

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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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/BIBLIOTECABWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Moura de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jose Batista da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 570.900.097-34
do sinistro de DPVAT cobertura Incubidez da Vítima Jose Batista da Silva
Filho 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua 24 de Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Teusina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000-902</u>	Tel.(DDD): <u>(86)99472959</u>

Local e Data: Teusina - Pínei 25.10.2015

Kelly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Jose Batista Filho

POLEGAR DIREITO

REGISTRO
GERAL

2005010011858-2av ^{PRIMEIRA} 6/2/2005

NOME JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

FILIAÇÃO JOSE BATISTA DA SILVA E CELESTINA MARIA DA CONCEICAO

NATURALIDADE PENNAMBUCO-

DOC ORGÃO CERT. CASAM. 3.862 L B-8 F

DATA DE NASCIMENTO 24/3/1954

CNP 57080009734

FORTALEZA CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 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		DADOS DA LEITURA	
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	
AGO/19 158	CONSUMO 162 A R\$ 0,912203 = 147,77
JUL/19 151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 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:
0 A 162 - 0,655310

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.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77 115,26
Energia:	60,00	Alíquota 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:	6,49%
			7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			OMC	OICR
	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-MACAUBA						Período de apuração:	07/2019 RUSD: 53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM	

83620000001 3 64270017000 3 000000000051 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: 570.900.097-34 4 - Nome completo da vítima: Jose 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: Jose Batista da Silva Filho 6 - CPF: 570.900.097-34
7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: Rua: João para 9 - Número: 3559 10 - Complemento:
11 - Bairro: urbano 12 - Cidade: Turisina 13 - Estado: PE 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 ☐ R\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0004 013 CONTA: 93788 5 AGÊNCIA: _____ CCNTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vivo/não)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**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

NF: 19835044

ANA LUCIA DA COSTA FILHAR. 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

**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
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836500000002.659700170007.000000008896.896004190055





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



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

Município

TERESINA

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Endereço

BR 316, Nº:

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, Nº 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 Parafina
Delegado Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 570.900.097-34 4 - Nome completo da vítima: Jose 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: Jose Batista da Silva Filho 6 - CPF: 570.900.097-34
7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: Rua: João para 9 - Número: 3559 10 - Complemento:
11 - Bairro: urbano 12 - Cidade: Turisina 13 - Estado: PE 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 ☐ R\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0004 013 CONTA: 93788 5 AGÊNCIA: _____ CCNTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vivo/não)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

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)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: CASADO
 Identidade: 2005010011856
 CPF: 570.900.097-34
 Profissão: MOTOREISTA
 Endereço: R. JOÃO ZOSA 3559
 CEP: _____
 Telefone: 86 9472-9591 / 9807-7870

OUTORGADO: data 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- PIAUI

CEP: 64.000-090

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

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeo 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 pericia 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 JOSE BATISTA DA SILVA FILHO
TERESINA 20 JUNHO 2018

Jose B da Silva Filho

Local e Data

Id. Pólis nº 01310.8.000.000

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade /verdadeira)

CAROLINE THEILS 0001333-5
 Juiz de Castro Cardeal
 Escrevente Comprovaçã
 Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE NOTAS
 TITULAR - ANATALIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
 RUA LIDANDO NOGUEIRA, 1233 CENTRO - CEP. 64000-200 - TERESINA-PI
 Fone: (0800) 3221-1886 - E-mail: atendimento@cartoriojampao.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO.
 DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 20/06/2018.
 Emol: R\$ 71,73 + R\$ 0,74 Selo: R\$ 25,00 Total: R\$ 97,47 Selo: ABF 69564 (F90F308)

JUDITE DE CASTRO LARAUS Escrevente Autorizada

☐ Tabelião ☒ Escrevente autorizado



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144297/19

Vítima: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

CPF: 570.900.097-34

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 15/04/2018

Titular do CPF: JOSE BATISTA DA SILVA
FILHO

CPF de: Próprio

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 ANÁLISE 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 ANÁLISE 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



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

em Geral S
on pedida - C

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 15/04/2018 19:28:44

(User: JAIRO FEITOSA)

(Estação: ACCR01)

Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO		Prontuário: 473751
Mãe: CELESTINA MARIA DA CONCEICAO	Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: RUA JOAO JOSE - 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	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V099

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: Vítima de atropelamento há 01h. Trazido pelo SAMU Básico com fratura no MIE, imobilizado. Glasgow 15. Eupneico. Em uso de colar cervical e prancha. Nega HAS, DM e alergias.		Profissional Clas. Risco: JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOSA COREN 229983 PI Em: 15/04/2018 19:28:40	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente vítima de atropelamento, consciente, orientado, perf. pos = 15, ACP 100%, ci. unia. de pulmão exp. e perf. pos = 15, e

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____	CID: ____
Diagnóstico Inicial:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- RX pelvica
- RX joelho
- curativo 500mg + AD, 5
- Talco 20mg + AD, 5

RAIO-X REALIZADO

DATA 15/04/2019

Técnico: Bruna

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Se Internação, indique o Procedimento e CID

Procedimento

CID

Xmarina da Luz Rocha
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:

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: C. AUGER
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com luto de deslocamento, fratura de costela, fratura de tórax, fratura de cervical sem alterações. Fratura exposta em M.I.C. Ed: Alta de urgência para a ortopedia	
Dr. José Lucas de Sousa Coimbra MÉDICO Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 15/04/18	ESPECIALISTA: ORTOPEDIA
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com quadro de deslocamento de tórax e fratura de tórax	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 67679

AIH: 2218100233107

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5829856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5829856

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 LIZ

CEP

6400010

ENDEREÇO - 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

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

AO CC

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

CELSO ANTONIO MENDES COUTINHO

CPF: 00005597300

CRM

CARATER

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 VIOLÊNCIA)

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)

CELSON PERES FERREIRA FILHO

CPF: 7635633791

CRM:

DATA ANÁLISE: 27/04/2018 12:53:33

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF:

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 José Batista de Jesus		
Diagnóstico pré-operatório Fratura exp. de tíbia		
Operação - Tipo Fixação		
Cirurgião Carlos	1º Assistente Barbosa	Gláucia Gonçalves CRP 315-P1 CRM 6203-MA
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador	Anestesista	Anestesia
Data da Operação		
Diagnóstico pré-operatório	Início	Fim
		SIC
atório Imediato do Patologista		

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) DAC em decubito distal do antebraço
 2) Amputação de dedo do pé
 3) JMC + FE e controle de danos
 4) Amputação de dedo do pé
 5) JMC + FE e controle de danos
 6) JMC + FE e controle de danos
 7) JMC + FE e controle de danos
 8) JMC + FE e controle de danos
 9) JMC + FE e controle de danos
 10) JMC + FE e controle de danos

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
COMPROVAÇÃO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Centro-Norte CEP: 64.000-000
Teresina-PI

Gláucia Gonçalves
 CRP 315-P1
 CRM 6203-MA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Rubrica _____

DATA 15 / 04 / 18

PRONTUÁRIO Nº: 473751

CIRURGIA: 110 cm

Nº DA SALA: 06

CPF Nº:

CPF Nº:

CPF N°:

CPFN®

Jordano Cruzberger
 Ortopedia
 CRM 3485
 CRM 620

[illegible]

UNIDADE DE SAÚDE

Página 2

PRESCRIÇÃO N.º 100

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	CORREDOR 2	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE BATISTA DA SILVA FILHO		473751	64	ORTOPEDIA				
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DI: 15/04/2018		FRAT. EXP. IBIA						
17/04/18								
		Ediana Nogueira						
1		Dieta oral livre						
2		NUTRICIONISTA						
3		CRN: 3748						
4		Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
5		Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
6		Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
7		Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 / 12hs						
8		Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN						
9		Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
10		Gentamicina 240mg _ + 100ml de SF 0,9% EV 1x/dia						
11		Curativos diários						
12		Cuidados gerais e sinais vitais						
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								
60								
61								
62								
63								
64								
65								
66								
67								
68								
69								
70								
71								
72								
73								
74								
75								
76								
77								
78								
79								
80								
81								
82								
83								
84								
85								
86								
87								
88								
89								
90								
91								
92								
93								
94								
95								
96								
97								
98								
99								
100								

Dr. Jordano Caramelo / Dr. Yuri Jairo Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho
 Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
 CRM 3415-TEOT 10029 / CRM 12308 / CRM 3766-TEOT 11305 / CRM 3367

PRESCRIÇÃO N. 1 DICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	MÉDICO ASSISTENTE
JOSÉ BATISTA DA SILVA FILHO	473751	64	CORREDOR 2	LEITO	OBSERVAÇÕES
DATA/HORA CÓDIGO	PREScrição Médica	HORÁRIOS			
Dl : 15/04/2018	FRAT. EXP. IBIA				
16/04/18					
1	Dieta oral livre				
2	jelco salinizado				
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs				
4	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h				
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs				
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs				
7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN				
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N				
9	Gentamicina 240mg_ + 100ml de SF 0,9% EV 1x/dia				
10	Curativos diários				
11	Cuidados gerais e sinais vitais				
Assinatura do Médico Assistente					
DEPARTAMENTOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - CENTRO-NORTE CEMH-PI					
CONTEÚDO NÃO É SINÔNIMO DE GARANTIA DE QUALIDADE					
GENTE SEGURADORA					
Rua Coelho de Resende, nº 64 - Centro-Norte CEP: 64.000-000 Teresina-Pi					
Dr. Jordano Cruz Pereira / Dr. Yuri Juvago Félix / Dr. Ricardo S. Viana / Dr. Paulo H. G. Pessoa Filho					
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia					
CRM 3415-TCOT/1029 / CRM 12308 / CRM 3766-TCOT-11305 / CRM 3367					

Dr. Elordiano Chaves Junior / Ortopedia e Traumatologia	Dr. Yuri Iwagao Félix / Ortopedia e Traumatologia	Dr. Ricardo S. Valsega / Ortopedia e Traumatologia	Dr. Alexandre Macedo Almeida / Ortopedia e Traumatologia
CRM 3415-TEOT/10-9	CRM 12308	CRM 5766-TEOT-11/05	CRM 3587

21.16 de 16/12/2018. Solicito dispensa, pois estou em férias e de férias.

Dr. Alexandre Macedo Almeida



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Rosely

NOME DO PACIENTE <u>Jose Batista</u>		PRONTUÁRIO <u>273751</u>	CLÍNICA Ortopédica	ENF. OU AP LEITO	MÉDICO ASSISTENTE <u>Rosely</u>
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
Frotan extnt tclm (Fixação provisória) externa			HORÁRIOS		
1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTESICO			OBSERVAÇÕES		
2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA			00:15 - Retradmitido no		
3 RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H			DOI de LML, independente		
4 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H			da SRA PA. Consiente em		
5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H			tratar fônis. Nega aler-		
6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H			gia medicamentosa e co-		
7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN			morbidades. <u>Laurenço M. Sousa</u>		
8 CURATIVO			Enfermeira CORU-PI 390.066		
9 PRESCRIÇÃO MÉDICA			<u>Rosely</u>		
<u>10 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>11 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>12 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>13 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>14 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>15 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>16 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>17 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>18 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>19 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>20 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>21 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>22 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>23 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>24 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>25 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>26 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>27 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>28 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>29 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>30 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>31 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>32 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>33 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>34 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>35 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>36 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>37 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>38 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>39 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>40 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>41 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>42 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>43 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>44 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>45 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>46 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>47 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>48 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>49 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>50 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>51 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>52 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>53 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>54 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>55 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>56 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>57 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>58 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>59 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>60 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>61 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>62 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>63 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>64 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>65 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>66 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>67 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>68 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>69 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>70 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>71 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>72 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>73 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>74 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>75 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>76 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>77 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>78 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>79 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>80 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>81 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>82 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>83 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>84 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>85 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>86 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>87 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>88 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>89 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>90 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>91 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>92 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>93 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>94 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>95 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>96 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>97 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>98 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>99 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		
<u>100 Badam 80 108171</u>			<u>Rosely</u>		

Carimbo e Assinatura
Glaucia Longtempo
CRM 115.07
CRP 6.03-MA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME José Batista IDADE _____ anos DATA 30/04/2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>89 x 46</u>	<u>90 / 63</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>96</u>	<u>93</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Adriana</u>	<u>Adriana</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			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 dispnéia 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

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 09

ASS. Cristiane Tiburcio de Melo Ferreira
COREN - PI 144411
ENFERMEIRA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

SONDA VESICAL		() DRENO DE SUÇÃO		() DRENO TORACICO		() DVE		() COLOSTOMIA	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21:45 - Paciente admitido na SRPA, em POI de fratura de tíbia (E), sob efeito de raqui anestesia lombar, orientado, fôcos supracitados, S102. HV em curso. Hipotensão, demais SSV estáveis.

RAIO-X REALIZADO

DATA 1/120

Técnico Guilherme

Cristiane Tiburcio de Melo Ferreira
COREN - PI 144411
ENFERMEIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO (X) IMAGENS E GRÁFICOS ()

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED MORT () NEU () CIR () MÓD

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 68329

AIH: 2218100233129

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL E FÍBULA DISTAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO040R050543 S828-040R050578 S826

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EF+RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARATER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

18/04/2018

CELSONO ANTONIO MENDONÇA VIMBRA

CPF: 00805591700

CRM:

DATA ADMISSÃO

18-04/2018 10:04

DATA ALTA

22/04/2018 08:30

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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))

CELSONO PIRES FERREIRA FILHO

CPF: 76356353791

CRM:

DATA ANALISE: 27/04/2018 (23:47

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF:

CRM:

DATA ASSINATURA

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

José Batista da Silva Filho

Diagnóstico pré-operatório

Fx de Péloa lateral + Fx de Péloa proximal + Fx de ulna lateral

Operação - Tipo

Fixação com fixadores externos

Cirurgião

Dr. Walmir

Celso Antônio de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3318

2º Assistente

Assistente

Instrumentador

Dayana

Anestesista

Dr. José Miguel

Anestesia

Raquel

Anestésico(a)

Data da Operação

18.04.18

Início

Fim

Diagnóstico pré-operatório

0108050500 - 5828
↳ fixador0108050578 - 5826
↳ fix K

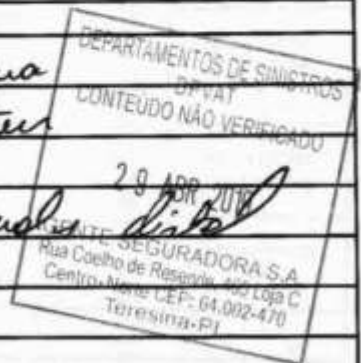
Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob esquiamento
- ② Anestesia + Antiespasmódico + Aplicação de Placa Externa
- ③ Anestesia local
- ④ Fixação externa de fratura de Péloa proximal à Esquerda
- ⑤ Luc
- ⑥ Fixação de fíbula com fixadores externos



Celso Antônio de Almeida Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3318

Jane Silveira Lima
Márcia L. S. 457
CONFERE ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18 / 04 / 18

NOME DO PACIENTE:	João Batista da Silva Filho	PROT. Nº:	473751
DIAGNÓSTICO:	Fr de Tíbia humeral Fr de Rádio	CIRURGIA:	Enroscou com Juncos
ANESTESIA:	Raque Idio Fr de sedação	DA SALA:	06 Fer
CIRURGIÃO:	Dr. Wlson	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. José Miguel de Andrade Filho	CPF Nº:	José Miguel de Andrade Filho CRMPI 887 - CPF 138 542 403 68
INSTRUMENTADORA:	Wayana	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5 18,0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Crepon	UN	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	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Rose			
PROLENE							



ITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE				PRONTUÁRIO		IDADE	CLÍNICA	235	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSÉ BATISTA DA SILVA FILHO				473751		64	Ortopédica	246			
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DI : 18/04/2018		FRAT. TIBIA E									
22/04/18											
	1	Dieta oral livre									
	2	Jelco salinizado									
	3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs									
	4	Ciprofloxacina 400mg _ EV 12/12hs									
	5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs									
	6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs									
	7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN									
	8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N									
	9	Clindamicina 600mg + S F 0,9% 100ml EV 8/8hs									
	10	Cuidados gerais e sinais vitais									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Dr. João Henrique L. B. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3367</p> </div> <div> <p>Dr. Ricardo S. Valença Ortopedia e Traumatologia CRM 3766-TEOT:11305</p> </div> <div> <p>Dr. Paulo H. L. P. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3367</p> </div> </div>											
<p>OBSERVAÇÕES</p> <p>8:30 - 12h falta de melhora da fratura</p> <p>medico</p> <p>CRM: 69376-10</p>											

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE							
DATA: 18.04.2018	PA: 124/75	PULSO: 67	RESPIRAÇÃO: 12	TEMPERATURA: 36,5	PESO:	ALTURA:	OBS:
EXAME DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	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				FRACTURA DE TÍBIA + PÉ TÃO + TORÇÃO			
PRÉ-MEDICAÇÃO				APLICADO ÀS		EFEITOS	
				TOTAL DE DOSES			
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					1. Fimol. - 01	
LÍQUIDOS	SO - UTO					2. Decadron - 1/2 amp	
	SANGUE					3. Dexamf, 2 - 0,4mg	
	OUTROS					4. Neocadron 0,5% 10ml	
TEMPERATURA T	C°					5. Code - 12,5mg	
P ARTERIAL V O PULSO	38					6. Befoprina 400	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						7. Y. Fimol. - 01	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						8. Bromopride - 01	
RESPIRAÇÃO O						9. Ranitidina - 01	
						10. Tilatil - 01	
						11. Dopione - 01	
						12. Y. Fimol. - 01	
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				INCIDENTES - ACIDENTES	
TÉCNICAS						AS 4.000ml de punção venosa, a homeostática, fígado normal, arterial T40	
OPERAÇÕES						Y. Fimol. - 01	
CIRURGIÕES						Dr. - Dumail + Dr. - Alho	
ANESTESISTAS						Dr. - Dumail + Dr. - Alho	
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS	

NOME DO PACIENTE	PROFISSIONÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Paulo Roberto do Silo Filho	Flávia	Ortopédica	235	246	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
18/04/18	POI				RAIO-X REALIZADO
					DATA 18/04/2018
					Técnico: [assinatura]
1	Dieta oral livre após efeito anestésico	Ediana Nogueira NUTRICIONISTA CRN: 3716			
2	SG 5% 1000ml EV EM 24h		11 7		12:20 - paciente idoso
3	Refrim 1g + AD EV 8/8h (suspensão)				admitido procedente
4	Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h				da SRPA em polítra-
5	Tilatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h				tuva de tibia com
6	Plasil 10 mg EV 8/8h SOS				fixação externo, consi-
7	Nubain 01 amp + AD EV 12/12hs SOS				ente, orientada, fá-
8	CCGG + SSW				sico. Nega patologias
9	Liquedol 400 6 x 1x/6h				crônicas e alergia
10	Clindamicina 600 6 x 1x/6h				a medicamentos
11	Clonox 40 mg 5x 1x/6h				2200 segue atende
12	Acetililino Dept 10 6x 1x/6h				calmo, eu meço e
					nega algo - em

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
PRIVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 ABR 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coeima de Resende, 405 - Lapa
Centro - Niterói - RJ - 24090-470
Fones: (21) 2500-4411

[Handwritten signature]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME JOÃO BATISTA DA SILVA FILHO IDADE 44 anos DATA 17/04/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Furto de tibia (C) CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>110/68</u>	<u>109/63</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>63</u>	<u>71</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elmer</u>	<u>Elmer</u>

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	ESCALA DE DOR ALTA	TOTAL
     	     	<u>09</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda: () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
 08:45 Admitido no SRPA em POS de tto cirúrgico para fratura de tibia (C). Submetido a anestesia geral. Consciente, calmo, eupneico, respirando ar ambiente. Monitorizado.
 01:20 BEG, estável e encaminhado ao Rx e ortopédia.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR ()

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 23 ABR 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua ... 465 Loja C
 Centro - Niterói - RJ
 Teresina - Anestesiologista
 CRM-PI 30017-ENF
 HORÁRIO
 ANESTESIOLOGISTA

24-3-1954

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	José Batista do Silva Jr (64 anos)	PRONTUÁRIO	473.751
DA CLÍNICA	Interno	LEITO	
À CLÍNICA	Cardiologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Dor no peito

DATA: 16/04/18

Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3518 TERT: 13135

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Id = 67 a
reg. nos 10m
sem queixas cardiovasculares
AC = normal 2T, BAF, 11

monitorado / monitorado
ECG = normal

Baixo risco e procedimento
burocrático



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

DATA: 17/04/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




Jose Batista da Silva Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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-8 F

319 MESSEJANA-FORTALEZA-CE

CPE 57090009734

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

DEPARTAMENTO 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

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

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPIRAÇÃO 21/10/14

REGISTRO GERAL 2.212.129

NOME KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FUNÇÃO

EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA
NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

18/12/1979

BARÃO DE GRAJAU-MA

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 39751 V 53A F 097

EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI

839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURANÇA
Rua Coelho de Resende
Centro - Niterói

TC 1.38
20190201120401

MATRICULA 13428373-2
FATURA Nº 150356277
MÊS/ANO 2/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR M^{rs} CIA VITAL DE LIMA CABRAL

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

LOCALIZAÇÃO 001-00044 000060 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO TIPO LDO MATURADO
01/2019 L140 01 10
12/2018 L140 01 10
11/2018 L140 01 10
10/2018 L140 01 10
09/2018 L140 01 10
08/2018 L140 01 10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABUA
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS M3 10
DATA LEITURA
ANTERIOR 03/01/2019 131
ATUAL 01/02/2019 134

TABELA TARIAS
RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 R (N)
0 10 6,9450 65
10 25 7,3000 65
25 999999 1,1500 65

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA TUBA
DESCRIÇÃO R\$ VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45
> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45
VALOR DE ESGOTO - 18,49
> Residencial-Normal 10,0 m3 18,49

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 R (N)
VENCIMENTO 13/02/2019
T. ALA PAGAR 46,94

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

mensagem
Nossos arquivos acusa(m) 3 débito(s). ATENÇÃO - 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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / Mês	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2672	2669	3	1,9	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2653	2575	78	5,80	Inferior a 15
PH	2681	2631	50	6,93	6,00-9,50
TURBID. Z	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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / Mês	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TC / ML	744	740	4	Ausência	Ausente
ESCOLÉRIAS COL. / ML	744	744	0	Ausência	Ausente

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 ABR 2019
INSTRUMENTO DE RESERVAÇÃO DE RESERVAÇÃO
Centro-Norte C. 10-1-40

TC 1.38 20190201120401

MATRICULA 13428373-2 FATURA Nº 150356277
MÊS/ANO 2/2019

VENCIMENTO 13/02/2019 VALOR A PAGAR 46,94

82500000000-8 46941535000-5 00201915035-4 62770100104-2



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) cu(a)ixo relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 22 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 nº9.613/98.

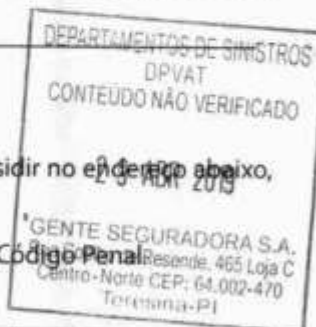
Pelo exposto, eu Keylley Lima de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Batista da Silva Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 570.900.097-34 do sinistro de DPVAT cobertura Imunidade da Vítima José Batista da Silva Santos 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço <u>Rua: Rui Barbosa</u>		Número <u>3814</u>	Complemento
Bairro <u>Pq. Alvorada</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Pi</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>[86] 9914729591</u>

Thy. Pi. 23 de 07 de 18
Local e Data

Keylley Lima de Oliveira
Assinatura do Declarante

**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

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

**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
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836500000002.659700170007.000000008896.896004190055



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	Jose Batista da Silva Filho
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Jose Batista da Silva Filho	570.900.097-34	
Profissão:	Endereço:	Número:
motorista	Rua João Souza	3559
Bairro:	Cidade:	Estado:
urbano	Turine	Piauí
E-mail:		CEP:
		Tel.(DDD):
		(86) 994729591

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2004 03 CONTA: 93788 5	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO 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 verificação 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúva	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou com _____ (a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou com _____ (a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, Turine - Piauí 19.03.19	TESTE MUHAS
Nome: _____	Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura
		2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>
Exame Físico	23 Glasgow = 15		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 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
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso Radial	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		
	1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Oxigênio 5 - Colar cervical 6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Curativos 8 - Kred 9 - Assistência obstétrica		33 Condições de entrada 34 Óbito		
Observações Interdisciplinares	35 Observações Interdisciplinares				
	36 Responsável pela recepção				

Jairo José de Almeida
ENFERMEIRO
Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor

Cliente

Barros

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 570.900.097-34 Nome completo da vítima: Jose Batista da Silva Filho

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

Nome completo: Jose Batista da Silva Filho CPF: 570.900.097-34

Profissão: motorista Endereço: Rua João Sara Número: 3559 Complemento: _____

Bairro: Urbano Cidade: Tererina Estado: Piauí CEP: _____

E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 994729591

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004 013 CONTA: 93788 5

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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 verificação 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Tererina - Piauí 19.03.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª 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.

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

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.
Rua 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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR 316, Nº:

Complemento

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Ponto de Referência

Data/Hora

15/04/2018 - 06:30



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/Notificante

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 - Notificante
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia

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: INTERRUÇÃO 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

Pag. 00621/00622 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14312106

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: 000000093788-5

Nr. da Autenticação CE27A092A0215C12



Clínica Ortopédica do Piauí Ltda.
Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

JOSE ZATISTA A SAM (FUE)

Dr. Aluisio Ferraz Arcoverde
CRM-PI 2463

Dr. Osvaldo Moura Campos
CRM-PI 1357

Dr. Jorge Henrique T. Cury
CRM-PI 1388

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

ATESTO QUE O PACIENTE
ACIMA CITADO SOFRIA
COM O FRATURAS DE TUBA
JUNTAS E FRACTURA DE TUBA
E JOE SOB OBTIMO A
TUBA TUBO UNIBICO.
ATENDIMENTO SEGURO DE
ENFERMEIRO DO
UNIVERSO INTERNO
ELENCO DE 1105cm.
E PARECE DO TUBO
ELENCO E TUBO
DE 704.

17/01/2019

Durval Tércio 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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow = 15				
Assistência	24 Sinais Vitais				
	25 Local da lesão				
Hospital de Destino	26 Pupilas				
	27 Pulso Radial				
Observações Interdisciplinar	28 Sanguinamento				
	29 Dor				
Observações Interdisciplinar	30 Fratura				
	31 Procedimentos realizados				
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino				
	33 Condições de entrada				
Observações Interdisciplinar	34 Óbito				
	35 Observações Interdisciplinar				

Jairo José da Moura Feitosa
ENTREVISTADO
COREN-PI 225.983
Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Conductor

Versão: 27.11.2011

AE: 609953-PI



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 Titto 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

em Geral e
Ortopedia - C**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 15/04/2018 19:28

(User: JAIRO FEIT

(Estação: ACC

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO		Prontuário: 4737
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: 86-99838-510
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	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundario: V099

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: Vítima de atropelamento há 01h. Trazido pelo SAMU Básico com fratura no MIE, imobilizado. Glasgow 15. Eupnéico. Em uso de colar cervical e prancha. Nega HAS, DM e alergias.			Profissional Clas. Risco: JAIRO JOSÉ DE MOURA FEITOS COREN 20783 PI Em: 15/04/2018 19:28:40

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

paciente vítima de atropelamento, consciente, orientado, sem ferimentos visíveis, sem fraturas aparentes, sem hemorragias, sem alterações de nível de consciência.

PA ____ X ____ mmHg

Pulso: ____

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- RX Tórax
- RX MIE e
- Ultrassom 500MHz + AD, P
- Tórax 20MHz + AD, C

RAIO-X REALIZADO
DATA 15/04/2018
Técnico: Brácon

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Procedimento

CID

Luiz Roberto da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Jairo José de Moura Feitos
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

(JAIR FEITOSA)

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: CIRURGIA
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com luto de se deslocamento, acidente com contusão, expressão, abdome em dor, 2x torax, pelve e cervical sem alteração. Fratura exposta em M.I.G. Ed: Alta de Amgic final A ortopedia	
Dr. José Lucas de Sousa Corino MÉDICO Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/_/_/__:__

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 15/04/18	ESPECIALISTA: ORTOPEDIA
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com quadro de deslocamento de 1x exposto de tibia e	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº 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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE DE TRANSITO

CONDIÇÕES 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

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))

CELSON ANTONIO DE SOUZA
CPF: 00005897300

CRM:

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

15/04/2018

DATA ADMISSÃO

13/04/2018 19:21

DATA ALTA

18/04/2018 10:04

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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))

CELSON PIRES FERREIRA FILHO
CPF: 76356353791

CRM:

DATA ANÁLISE: 27.04.2018 12:33:53

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA AVALIAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rúbrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15 / 04 / 18

NOME DO PACIENTE:	José Batista de Silva Filho	PRONTUÁRIO Nº:	473751
DIAGNÓSTICO:	Prótese expulsa de tubo	CIRURGIA:	HTO c/ anel
ANESTESIA:	Raqui	Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	Dr. Celso	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Residente André / 6612400	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Secano	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Rhênia	CPF Nº:	

Ordem de Serviço
CRM 34555-5
CRM 6201-1

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5, 8, 0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 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 Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Atadura crepom	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							
VICRYL							
PROLENE							

Jane Simone Lima Dias de Souza
Márcia 47467
COMO SE COM O ORIGINAL

ENFERMARIA:
CIRCULANTE: Ana Kuba



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador

Anestesista

Anestésico(a)

Anestesia

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico pré-operatório

atório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) DAC em decubito dorsal solo arbores

2) Apraxia de 1 Apraxia de 1 Apraxia de 1

3) JMC + FE (controle de danos

temporário)

4) JMC + Continuo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 0
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PIGentilino Gonçalves
CRM 3415-PI
RPM 6203-MA



IDADAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
CIÊNCIA DE TERESINA - HUT

HUT IL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE BATISTA DA SILVA FILHO		473751	64	ORTOPEDIA	CORREDOR 2		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						OBSERVAÇÕES
DI: 15/04/2018	FRAT. EXP. IBIA						23:00 PA: 130x80 mmHg
17/04/18							P: 79 bpm - GEC. Clinic 4936
	Ediane Nogueira NUTRICIONISTA CRN-3746						
	Dieta oral livre						
2	Jeico salinizado						
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
4	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN						
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
9	Gentamicina 240mg _ + 100ml de SF 0,9% EV 1x/dia						
10	Curativos diários						
11	Cuidados gerais e sinais vitais						
<div>Dr. João Batista da Silva Ortopedia e Traumatologia CRN 3357</div> <div>Dr. Ricardo S. Valença Ortopedia e Traumatologia CRN 3766-TEOT:11303</div> <div>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia CRN 3367</div>							



WALDE

PRESCRIÇÃO N.º DICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE BATISTA DA SILVA FILHO		473751	64	ORTOPEDIA	CORREDOR 2		
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
DI: 15/04/2018	FRAT. EXP. IBIA						
16/04/18							
1	Dieta oral livre						
2	Jeico salinizado						
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
4	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN						
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
9	Gentamicina 240mg _ + 100ml de SF 0,9% EV 1x/dia						
10	Curativos diários						
11	Cuidados gerais e sinais vitais						

[illegible]

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Juc Batista		473751	Ortopédica			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
1			OBSERVAÇÕES			
2			HORÁRIOS			
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Josi Batista IDADE _____ anos DATA 15 / 04 / 2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>89 x 46</u>	<u>90 / 63</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>96</u>	<u>93</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Adriana</u>	<u>luna</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR		ADMISSÃO			SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input 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 type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia 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 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 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 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

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL

ASS.

Cristiane Tiburcio de Melo Ferreira
COREN - PI 149441
ENFERMEIRADEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	29/04/2018	SONDA NASOGÁSTRICA	() NASOGÁSTRICA
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21:45 - Paciente admitido na SRPA em PO de natureza de tórax, sob efeito de raqui-anestesia lombar, orientado, fático, eufônico a O₂. 21
em curso. Hipotensão, demais SSV estáveis.

João Sampaio Lima Dias de Souza
Márcia Regina de Souza
ENFERMEIRA
CONF. ETE - COLO 0 ORIGINAL

RAIO-X REALIZADO

DATA 1 / 20Técnicos lunaCristiane Tiburcio de Melo Ferreira
COREN - PI 149441
ENFERMEIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO (X) IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED (X) ORT () NEU () CIR () MÉD

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 68329

AIH: 2218100233129

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

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

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

S/N

BAIRRO

SANTA CLARA

COMPLEMENTO

MUNICIPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL E FÍBULA DISTAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO 0408050543 S826-0408050543 S826

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EF+RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S826 - 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

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

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

18/04/2018

DATA ADMISSÃO

18/04/2018 10:04

DATA ALTA

22/04/2018 08:30

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CELSONTONIO MESSIAS FERREIRA

CPF: 000000000-00

CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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))

CELSONTONIO MESSIAS FERREIRA

CPF: 76356353791

CRM:

DATA ANÁLISE: 27/04/2018 12:37:47

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18 / 04 / 18

NOME DO PACIENTE:	João Batista da Silva	PROTÓTIPO Nº:	473751
DIAGNÓSTICO:	Fr de Tibia proximal Fr de Rádio	CIRURGIA:	Enroscav com Jacobi
ANESTESIA:	Raque Idup Fr de sedação	DA SALA:	06 Fer
CIRURGIÃO:	Dr. Wltonah	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. José Miguel de Andrade Filho	CPF Nº:	José Miguel de Andrade Filho CRM-PI 887 - CPF 138.542.403/68
INSTRUMENTADORA:	Wayana	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5 18.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	30		PVPI DE GERMANTE	ML	30	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	30	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Crepon	UN	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	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Rose			
PROLENE							



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente	José Batista da Silva Filho		
Diagnóstico pré-operatório	Fx de Péloa lateral + Fx de Lado proximal + Fx de ulna lateral		
Operação - Tipo	Fratura com fixação interna		
Cirurgião	Dr. Walmir	CRM-PI: 3918	1ª Assistente
2ª Assistente		CRM-PI: 1201	3ª Assistente
Instrumentador	Dayana	Anestesista	Dr. José Miguel
Anestésico(a)		Anestesia	Paque
Data da Operação	18.04.18	Início	Fim
Diagnóstico pré-operatório	0108050500 - 5828 ↳ fixador 0108050578 - 5826 ↳ fio K		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob oxigenoterapia
- ② Anestesia + Antiespasmódico + Aplicação de campo Estéril
- ③ Acesso em Lado
- ④ Fixação externa de fratura de Lado proximal à Esquerda
- ⑤ LUC
- ⑥ Fixação de fíbula com fio intramedular



Celso Antonio de Almeida Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3918

Jane Simão Lima Dias de Souza
Médica - R. 467
CONFIRA O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

ENF. OU AP	LEITO
235	246

CLÍNICA	Ortopédica
---------	------------

PERGUNTÁRIO

NOME DO PACIENTE

PACIENTE
Fari Betib do Telo

	CÓDIGO	DATA/HORA
--	--------	-----------

PRESCRIÇÃO MÉDICA

18/04/18

POI

Ediana Nogueira
NUTRICIONISTA
CRN: 3716

Nichts ora! Tudo após efeito anestésico

CG 5% 1000ml EV EM 24h

$$490 \text{ A} \cdot \text{B} \cdot \text{C} + 81 \text{ D} \cdot \text{E} \cdot \text{F} \cdot \text{G} \cdot \text{H} \cdot \text{I} \cdot \text{J} \cdot \text{K} \cdot \text{L} \cdot \text{M} \cdot \text{N} \cdot \text{O} \cdot \text{P} \cdot \text{Q} \cdot \text{R} \cdot \text{S} \cdot \text{T} \cdot \text{U} \cdot \text{V} \cdot \text{W} \cdot \text{X} \cdot \text{Y} \cdot \text{Z}$$

Dinirona 01 amp + AD EV 6/6h

Tilatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h

Plasil 10 mg EV 8/8h SOS

Time	AD EV	AD EV + 12/12hs SOS
01	3	3
02	3	3
03	3	3
04	3	3
05	3	3
06	3	3
07	3	3
08	3	3
09	3	3
10	3	3
11	3	3
12	3	3
13	3	3
14	3	3
15	3	3
16	3	3
17	3	3
18	3	3
19	3	3
20	3	3
21	3	3
22	3	3
23	3	3
24	3	3

$$8 | c c G G + S S W$$

⑨ Find below 400 & 500

Donaldson Co. 8/66

Planned as of 5C 1x/1x2

Cautilino Sept 10 to 12/11

E Lino de Souza
 Tel: 047467
 NAME: LUT
 EMP: COM ORIGINAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
PRIVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

9 APR 2019

209
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP. 04.002-470
Teresina-Pi

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME JOÃO BATISTA DA SILVA FILHO IDADE 44 anos DATA 17.04/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 44 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Frot. tubária (e) CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>110/68</u>		<u>109/63</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>63</u>		<u>71</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>		<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/MATRÍCULA	<u>Glenn</u>		<u>Glenn</u>

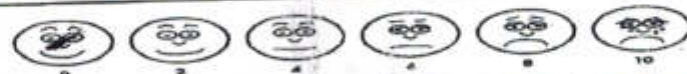
ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

ASS

MF Aparecida Coutinho
COREN-PI 200517

() COLOSTOMIA

SONDA: () NASOG () NASOE

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:45 Admitido na SRPA em POE de 11h cirúrgico por
fratura em tubária (e). Submetido a neuroanestesia com
ente, colme, eufresia, respirando ar ambiente. monitor

11:20 seg estável e encaminhado ao R e ortopedia

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Clemente Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.011-100
 Teresina - PI

CRM-PI 50017

HORÁRIO

ANESTESIOLOGIA

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

POSTO: [] [] [] [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR []



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



24-3-1954

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	José Batista do Silve Jr (64 anos)	PRONTUÁRIO	473.151
DA CLÍNICA	Interno	LEITO	
À CLÍNICA	Cardiologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Risco elevado

DATA: 16/04/18

Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 3818 TEO: 13135

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Id = 67 a

ecg = normal

sem queixas cardiovasculares
ac = normal 2T, BAF 151

monitorização / normal

ecg = normal

Baixo risco de procedimento
orto plástica

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Cidade - Teresina - PI CEP: 64.002-470

Dr. Antonio Vitor da Jesus
Cardiologista
CRM: 2135 - PI

DATA: 17/04/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

See below for more info
DU: 24/03/54 : 640

Canada - osteopodia ECG 16/04/18
07 20:30h

Simone Lima Dias de
Matr. N. 047487
C. E. PUT
CONF. LOM Q ORIG.

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 2005010011856

CPF: 570.900.097-34

Profissão: MOTOREISTA

Endereço: R. JOÃO ZOSA 3559

CEP: _____

Telefone: 86 9472.9591 / 8807.7870

OUTORGADO: data 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 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 JOSE BATISTA DA SILVA FILHO

TERESINA 20 JUNHO 2018

Jose B da Silva Filho Local e Data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade /verdadeira)



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