

Baixo risco PI procedimento
verão plenamente

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

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

Dr. Antonio Vieira de Jesus
Cardiologista
CRM: 2135-PI

DATA: 17/04/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 2005010011856-2aV DATA DE EXPEDIÇÃO 16/2/2005

NOME JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

FILIAÇÃO JOSE BATISTA DA SILVA E CELESTINA MARIA DA CONCEICAO

NATURALIDADE PERNAMBUCO-.. DATA DE NASCIMENTO 24/3/1954

DOC ORIGEM CERT.CASAM. 3.862 L B-B F

319 MESSEJANA-FORTALEZA-CE

CPF 57090009734-00

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

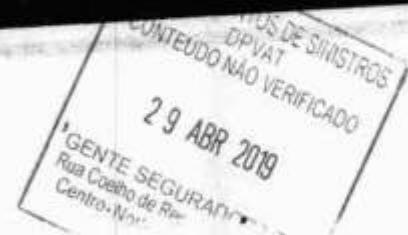


Keylly Moura de Oliveira

Assinatura do Titular
CARTERA DE IDENTIDADE

650101

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14
HOME	DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979
FUNCTION	
EVÀ MOURA DA SILVA ANTONIO GOMES DE OLIVEIRA	
BARÃO DE GRAJAU-MA	
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 39751-X 53A F 097 / EXP. TERESINA-PI 27/08/99
TERESINA - PI	
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/80 - DECRETO Nº 89.250/83	



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 195565574

Av. Odilon Araújo, 2035, Piauí - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38
20190281129481

MATRÍCULA

13428373-2

PA. URAN.
MÊS/ANO

150356277
2/2019

NOME / ENDERÉCOS

MORADOR MÍNCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO
001-00044, 000060

GRUPO
001 Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	UDC	ATUALIZADO
01/2018	Lído	03	10
12/2018	Lído	01	10
11/2018	Lído	01	10
10/2018	Lído	01	10
09/2018	Lído	01	10
08/2018	Lído	01	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 03/01/2019 131
ATUAL 01/02/2019 134

CONSUMO MÊS M3

LB 127418012

PL. PASE 46,94x1,65% = 0,77

COPRE 46,94x7,63% = 3,56

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL		
FAIXA DE CONSUMO R3/M3 E (N)		
0 10	8,6450	65
10 25	10,2899	65
25 999999	11,5888	65

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45 > Residencial-Normal 10,0 m3	28,45	28,45
VALOR DE ESGOTO - 18,49 > Residencial-Normal 10,0 m3	18,49	18,49

NÃO RESIDENCIAL:
FAIXA DE CONSUMO R3/M3 E (N)

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS DA TAB.

VENCIMENTO

13/02/2019

VAL. A PAGAR

46,94

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 3 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉN	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	2672	2669	3	1,29	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2653	2575	78	5,30	Inferior a/15
pH	2681	2631	50	6,53	6,00-9,00
TURBIDEZ	2685	2645	40	1,75	Inferior a/5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉN	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TC/ML	744	740	4	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	744	744	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 01/02/2019 HORA DA EMISSÃO: 12:04



TC 1.38
20190281129481

ÁGUAS DE

TERESINA

MATRÍCULA

13428373-2

FATURA Nº

150356277

MÊS / ANO

2/2019

VENCIMENTO

13/02/2019

VALOR A PAGAR

46,94

826000000000-8 46941535000-5 00201915035-4 62770100104-2



*** AVISO DE DEBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) cujo(s) relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 222 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados na próxima fatura.

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.

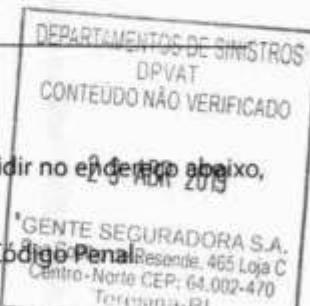
Pelo exposto, eu Keylly Ilone de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Batista da Silveira Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 570.900.091.34 do sinistro de DPVAT cobertura Indenização da Vítima José Batista da Silveira Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 570.900.091.34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 <u>Rua: Rui Barbosa</u>		Número <u>3814</u>	Complemento
Bairro <u>Pq. Alvorada</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 994729591</u>	

Ths, PI, 23 de 07 de 12
Local e Data

Keylly Ilone de Oliveira

Assinatura do Declarante



Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 19835044

ANA LUCIA DA COSTA FILHA

R. JOAO JOSA, 3559 ,

B-URBANO

64000000 TERESINA

PI

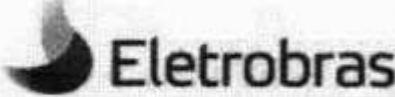
CÓDIGO ÚNICO 8898960	MÊS 04/2019	PERÍODO DE CONSUMO 01/03/2019 a 02/04/2019
CONSUMO (kWh) 70	VENCIMENTO 08/04/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 65,97

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 8898960	MÊS 04/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 65,97
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836500000002.659700170007.000000008896.896004190055

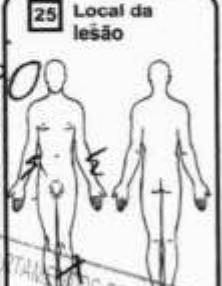


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

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



Dados do Chamado	01 N° do chamado 226	02 Data do chamado 25/11/18	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 28:39	05 Chegada ao local 28:53		
Local da Ocorrência	06 Saída do local 19:05	07 Chegada ao 1º hospital 19:15	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço BR 316 - Rua Pública	11 Bairro Santa Clara	12 Município-UF → HE-PI	Código IBGE			
	13 Ponto de referência Voltar						
	14 Nome José Batista da Silva Filho	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 9- Ignorado					
	16 Idade 64	1- Dia <input checked="" type="checkbox"/> 2- Mês <input type="checkbox"/> 3- Ano <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input checked="" type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros			
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção A pé Automóvel Motocicleta Bicicleta	21 Outra parte envolvida Automóvel Motocicleta Ónibus/Micro-ônibus Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança			
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais P脉 Respiração PA TAX. SatO2	25 Local da lesão 		
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Malterado				34 Óbito 1-Sim 2-Não	35 Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte
Observações Interdisciplinar	<p><i>Paciente apresentou atropelamento por carro aparentando colapso da parede torácica importante no MTE + sangramento por ferimento sugestivo de fratura exposta. Sigue consciente, orientado, tonico, eupneico e reflexos da intensa no membro operado.</i></p> <p><i>Maria Feitosa</i></p> <p><i>Jairo José da Silva ENFERMEIRO ENFERM 683</i></p> <p><i>Responsável pela recepção</i></p>						
	Socorristas Médico AE/TE					Enfermeiro Condutor	
	<i>Cleine</i>					<i>Barros</i>	

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:

Nome completo da vítima:

570.900.097-34 José Batista da Silveira Filho

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

Nome completo:

José Batista da Silveira Filho

CPF:

570.900.097.34

Profissão:

motorista

Endereço:

Rua: João Sora

Número:

3559

Complemento:

Bairro:

urbano

Cidade:

Teresina

Estado:

PIAUÍ

CEP:

(86) 994729591

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE

UMA OPCÃO 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: 20004 013 CONTA: 93788 5

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

MORTE

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 com: Se a vítima deixou com herdeiro(a): Sim Não Se a vítima deixou com herdeiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso da morte da vítima, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer 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 alfabetizado

Local e Data:

Nome: _____

CPF: _____

(*)Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Kelly Batista da Silveira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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



AUTO-ATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU.

DATA: 25/04/2019 HORA: 16:01:21
TERMINAL: 20041010 CONTROLE: 200410100399

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00093788-5
NOME: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

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



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

279 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002522/2018-41

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: João Ribeiro Da Silva Neto

Data/Hora: 20/07/2018 - 13:12

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR 316, Nº:

Complemento

DADOS DA OCORRÊNCIA

520011

Data/Hora

15/04/2018 - 06:30



Bairro
SANTO ANTÔNIO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

RG: 2005010011856 SSP CE

Mãe: CELESTINA MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOSE BATISTA DA SILVA

Endereço: RUA JOÃO JORGE, Nº 3559

Bairro: SANTA CLARA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9924-2606

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA O DECLARANTE QUE NA DATA DE 15/04/18 POR VOLTA DAS 06:30 HORAS FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO VOLKSWAGEN, COR PRETA, PLACAS NÃO IDENTIFICADAS, O QUAL EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. SEGUNDO O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HUT ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO.

João Ribeiro Da Silva Neto - Mat. 1084445
AGENTE DE POLÍCIA

JOSE BATISTA DA SILVA FILHO - Noticiante
Responsável pela Informação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

Delegado de Polícia

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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190298250

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

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



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, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190298250

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190298250

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Após a análise do seu pedido do Seguro DPVAT, verificamos a existência de irregularidades.

Por essa razão, o seu pedido foi negado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 12/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 00000093788-5

Nr. da Autenticação CE27A092A0215C12

copil

Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.

Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

Jose Batista u 8401 0700

Dr. Aluisio Ferraz Arcoverde
CRM-PI 2463

Dr. Osvaldo Moura Campos
CRM-PI 1357

Dr. Jorge Henrique T. Cury
CRM-PI 1368

Dr. João Sivoney Barros
CRM-PI 1849

Dr. Yuri Jivago Félix
CRM-PI 2308

Dr. José Renato B. Gomes
CRM-PI 2083

Dr. Durval Tércio Nunes Leal
CRM-PI 1995

Dr. Themistocles Ramos
Neto
CRM-PI 2798

ATENDO QUE O PACIENTE
ACIMA ESTA SOFRENDO
DE DOLOR DE TROXO
ESTRÉS E FRIZELA MUITO
E JÁ SE SENSACIONA A
TROXOZINHO DENTRO DA
ARTROZIA SENSADA DE
ENCERTEZINHO 20
DENTRO DO TROCÃO
ESTAMOS DE 110500
E PODEMOS 20 TROCAS
ESTAMOS 0 TROCÃO
DE TROCÃO.

17/01/2019

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

copil Clínica Ortopédica do Piauí Ltda

CNPJ 12.317.665/0001-02

Rua Desembargador Pires de Castro, 692/S Fones: (86) 3222-4488 / (86) 3222-4773

(86) 98821-5353 / (86) 98837-0465 • CEP 64.001-390 • Teresina - Piauí

E-mail: contatos@clinicacopil.com.br • Site: clinicacopil.com.br



Estado do Piauí

Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU

Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>2261</i>	02 Data do chamado <i>15/11/18</i>	03 PRO (código) <i>2100</i>	04 Saída do PA <i>28.39</i>	05 Chegada ao local <i>18.53</i>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>14:05</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>19:15</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço <i>BLK 316 Rua Pública</i>	11 Bairro <i>Santa Clara</i>	12 Município-UF <i>THE-PI</i>	Código IBGE		
	13 Ponto de referência <i>Vila</i>					
Dados do Paciente	14 Nome <i>José Batista da Silva Filho</i>	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado				
Tipo de Ocorrência	16 Idade <i>61</i>	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência <i>Transporte</i>	01-Accidente de transporte 02-Agressão física-espancamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica	06-Tentativa de suicídio 07-Envenenamento 08-Afogamento 09-Queimadura 10-Choque elétrico	11-Queda 12-Urgência clínica 13-Urgência obstétrica 14-Transferência 15-Exames complementares	16-Outros 17-Já removido 18-Falso chamado	<i>On</i>
Exame Físico	19 Vítima 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 9-Ignorado	20 Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERBAL
	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. Sat02	<i>99/</i>	25 Local da lesão
Hospital de Destino	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	27 Pulso Radial 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	28 Sangramento 1-Sim 2-Não	29 Dor <i>10</i>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	<i>0</i>
Observações Interdisciplinar	30 Fratura 1-Sim 2-Não 3-Suspeito	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	32 Hospital de Destino <i>HUT</i>	Não Removido	
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Ialterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	<i>CONFIRME COM O ORIGINAL</i> <i>Fabiano</i> <i>Mariá Veloso Cantanhêde</i> Gestante			
	Jairo José da Motta Leitosa ENFERMEIRO CÓDIGO: 210.183	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor			
	Responsável pela recepção	<i>Plene</i>	<i>Barros</i>			



NOME DO PACIENTE: Jose Batista da Silva Filho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 473751



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".



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

an 6000 S
On pedice - C

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> JOSE BATISTA DA SILVA FILHO		<u>Prontuário:</u> 4737.
<u>Mãe:</u> CELESTINA MARIA DA CONCEICAO		<u>Pai:</u> NAO INFORMADO
<u>End.Resid.:</u> RUA JOAO JOSA - SANTA CLARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 24/03/1954	<u>Idade:</u> 64a:1m:22d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99838-510
<u>Responsável:</u> MARIA DA LUZ		<u>CNS:</u> 702903556270970
<u>Profissão:</u> NAO INFORMADO		<u>Documento:</u> CPF: . . .
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Viuwo(a)
<u>End.Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 660261	<u>Data:</u> 15/04/2018 19:21:47	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Acid.Trab.:</u> Não	<u>Acid. Trajeto:</u> Não	<u>Acid. Trab. Típico:</u> Não
		<u>CID Secundario:</u> V099

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u> TRAUMA MAIOR	<u>Evento Principal:</u> Dor intensa	<u>Destino:</u> CIRURGIÃO GERAL	<u>Classificação:</u> Laranja
<u>Breve História:</u> Vítima de atropelamento há 0lh. Traizado pelo SAMU Básico com fratura no MIE, immobilizado. Glasgow 15. Eupnéxico. Em uso de colar cervical e prancha. Nega HAS, DM e alergias.		Profissional Clas. Risco: JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOS COREN: 107183 PI Em: 15/04/2018 19:28:40	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Paciente vítima de atropelamento, consunuto apresentava dor no pé = 10, ACP hiperdoce, e a unha do pé direito quebrada e ferida

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

<u>PA:</u> X mmHg	<u>P脉:</u> _____	<u>FC:</u> _____
Diagnóstico Inicial:		CONFIRMADO

GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Coimbra, 465
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- RX Pé direito
- RX joelho e
- Unha 500mg + AD, P
- Fárm 20mg + AM, C

RAIO-X REALIZADO

DATA: 15/04/2018

Técnico: Enfermeira

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e

<u>DATA:</u> / /	<u>HORA:</u> : :	<u>Procedimento</u>	<u>CID</u>
------------------	------------------	---------------------	------------

X maria da Luz Ribeiro

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 15/04/2018 19:29:27
(JAIRO FEITOSA)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> JOSE BATISTA DA SILVA FILHO	<u>Prontuário:</u> 473751		
<u>Mãe:</u> CELESTINA MARIA DA CONCEICAO	<u>Pai:</u> NAO INFORMADO		
<u>End. Resid.:</u> RUA JOAO JOSA - SANTA CLARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<u>Nascimento:</u> 24/03/1954	<u>Idade:</u> 64a:1m:22d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 86-99838-5105
<u>Responsável:</u> MARIA DA LUZ		<u>CNS:</u> 702903556270970	
<u>Profissão:</u> NAO INFORMADO		<u>Documento:</u> CPF: . . .	
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Viuva(a)	
<u>End. Local.:</u> - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

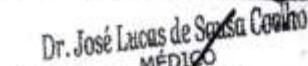
<u>Código:</u> 660261	<u>Data:</u> 15/04/2018 19:21:47	<u>Clas. Cor:</u> Laranja
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 15/04/2018 20:10 ESPECIALISTA: CURANGERM

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com lesões de atropelamento, encontro consente, expreco, abdome imbalor, 2x torax, rebre e cervical sem alteração. Fratura exposta em M1C

Cd: Alta de Curangem
A ortopédia


 Dr. José Lucas de Sousa Coimbra
 MÉDICO → S/C
 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER:

Data/Hora: 15/04/2018 : :

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
PAGAMENTO PARCIAL
DEBTUDO NÃO VERIFICADO

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
José Simão Lima 150418
HUT 29 ABR 2019

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 15/04/2018 : : ESPECIALISTA: ORTOPEDIA

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com queixa de atropelamento e dor fx exposto de tibia e

Alt 4


 Celso Antônio Mendes Coimbra
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI: 2918 / EOT: 13135
 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER:

Data/Hora: 15/04/2018 : :

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 67679
AIH: 2218100233107

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5R28856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5R28856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE JOSE BATISTA DA SILVA FILHO	NASCIMENTO 24/03/1954	SEXO M	PRONTUÁRIO 473751
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE CELESTINA MARIA DA CONCEICAO	RESPONSÁVEL MARIA DA LUZ	
CEP 64000010	ENDERECO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE S/N
BAIRRO SANTA CLARA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA		UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE DE TRANSITO

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) AO CC

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID 10 SECUNDARIO**CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

15/04/2018

CELSO ANTONIO MENEZES CRISTOBAL

CPF: 00005897300

CRM:

DATA ADMISSÃO
15/04/2018 19:21

DATA ALTA
15/04/2018 10:04

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

Simone Linda Dias de Souza
CRM: 047467
CONCEICAO - HUT
COPIA SEM O ORIGINAL

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CELSO PIRES FERREIRA FILHO
CPF: 76356353791

CRM:

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CRM:

CRM:

DATA ANAELSI:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA-HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO CLÍNICA	fone pr APT	LINHA	MÉDICO ASSISTENTE
<i>José Batista da Silveira</i>					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA/HORA	CÓDIGO	QUANT.	HORARIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO					
18/04/19					



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rúbrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15 / 04 / 18

NOME DO PACIENTE:	Tere Batista de Silva Rillo	PRONTUÁRIO N°:	473751
DIAGNÓSTICO:	Pr-tur expst de tubo	CIRURGIA:	1º cirurg
ANESTESIA:	Roxo	Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	Dr. Celso	CPF N°:	
AUXILIAR:	Residente André (6º ano)	CPF N°:	
ANESTESIA:	Dr. S. Soriano	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Rádia	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7.5, 8.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	Z0	01		Meduna Crayon	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	UNID	01				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

Jane Simone Lima Dias de Souza
Matrícula 047467
Cirurgia - HUT
CONFERIDA COM O ORIGINAL



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF° ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente	Jorge Batista da Silva	
Diagnóstico pré-operatório	Fratura evoluta de tibia	
Operação - Tipo	Ttº curvado	
Cirurgião	1º Assistente	Giovanni Gronemberger CRM 3415-PI CRM 6203-MA
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador	Anestesiologista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico pré-operatório	SIC	
Relatório Imediato do Patologista		

Acidente Durante a Operação	
-----------------------------	--

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)	DEPARTAMENTOS DE SINISTRA DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
1) DAC em decubito dorsal sobre colchão 01 fuso lili + 1 fuso de curva	29 ABR 2019

3) DMC + FE (controle da drenagem temporária)	
--	--

4) Sutura + Continuação	
-------------------------	--



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CÂMARA MUNICIPAL DE TERESINA - HUT

ALDE

PRESCRIÇÃO N.º CICA



IDIÁÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
IÉNCIA DE TERESINA - HUT

HANTAL DE

PRESCRIÇÃO N.º 1 DICA

卷之三

卷之三

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME: José Batista

HORÁRIO DE ADMISSÃO 01 hs 45 min

IDADE anos DATA 15 / 04 / 2016

TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	89 x 46.	90 / 63
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	96	93
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100%	100%
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	Adriana.	1000

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS	MOVIMENTA DOIS MEMBROS	É INCAPAZ DE MOVER OS MEMBROS VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDO	É CAPAZ DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU DE TOSSIR LIVREMENTE	APRESENTA DISPNEIA OU LIMITAÇÃO DA RESPIRAÇÃO	TEM APNEIA	PA EM 20% DO NÍVEL PRÉ-ANESTÉSICO	PA EM 20-49% DO NÍVEL ANESTÉSICO	PA EM 50% DO NÍVEL PRÉ-ANESTÉSICO	ESTÁ LÚCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	DESPERTA, SE SOLICITADO	NÃO RESPONDE	É CAPAZ DE MANTER SATURAÇÃO DE O2, MAIOR DE 92% RESPIRANDO EM AR AMBIENTE	NECESSITA DE O2 PARA MANTER SATURAÇÃO MAIOR QUE 90%	APRESENTA SATURAÇÃO DE O2, MENOR QUE 90%, MESMO COM SUPLEMENTO DE O2	ADMISSÃO			SAÍDA					
MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	Movimenta dois membros	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	Tem apneia	PA em 20% do nível pré-anestésico	PA em 20-49% do nível anestésico	PA em 50% do nível pré-anestésico	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	Desperta, se solicitado	Não responde	É capaz de manter saturação de O2, maior de 92% respirando em ar ambiente	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	Apresenta saturação de O2, menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	2	1	0	2	1	0	2	1	0
RESPIRAÇÃO	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0			
CIRCULAÇÃO	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0			
CONSCIÊNCIA	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0			
SATURAÇÃO O2	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0			
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
ESCALA DE DOR ALTA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
TOTAL	09																							
ASS.	Cristiane Tibúrcio de Oliveira COREN - PI 14441 ENFERMEIRA	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	19/04/2016																					

SONDA VESICAL

() DRENO DE SUÇÃO

() DRENO TORACICO

() DVE

() COLOSTOMIA

29/04/2016

IASOG () NASO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 68329
AIH: 2218100233129

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE JOSE BATISTA DA SILVA FILHO	NASCIMENTO 24/03/1954	SEXO M	PRONTUÁRIO 473751
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE CELESTINA MARIA DA CONCEICAO	RESPONSÁVEL MARIA DA LUZ	
CEP 64000010	ENDERECO - LOGRADOURO BAIRRO SANTA CLARA		NUMERO / LOTE S/N	
COMPLEMENTO		MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE COM FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL E FÍBULA DISTALCONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO 0408050543 S826-0408050579-5826PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EF+RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S826 - FRATURA DO MALELO LATERAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/NO DO CONSELHO) CELSO VENTONIO VIEIRA FERREIRA CRM: 0000591/PI
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 18/04/2018
DATA ADMISSÃO 18/04/2018 10:04	DATA ALTA 22/04/2018 08:30
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/NO DO CONSELHO) CELSO PIRES FERREIRA FILHO CRM: 76356353791	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AValiação / AUDITORIA
DATA ANÁLISE: 27/04/2018 12:37:47	CRM:
	DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 18/04/18

NOME DO PACIENTE:	<u>João Batista da Silveira</u>		PLANO N°: <u>473751</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fr de Tíbia e Pernas Fr de Lata</u>		
ANESTESIA:	<u>Raque l-dip.</u>	SALA:	<u>06</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Wlbertah</u>	CRM-PI: <u>3918</u>	CRM-PI: <u>887</u> - CPF: <u>138.542.403-68</u>
AUXILIAR:	<u>Celso Antônio Mendes Corrêa N°: 06</u>		
ANESTESIA:	<u>Dr. José M. de Andrade Filho</u>	CRM-PI: <u>887</u>	CPF N°: <u>138.542.403-68</u>
INSTRUMENTADORA:	<u>Dayana</u>	CRM-PI: <u>887</u>	CPF N°: <u>138.542.403-68</u>

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>7,5 1810</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>50</u>	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	<u>80</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>80</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	-		Oropom	UN	<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>2.0</u>	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL							
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Rose</u>			



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente	<i>José Batista de Lílio Facho</i>		
Diagnóstico pré-operatório	<i>Frx de Pélvis ilíaco, Frx de Lílio Proximal + Frx de uálvula lato.</i>		
Operação - Tipo	<i>Bruxai com fixação extensiva</i>		
Cirurgião	<i>Dr. Wawan</i>	<i>Celso Antônio Almeida Colmbo</i> CRM-PI: 3018 1011-13135	Assistente
2º Assistente			
Instrumentador	<i>Dayana</i>	Anestesiologista	<i>D. José Miguel Paixão</i>
Anestésico(a)			
Data da Operação	<i>18.04.18</i>	Inicio	Fim
Diagnóstico pré-operatório	<p><i>0108050500 - S828</i> <i>↳ fixador</i></p> <p><i>0108050578 - S826</i> <i>↳ fixo ↳</i></p>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Sociedade seu hemostase local sob vigianatura
- ② Acesso + estabilização + exposição da fratura Esterno
- ③ Acesso seu Lílio e
- ④ Fixação extensa de fratura de Lílio proximal distal ó Esquerda
- ⑤ SUC
- ⑥ Fixar o fêmur e fálico lato prossessinal

DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS
• DIFAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 APR 2018

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 400 Loja C
Centro, Maria LEP: 64.002-470
Teresina-PI

Celso Antônio Almeida Colmbo
CRM-PI: 3018 1011-13135

Jane Simões Lima Dias de Souza
CRM-PI: 3018 1011-13135

MAIS DE 100% DO ORIGINAL



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PREScriÇÃO MÉDICA

ITAL DE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME José Batista da Silva Filho IDADE 69 anos DATA 17/04/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fistula tibial (e) CIRURGIANO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		SAÍDA
	ADMISSÃO	Saída	
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>110 / 68</u>		<u>109 / 63</u>
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	<u>63</u>		<u>71</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>		<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elenor</u>		<u>Elenor</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK

		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	TOTAL	0	10	
ESCALA DE DOR ALTA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ASS. M. Adreeta Coutinho Coreia 20057-545		M. Adreeta Coutinho Coreia 20057-545	
() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() COLOSTOMIA	
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	-	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

00:45 Admitido no SRPA em POF de fratura de tibia (e). Submetido a reanestesia. Consciente, calmo, eupneico, respirando ar ambiente.

01:20 BEG extubado e encaminhado ao POC extubado.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Lourival Resende, 465 Loja C
ALTA SRPA
Centro-Norte (CEP: 54010-000)
Teresina - PI
CRM-PI: 3006

MARCUS Crisanto
CRM-PI: 3006
HORÁRIO

ANESTESIOLOGO

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

PQSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 14 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PEDI [] ORTF [] NEU [] CIR []



24-3-1954

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	J.ey. Betim do Selv Fi (64 anos)		PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	Interno		473.751
À CLÍNICA	Cardiologia		LEITO

MOTIVO DA CONSULTA

Ritmo Enrulado

DATA: 16/04/18

Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3818 TEC: 13135

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

$Id = 67 \text{ g}$
 $ECG + RRS 10 \text{ mm}$
 Sem queixas cardíacas
 $AC = 100 \text{ mm}^2, BNP 151,$

nenhum edema / nenhuma.

$ECG = \text{normal}$

Risco de procedimento

0 a 20% de risco

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019



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

Dr. Antônio Vieira de Jesus
Cardiologista
CRM: 2135-PI

DATA: 17/04/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

José Bonino
DNI: 24103154 - 640

conceder - ortopedia ECG 16104118
05 20:30h

Alvaro Simone Lima
Días de
Maternidad: 047487
CONFIRMAN O ORIGI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374612/19

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

CPF: 570.900.097-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/04/2018

Titular do CPF: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

JOSE BATISTA DA SILVA FILHO : 570.900.097-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/10/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS
CPF: 098.038.499-05

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605824 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO (PG. 9).

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PG.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: JOSÉ BATISTA DA SILVA FILHO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 2005010011856

CPF: 570.900.097-34

Profissão: MOTORISTA

Endereço: R. JOÃO DÓSA 3559

CEP:

Telefone: (86) 99472-9591 / 8807-7370

OUTORGADO: Acto do Juiz: 15.04.2018

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

RG: 2.212.129

CPF: 839.502.303-00

Profissão: CORRETOR (A)

Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BAIRRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUÍ

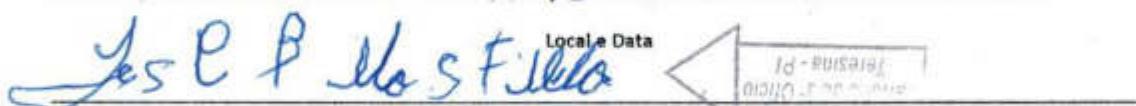
CEP: 64.000-090

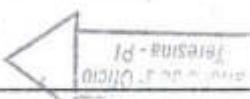
Telefone: (86) 99472-9591 / 98807-7870 / 3213-2804

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado Acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas , a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradora consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim , todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Vítima JOSÉ BATISTA DA SILVA FILHO

TERESINA 20 JUNHO 2018

José Batista da Silva Filho 



Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade /verdadeira)

**CARTÓRIO TECNICO DE NOTARIA
3º Ofício de Castro Promotoria
Juiz de Castro
Teresina - PI**

**TITULAR: ANATÁLIA GONÇALVES DE SANTO PEREIRA
RUA LUDVÍGIO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (86) 3221-7388 • E-mail: anatalia@cartorioabf.com.br**

**RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSÉ BATISTA DA SILVA FILHO,
D.O.U. PE, EN TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 20/06/2018.
Euro 13,71 Dó 0,74 Selos 0,25 Total 14,70 Selos ABF 09564 (F90P308)**

JUDITE DE LIMA CARVALHO Escrevente Autorizada

Tabelião Escrevente autorizado

3º DE NOTAS
**Selo de Finalização
de Autenticidade
do Atto
Atado da data
Atos de justiça
Atos de notaria
Atos de tabelaria**
**RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº ABF-69564**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605824 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO (PG. 9).

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PG.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50