

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL ESPERANÇA GARCIA

Rua 19 de Novembro, S/N – Centro  
64825-000/Nazaré do Piauí

CNPJ: 23.624.323/0001-51

CNES: 2367378

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 OUT 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

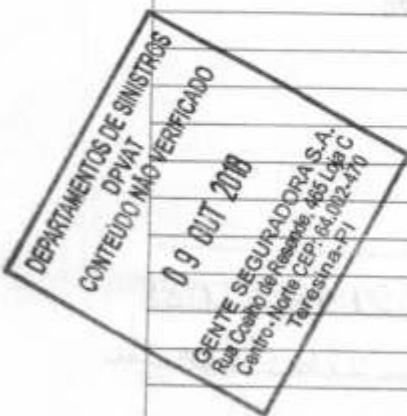
FICHA DE ATENDIMENTO:Cliente: Artur de Carvalho BarretoData de Nascimento: 23/04/94 Cartão do SUS 160-10594660-0081Mãe: Maria Madalena da Silva de Carvalho BarretoEndereço: SalinópolisSINAIS VITAIS:P.A: 110 x 70 mmhg

Glicemia Capilar: \_\_\_\_\_ mg/dl

Tax: 36,5 °CPeso: \_\_\_\_\_ Kg P: 510 bpmQUEIXAS PRINCIPAIS:Dor e sangramento na cabeça, vertigem, ansiedade, medo.EXAMES CLÍNICOS:Após colisão entre moto e carabl. Sendo o paciente cidadão o condutor da moto tem sangramento por corte no couro cabeludo, cefaléia e vertigem por choque supostamente. Dor generalizada escoriações, dor aguda em MSE por fratura com sangramento interno, dor no glabel.DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

- Risco para lesões por náuseas, cefaléia e apraxia.
- Risco para hipovolemia e hipotensão por hemorragias.
- Algumas ainda indeterminadas; Risco para infecções por danos tissulares; Risco para limitações de movimentos consequentes de dor e fraturas.

## PREScrição MÉDICA



**ANOTACÕES DE ENFERMAGEM**

19:20 Ralizado, contenção do sangramento na cabeça (compressão). Mobilização do MSE e quadril, limpeza dorsal e escoriações. Acesso venoso MSE. Paciente lucido e orientado. Removido para o Hospital Tiberio Nunes - Floriano 19:40. Assistência - Condutor Senhor Ezeberto Dantas. Técnica de Enfermagem da Deurizete.

Deurizete Oliveira F. Reis

Técnico de Enfermagem

COREN-PI: 718848-TE

Nazaré do Piauí / PI, 09/06/2018

Artur de Carvalho Bonfim

Assinatura do Paciente/Responsável

*Conceição Nery*

Dra. Conceição de M. Nery S. Vieira

Enfermeira

COREN-PI: 147.968

Assinatura/ Carimbo Médico

GABRIEL FERREIRA, S/N,  
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000  
CNPJ: 06.553.564/0103-62  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**  
Atendimento: P0555511  
Data: 09/06/2018  
Funcionário: REGINA  
**Senha 172**  
Registro: 172982  
Hora: 21:22:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO  
**SUS**

**ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

Nasc.: 23/04/1994 Idade: 24 ANOS, 2 MESES, 16 DIAS Profissão:  
End.: LUIZ MIRELES, 212 - Bairro: SAMBAIBA NOVA Cidade: FLORIANO/PI  
Cor: PARDA Telefone: ( ) - Mãe: MARIA MADALENA DA SILVA DE Pai: RAIMUNDO JOSE BARRETO

CPF: - RG: 3471164 sppi - SUS: 160110594660008  
Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000  
Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES  
Responsável: ARTUR DE CARVALHO BARRETO - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Clinica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsible: ARTUR DE CARVALHO BARRETO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

**Procedimentos**

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

**Queixa principal:** ACIDENTE DE MOTO

**Exame clínico/físico:**

- Rx encéfalo + Braço (C)
- Parecer do oftalmologista

**Diagnóstico provável:**

**Medicação:** 22h Cirurgia geng

Paciente vítima de acidente motociclístico (moto-carro) com lesão com sangramento ativo em ósso ilabido

**Procedimentos/exames realizados:** Realizado sutura sob

Anestesia local

Abdome macerado para ver a laringe  
coração, pulmão

Deserto braço e ferme (C) 22

Cir. à Ortopedia

O Traficou + AD  
O Diminuiu 2g + AD CV

Ass. Técnico

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES  
FLORIANO - PIAUÍ

COMO O ORIGINAL

DATA 25/06/18

ASSINATURA

Alexandro Soares  
Cirurgião Geral  
CRM-PI 3983 / CRM-RN 9090  
CRM-CE 13588

Dr. César Amaral Guimarães  
MÉDICO,  
CRM: 1423 - PI

Alexandro Soares  
Cirurgião Geral  
CRM-PI 3983 / CRM-RN 9090  
CRM-CE 13588

Maria da Conceição da Silva.

Responsável: ARTUR DE CARVALHO BARRETO

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

# 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: 09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARTUR DE CARVALHO BARRETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02992

CONTA: 000000019325-0

---

Nr. da Autenticação DD79B82853BC0AC7



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-87 / Insc. Estadual: 19.391.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imprensa autorizado pela SERRAZIN/PI

Para consultar com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

06840748-1

Nº da Nota Fiscal 018637857

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	PERÍODO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SET/2018	13/09/2018	112	75,74

MARIA MADALENA DA SILVA CARVALHO  
PV TIUBA 6 B-RURAL  
CPF: 00093166370315  
CEP: 64.500-000 - OUTRAS

ROT: 55.770.05.86.071700

DADOS DA LEITURA	V.W.H.	DATAS DA LEITURA
Atual:	9746	Atual: 05/09/2018
Anterior:	9628	Anterior: 03/08/2018
Constância de Multiplicador:		Próxima Leitura: 05/10/2018
Consumo Médio:	118	Entrega: 04/09/2018
Consumo Faturado:	118	Aproximação: 05/09/2018

NORMAL

33

Classe/Endereço	Ligação	Número Medidor	Pasta	Órfão Pct.	Média 12 meses
RESID. BK. RENDA	HONOR	A1111557		1.4.1.1	181

HISTÓRICO kWh/mês	DESCRIÇÃO DA CONTA	
AGO/13 186	CONSUNTO	30 A R\$ 0,286372 = 8,59
JUL/13 91		70 A R\$ 0,490937 = 34,36
JUN/13 94		18 A R\$ 0,736399 = 13,25
MAI/13 91	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSIP)	4,48
ABR/13 83	DIFERENÇA DE TARIFA	42,12
MAR/13 100	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	30,55
FEV/13 110	CORREÇÃO MONETÁRIA IGPM (2X)	0,89
JAN/13 120	MULTA POR ATRASO (2X)	2,13
DEZ/12 96	JUROS DE HORA DE DIA/NOITE / SER	0,47
NOV/12 111	ADICIONAL BANDEIRA VERNELHA - 3,36	

AVISOS IMPORTANTES RELATIVOS AO VENCIMENTO  
LIGUE OU SEU DISQUE-100 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 3 10 15 20 25  
Poderá falar. Até o dia 04/09/2018, não constituirão faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 1C35.ABFZ.9722.ASDA.59A8.AB99.63B3.6E5B

COMPRAÇÃO DA FÁNTA + R\$	IMPOSTOS/REFUTOS - R\$
26,36	98,32
38,69	22,00%
6,68	21,63
6,16	0,96
27,03	4,44

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| VALORES |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 6,83    | 12,06   | 24,12   | 3,61    | 7,23    | 14,45   | 3,54    |         |
| 0,00    | 0,00    | 0,00    | 0,00    | 0,00    | 0,00    | 0,00    |         |

OUTRAS

07/2018

13,21

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu ERIONAR ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 630.353.673 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ARTHUR DE CARVALHO BARRETO inscrito (a) no CPF sob o N° 064.152.993 / 79, do sinistro de DPVAT cobertura INVOLUDEZ da Vítima ARTHUR DE CARVALHO BARRETO, inscrito (a) no CPF sob o N° 064.152.993 / 79, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO apresento os documentos comprobatórios:

09-CUT-2010

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-420  
Teresina-PI

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, fronteira 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>Av Petrópolis portaria</u>	Número	Complemento
Bairro	<u>Campo Vento</u>	759	<u>lote</u>
Email		Estado	CEP
		Piauí	64808 410
		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		89 99416 3848	

Flo-PI, 01 de Outubro de 2018  
Local e Data

Erionar Alves dos Santos  
Assinatura do Declarante

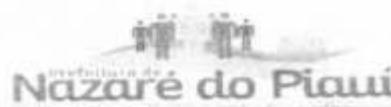
# Hospital Municipal Esperança Garcia

CNPJ: 23.624.323/0001-51

CNES: 2367378

Rua 19 de Novembro, S/N

64.825-000



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### HOSPITAL MUNICIPAL ESPERANÇA GARCIA

Rua 19 de Novembro, S/N – Centro  
64825-000/Nazaré do Piauí

CNPJ: 23.624.323/0001-51

CNES: 2367378

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 OUT 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

### FICHA DE ATENDIMENTO:

Cliente: Arthur de Carvalho Barreto

Data de Nascimento: 23/04/94 Cartão do SUS 160-1059 4660-0081

Mãe: Maria Madalena da Silva de Carvalho Barreto

Endereço: Salinópolis

### SINAIS VITAIS:

P.A: 110 x 70 mmhg

Tax: 36,5 °C

Glicemia Capilar: \_\_\_\_\_ mg/dl

Peso: \_\_\_\_\_ Kg P: 550 bpm

### QUEIXAS PRINCIPAIS:

Dor e sangramento na cabeça, vertigem, ansiedade, medo.

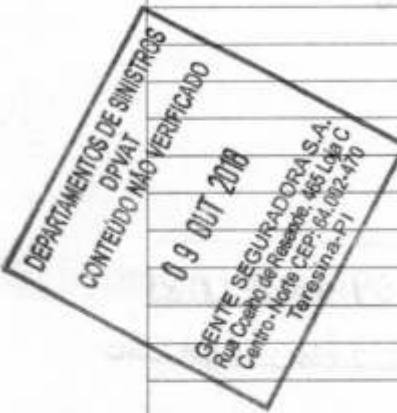
### EXAMES CLÍNICOS:

Após colisão entre moto e cavalo. Sendo o paciente cidadão condutor da moto. Tem sangramento por corte no couro cabeludo, edema e vertigem por choque supostamente. Dor generalizada da escápula, dor aguda em MSE por fratura com sangramento intenso, dor no gládul.

### DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

Risco para vómitos por náuseas, edema e aprumo. Risco para hipovolemia e hipotensão por hemorragias, algumas ainda indeterminadas; Risco para infecções por danos tissulares; Risco para limitações de movimentos consequentes de dor e fraturas.

PREScrição MÉDICA



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  
19:20 Realizada contenção do sangramento na cabeça  
(pressão). Mobilizações do MSE e quadril, limpeza  
de cravos e escoriações. Fazendo venistro MSE.  
Paciente lavado e orientado. Removido para  
o Hospital Tiberio Nunes - Floriano 19:40  
Assistência: Condutor Senhor Edulberto Dantas.  
Técnica de Enfermagem: Deurizete

Deurizete Oliveira E. Reis  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PI: 718848-TE

Nazaré do Piauí / PI, 09 / 06 / 2018

Arthur de Carvalho Barreto

Assinatura do Paciente/Responsável

Conceição Nery.

Dra. Conceição de M. Nery S. Vieira  
Enfermeira  
COREN-PI: 147.968

Assinatura/ Carimbo Médico

GABRIEL FERREIRA, S/N,  
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000  
CNPJ: 06.553.564/0103-62  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**  
Atendimento: P0555511  
Data: 09/06/2018  
Funcionário: REGINA  
**Senha 172**  
Registro: 172982  
Hora: 21:22:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO  
**SUS**

**ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

Nasc.: 23/04/1994 Idade: 24 ANOS, 2 MESES, 16 DIAS Profissão:  
End.: LUIZ MIRELES, 212 - Bairro: SAMBAIBA NOVA Cidade: FLORIANO/PI CEP: 64800-000  
Cor: PARDA Telefone: ( ) - Mãe: MARIA MADALENA DA SILVA DE

CPF: - RG: 3471164 sppi - SUS: 160110594660008  
Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000  
Pai: RAIMUNDO JOSE BARRETO

Clinica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES  
Responsável: ARTUR DE CARVALHO BARRETO O MESMO

Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

09/06/2018 21:22

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Vermelho - Emergência

Laranja - Muito Urgente

Amarelo - Urgente

Verde - Pouco Urgente

Azul - Não Urgente

**Queixa principal:** ACIDENTE DE MOTO

**Procedimentos**

**Exame clínico/físico:**

- Rx cervical + Braço (c)
- Parecer do ortopedista

**Diagnóstico provável:**

**Medicação:** 226 Circunferência geral

Paciente vítima de acidente motociclistico (moto-carro) com lesões com sangramento ativo na área cervical.

**Procedimentos/exames realizados:** Realizado exame 106

Ass. Técnico



Cavectomia local

Abdome macio para não afixar

conservado, orientado

Esquerda braço direito e ferido. 227

Clínica Ortopédica

07 Coloproctologista CV  
06 Dermatologista CV

Alexandro Soares  
Cirurgião Geral  
CRM-PI 3983 / CRM-RN 9090  
CRM-CE 13588

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES  
FLORIANO - PIAUÍ  
CONFIRME COM O ORIGINAL  
DATA 25/04/2018  
ASSINATURA

Dr. César Amaral Guimarães  
MÉDICO  
CRM: 1423 - PI

Maria da Conceição da Silva

Responsável: ARTUR DE CARVALHO BARRETO

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO-PI**

Conselho 3

NOME <i>Dr. Júlio de Oliveira Soárez</i>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
DATA <u>05/10/2018</u>			HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETÉIA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>6</u>	<u>19</u>		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>6</u>	<u>18</u>	<u>24</u>	
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>1:35</u>	<u>12</u>	<u>18</u>	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>1:35</u>	<u>14</u>		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/A)	<u>6</u>	<u>56</u>		
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	<u>6</u>	<u>56</u>		
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)	<u>6</u>	<u>56</u>		
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSV + GCGG				

*Dr. Felipe Nunes de Almeida  
Ortopedista, Traumatologista  
CRM-PI: 4015 / RÉT: 14175*

*Até 00:05h, paciente admittido no I.C.P.A em P.O.I de luxação do Quadril com varise P.A 107x62m.Hc p. 45mm. SPO2 98%. negus nob*



**SUS** Sistema Único de Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNACÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		2 - CNES 2365146	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		4 - CNES 2365146	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE ARTUR DE CARVALHO BARRETO		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 172982	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 160110594660008		8 - DATA DE NASCIMENTO 23/04/1994	
10 - NOME DA MÃE MARIA MADALENA DA SILVA DE CARVALHO		9 - SEXO Masc. X 1 Fem. 2	
12 - ENDEREÇO LUIZ MEIRELES, 212 - SAMBAIBA NOVA		11 - TELEFONE DE CONTATO (89) 9444-0446	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FLORIANÓPOLIS		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 2203909	
		15 - UF PI 16 - CEP 64800000	
JUSTIFICATIVA DA			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<p><i>Tosse seca e constante</i></p> <p><i>Doença de 1 mês e 10 dias</i></p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO			
<p><i>Internar para</i></p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<p><i>Exames normais</i></p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
<p><i>Respiratória aguda</i></p>			
21 - CID PRINCIPAL		22 - CID SECUNDARIO	
23 - CAUSAS ASSOC.			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
<p><i>Tratamento hospitalar</i></p>			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
ORTOPEDIA		URGÊNCIA	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
FELIPE NUNES DE ALMEIDA		09/06/2018	
28 - DOCUMENTO			
( ) CNS		( x ) CPF	
00796720355		32 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
<i>Dr. Felipe Nunes de Almeida</i>		<i>CARIMBO (Nº DO CRM)</i>	
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO	
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE EMPRESA	
41 - CBOR			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES			
FLORIANÓPOLIS - PR			
CONFERE COM O ORIGINAL			
DATA <u>25/07/2018</u>			
37 - N° DO BILHETE			
38 - SÉRIE			
40 - CNAE EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO		( ) EMPREGADOR	
( ) AUTÔNOMO		( ) APOSENTADO	
( ) NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE		M220390901	
45 - CODUMENTO		46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
( ) CNS		078.977.823-87	
47 - DATA DA		48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

# BOLETIM DE ADMISSÃO

Atendimento	I061953
Data:	09/06/2018
Hora:	23:13

**172982 - ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 23/04/1994 - 24 ANOS, 2 MESES, 16 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA	Enfermaria: E01- EXTRAS	Leito: EX33	Convênio: SUS
--------------------	-------------------------	-------------	---------------

Escolaridade:	Médico: 4315 - FELIPE NUNES DE ALMEIDA
---------------	--

CPF:	RG: 3471164 sppi	C/N:	SIS Prenatal:
------	------------------	------	---------------

Endereço: LUIZ MEIRELES, N° 212 - CEP: 64800000	Bairro: SAMBAIBA NOVA
---	-----------------------

Cidade: 2203909- FLORIANÓPOLIS	Profissão:	Telefone: ( ) -
--------------------------------	------------	-----------------

Pai: RAIMUNDO JOSE BARRETO	Mãe: MARIA MADALENA DA SILVA DE CARVALHO
----------------------------	--

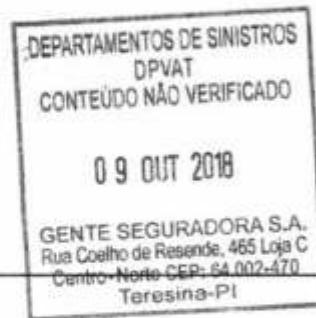
Responsavel: ARTUR DE CARVALHO BARRETO - ( ) - O MESMO
--

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO
---

Diagnóstico Definitivo:
-------------------------

Diária de Acompanhante:

Sim       Não



Resultado	Adm.:	Alta:
Curado	/ /	/ / /
Melhorado		<input type="checkbox"/> -48 Horas
Inalterado		<input type="checkbox"/> +48 Horas
Piorado		<input type="checkbox"/> Obito
Transferido		

## História Clínica

### Diagnóstico Provável

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓPOLIS - PIAUÍ  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA 25/09/2018  
ASSIN.

Dr. Felipe Nunes de Almeida  
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PI: 4315 / TEOF: 14175

FELIPE NUNES DE ALMEIDA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"  
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

Reg. Samu

Sala: 02

Nome do Paciente: Gátor de Carvalho Bonito

Cirurgia: Abordagem de Quadil

Cirurgião: Dr. Felipe

Auxiliar:

Circulante: Sandra + Fabiana + Gleoninha

Instrumentador:

Data: 09 / 06 / 2018

Início: 23:35

Término: 00:00

Duração:

## MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	P.UNIT.	SUB. TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g				
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTEL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO				
38	SORO GLICOSADO		500 ml		
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				
43	XILOCAINA 0,5% <i>DEOCAINA RESADA 0,5%</i>			0,5 amp.	
44	XILOCAINA 0,75%				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
CONFECÇÃO: 04/06/2018  
DATA: 27/06/2018  
ASSINATURA: [Assinatura]

# Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"  
Floriano - Piauí

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 OUT 2018

## Folha de Anestesia

Nome:

*Antônio de Carvalho Barreto*

Registro:

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

Enf.:

Leito:

Apto.:

Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
19/06/18	110x75	85				
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatria	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Uréia

Exame de Urina

Função Respiratória

Sistema Circulatório	<i>Est. flutuante</i>	Eletrocardiograma
Sistema Respiratório		Assina Bronquite

Sistema Digestivo

Sistema Urinário	Corticóides	Ataráxicos	Outros
Estado Mental			Risco

Diagnóstico Pré-Operatório

<i>Lesão de quadril</i>	Aplicado As:	Efeitos:
Pré-Medicação (Agentes e Doses)		

Agentes Anestésicos	Oxigênio		TOTAL DE DOSES
	1		
	2		
	3		
OUIDO	Soluto 500		
	400		
	Sangue 300		
	200		
	Outros 100		

Temperatura T°	C	260	1
		240	2
		220	3
	38	180	4
		160	5
	36	150	6
		140	7
	34	120	8
		100	9
		80	10
		60	11
		40	12
	32	20	13
		10	14
			15

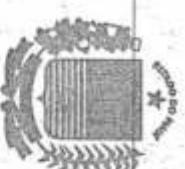
P. Arterial V A	38	180	1
Pulso			2
Inicio e Fim Anestesia X	36	150	3
		140	4
	34	120	5
		100	6
		80	7
		60	8
		40	9
	32	20	10
		10	11

Início e Fim Operação	30	20	12
			13
			14
			15

Respiração O	30	20	12
			13
			14
			15

SÍMBOLO			DURAÇÃO
Técnica: Rager			Incidentes - Acidentes

*Daniel CRM 5068*



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURODORA S.A.  
Praça Coelho de Resende 1650 Loja C  
Centro-Norte CEP: 62002-470  
Teresina-PI

## Hospital Regional Tibério Nunes

### DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA CHECKLIST DE OPERATÓRIO

Nome do Cliente: Antônio da Cunha Barreto

Data de nascimento: 23/1041/1924

Prontuário: 1702982

Enf/Leto: S PM Data do Procedimento: 09/10/18

Procedimento Cirúrgico: Ressecção de queijo

T: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ lpm PA: 120 X 80 mmHg

Pulseira de Identificação: () Sim () Não

Horário SSW: \_\_\_\_\_

Glicemia Capilar: 143 mg/dl Acesso Venoso: () Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) \_\_\_\_\_

SNG () SNE () Drenos (especificar): Não

Jejun () Sim () Não A partir das: \_\_\_\_\_

Avaliação Pré-Anestésica: () Sim () Não Avaliação Cardiológica: () Sim () Não Utiliza Anticoagulante: () Sim () Não Último horário: \_\_\_\_\_

Sítio Cirúrgico Demarcado: () Sim () Não Adomos Retirados: () Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: () Sim - Retirada () Não

Higienizado: () Sim () Não Tricotomia: () Sim () Não Camisola, gorro e pro-pés: () Sim () Não

Alergias: () sim Qual: (X) Não Exames essenciais disponíveis: () Sim () Não

Antimicrobiano Profilático: () Sim () Horário: mais Hora do Encaminhamento ao CC:

Prontuário completo com ficha de intemação () Sim () Não

OBSERVAÇÕES: Assinatura e carimbo:

Assinatura e carimbo: Antônio da Cunha Barreto

ENFERMEIRO: Antônio da Cunha Barreto

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Hessian 65

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO-PI**

FLORIANO-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 OUT 2018

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

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO-PI**

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	17	31	ORTOPEDIA
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES	
NOME						
PREScriÇÃO MÉDICA						
DATA						
01. DIETÁ LIVRE						
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 400MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	(14)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						
11. CURATIVO						
12. SSW + GCGG						

Até o momento não  
decreta a sua  
morte

1607 12135

**GRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO-PI**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 OUT 2010

SENTE SEGURADORA S.A.  
Av. Coelho de Resende, 4000 - Bloco C  
Centro-Norte CEP: 64000-470  
Teresina-PI

NOME DATA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA	
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
01. DIETÁ LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	9806/10/06	06/06/10/06	06/06/10/06		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	9806/10/06	06/06/10/06	06/06/10/06		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	9806/10/06	06/06/10/06	06/06/10/06		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 04 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
11. CURATIVO					
12. SSV + GCGG					
<i>admitir paciente com quadro de dor, icterus e/ou selseos</i>					

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**

Hospital Regional "Tibério Nunes"  
Floriano - Piauí

N. 680  
17131

**SERVICÔ DE RADIOLÓGIA**

Nome do Paciente: *Ariston C. Brant*

Clinica:

Convênio: Particular  SUS  Outros Convênios

Enfermaria: Apt.º \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Exames Solicitados:

*Exames solicitados*  
*Dr. Benedito Júnior Dacena*  
*CRM*

Assinatura do Médico Solicitante

Obs.: Exames pago pelo SUS, sendo proibida a cobrança de qualquer taxa.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2010

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



**US** Sistema Único de Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		2 - CNES 2365146	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES		4 - CNES 2365146	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE ARTUR DE CARVALHO BARRETO		6 - N° DO PRONTUÁRIO 172982	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 160110594660008		8 - DATA DE NASCIMENTO 23/04/1994	
10 - NOME DA MÃE MARIA MADALENA DA SILVA DE CARVALHO		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2	
12 - ENDEREÇO LUIZ MEIRELES, 212 - SAMBAIBA NOVA		11 - TELEFONE DE CONTATO (89) 9444-0446	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FLORIANÓPOLIS		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 2203909	
		15 - UF PI	
		16 - CEP 64800000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<p>Pac. é entubado em anidrônio - suspeita febre de 38,6°C</p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO			
<p>Respiração Acesso de ar</p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<p>Exame de sangue</p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID PRINCIPAL	22 - CID SECUNDARIO
<p>Rotura de Pâncreas</p>			
			23 - CAUSAS ASSOC.
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
<p>Ressecção de Pâncreas</p>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
CIRURGIA GERAL		URGÊNCIA	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO		14/06/2018	
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)			
<p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - N° DO BILHETE	
34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO		38 - SÉRIE	
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO			
39 - CNPJ EMPRESA			
<p>HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES FLORIANÓPOLIS - SC CONFIRMO ORIGINAL DATA: 25/06/2018 ASSINATURA:</p>			
40 - CNAE EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO		( ) EMPREGADOR	
( ) AUTÔNOMO		( ) DESM. EMPREGADO	
( ) APOSENTADO		( ) NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR OSMUNDO DE MORAES ANDRADE		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR M220390901	
45 - CODUMENTO ( ) CNS (x) CPF 078.977.823-87		46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



## BOLETIM CIRURGICO

1062144 - ARTUR DE CARVALHO BARRETO

Data: 14/06/2018

Diag. Cirúrgico:

Fáscia do Oco Abdómen

Cirurgia:

Osteotomia

Descrição da Cirurgia:

D. Anatomia + fisiologia  
D. Descrição da pele  
D. Fase de corte da pele  
+ Abertura da pele  
D. Ressecção fibrosa  
D. Remoção de tecido  
D. Língua de ferro  
D. Rins e fixar  
+ Sutura

Cirurgião:

Dr. conygar

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

Auxiliar:

Dr. Freire L

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

2º Auxiliar:

Lúcia

Anestesista:

DR. KELVIN

Anestesia:

- RAQUI  
 CAUDAL

- GERAL  
 TRONCULAR

OUTRAS:

REGISTRAL VIBERIO MUNES  
FLORIANO - PIAUÍ  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA 25/09/2018  
ASSIN.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"  
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

Nome do Paciente: Artur de Cervelho Barreto

Reg. Same

Cirurgia: Ostiorrhinoplasty Antebraço

Sala: 03

Cirurgião: Dr. Coimbra

Auxiliar: Dr. Francisco

Instrumentador: Lindoval

Circulante: Rayka e Amoroso

Data: 14/06/18

Inicio: 16:06

Término:

Duração:

### MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	P.UNIT.	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA 1:1000ml		1 ampola		
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA 1mg/ml	370	1 amp		
04	ÁGUA DESTILADA	10 ml	1 frasco		
05	AMPICILINA 1g		1 amp		
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CHLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	ELIPOL				
11	HALOTINA 1g		2 frascos		
12	RAFENICOL				
13	CACDRO				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID		1 amp		
16	DOLANTINA				
17	EFORTEL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL				
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO	500ml	5 frascos		
37	SORO FISIOLÓGICO				
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K		1 amp		
43	XII OCINA 0,5%				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓPOLIS - PI

CONFIRA COMO ORIGINAL  
DATA 25/10/2018  
ASSIN.



**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES** LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA –  
 CHECK LIST PRE-OPERATORIO

Nome do Cliente: Arthur de Louvilo Bento

Prontuário: 172982

Enf/ Leito: 17131 Data do Procedimento: 14 / 06 / 18

Procedimento Cirúrgico: Fx. Antíbior C

Pulseira de Identificação: () Sim () Não Horário SSW: 14:30 T: 36,3 FC: 95 bpm FR: 48 lpm PA: 130x90 mmHg

Glicemia Capilar: \_\_\_\_\_ mg/dl Acesso Venoso: () Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) M5D, n.º 20 / 14/06/18

SNG () SNE () Drenos (especificar): \_\_\_\_\_ Jejum () Sim () Não A partir das: 24h

Avaliação Pré-Anestésica: () Sim () Não Avaliação Cardiológica: () Sim () Não Utiliza Anticoagulante: () Sim () Não Último horário:

Sítio Cirúrgico Demarcado: () Sim () Não Adornos Retirados: () Sim () Não Utiliza Prótese-Dentária: () Sim –Retirada () Não

Banho antiséptico: () Sim () Não Tricotomia: () Sim () Não Camisola, gorro e pro-pés: () Sim () Não

Alergias: () Sim Qual: \_\_\_\_\_ () Não Exames essenciais disponíveis: () Sim () Não

Antimicrobiano Profilático: () Sim () Horário: Cefotâne 6h Hora do Encaminhamento ao CC:

Prontuário completo com ficha de internação: () Sim () Não

**OBSERVAÇÕES:**

*Kellyene de Carvalho Rocha*  
 Enfermeira /R/le/  
 COREN-PI: 547.094

Assinatura e carimbo:

ENFERMEIRO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

TÉCNICO EM ENFERMAGEM



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA/ANESTESIA

Declaro para fins legais que eu, Arthur de Lacerda Bonotto ou meu responsável \_\_\_\_\_ autorizo a realização do procedimento anestésico/sedação a fim de possibilitar a cirurgia/tratamento de \_\_\_\_\_.

Declaro também que:

- 1) Mantive o jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;
- 2) Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;
- 3) Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;
- 4) Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento de administração de medicamentos que se façam necessários;
- 5) Prestei ao Médico Cirurgião ou Anestesista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.
- 6) Li e concordo com todos os termos acima;



Floriano (PI), \_\_\_\_\_ de julho de 2018.

Arthur de Lacerda Bonotto  
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura Testemunha

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

# Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"  
Floriano - Piauí

## Folha de Anestesia

Nome: Acelino Carvalho Bennett

Registro:

Enf.:

Leito:

Apto.:

Data	P. Arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
14/10/2018	145/730	110	14			

Exame de Sangue Gr. Sanguíneo Hematinária Hemoglobina Hematócrito Glicemia Dos. Uréia

Exame de Urina

Função Respiratória

Eufnéresia.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENDO NÃO VERIFICADO

Sistema Circulatório

Ritmocardiograma.

Eletrocardiograma

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Andrade, 465  
Centro-Nordeste CEP: 64002-470  
Teresina-PI

Sistema Respiratório

Assina

Sistema Digestivo

Sistema Urinário

Estado Mental

Corticóides

Ataráxicos

Outros

Diagnóstico Pré-Operatório

Fratura antebraço

Risco

Pré-Medicação (Agentes e Doses)

16.60 17.20

Aplicado As:

Efeitos:

Agentes Anestésicos	Oxigênio	TOTAL DE DOSES		
		1	2	3
		500	400	300
QUIDO	Soluto 500 Sangue 300 Outros 100			
Temperatura T°	260 240 220 180 160 150 140 120 100 80 60	99%	99%	99%
P. Arterial V A	38 36 34 32 30	220 180 160 150 140 120 100 80 60	Y Y Y Y Y	
Pulso				
Inicio e Fim Anestesia X				
Inicio e Fim Operação				
Respiração O				

SÍMBOLO

DURAÇÃO

Técnica: Bloqueio flexor braquial +

Sedac. Venoso + 02 100% - 6L5

Dra. Nilson Ribeiro  
Médica Anestesiologista - Clínica Odontológica - Acidentes  
CRM - PI 1684/CRA - MA - 14

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL T. J. NUNES  
FLORIANO-PI

13/15

NOME PREScrição MÉDICA DATA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA		
				RELATÓRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
Dr. Flávio de Oliveira 14/06/15						
01. DIETA LIVRE	2020	Livre				
02. JELCO HIDROLISADO						
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
06. TRAMAL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)						
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA						
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)						
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg P. Filho						
11. CURATIVO						
12. SSVW + GCGG						
13/06/15						
15/06/15						

**Secretaria de Saúde do Estado do Piauí**

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

**Receituário**

Pl Atau de Camacho Barreto

VW aux

1) Afebre 500g 28days

Tamox 01 comprimido de 6164 por 07 dias

2) Afebre 200g Ol cansa

Tamox 01 comprimido 5x60g por 05 dias

3) Líquido esp. Ol cansa

Tamox 01 comprimido de 8184 se 00K

- CURATIVO ANENO -

- Cansuma com 15 dias no imburacado  
não ouvo perda

Floriano, 25/06/18

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 OUT 2018

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

# Hospital Regional Tibério Nunes

## ACOLHIMENTO DO PRONTO SOCORRO

### IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE

MUNICÍPIO DE ORIGEM

Ortília de Carvalho

SEXO

IDADE

U.F.

### HISTÓRICO - QUEIXA PRINCIPAL/HISTÓRIA/ATUAL DA DOENÇA

Pariu vítima de acidente de moto.  
Desenvolveu dor em epigástrico, náuseas e calef

### MEDICAÇÃO ATUAL

### ALERGIAS

### SINAIS E SINTOMAS

PA =

mmHg;

T =

°C;

Glicemia capilar =

mg/dL

### DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 468 Lote C

CEP 6400-470

Teresina-PI

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Prioridade zero - emergência - casos graves; necessita de atendimento imediato



Prioridade 1 - urgência - pacientes que necessitam de atendimento mais rápido, mas não correm risco de vida.



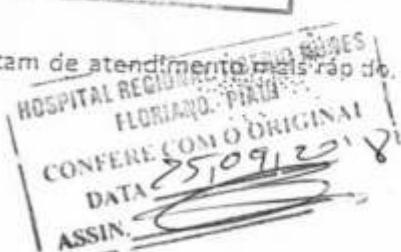
Prioridade 2 - prioridade não urgente



Prioridade 3 - consulta de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada; casos para atendimento na rede básica de saúde.

### CONDUTA L ENFERMAGEM

ao plantão



DATA

09.10.18

TIJÓRARIO:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

CNPJ 06.553.564/0001-00



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

064.152.993-79

Nome

ARTUR DE CARVALHO BARRETO

Nascimento  
23/04/1994

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
226A.E7C4.E931.090F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

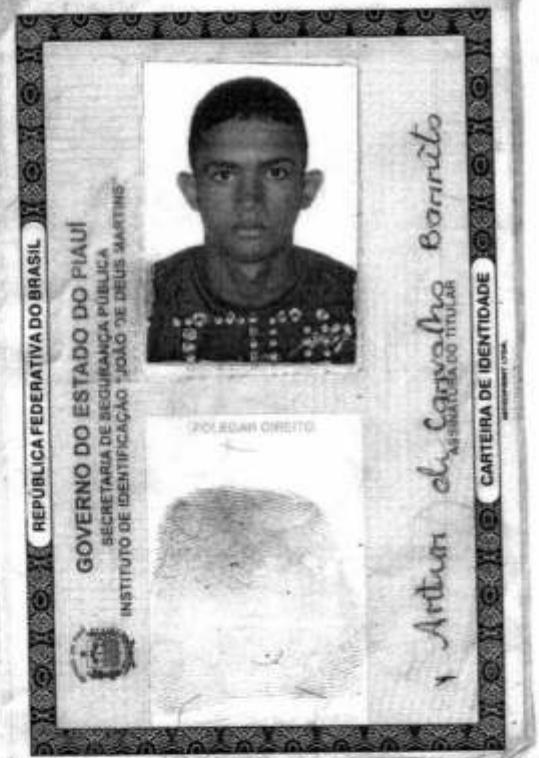
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
 às 09:53:44 do dia 07/02/2012 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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



DENTRAN

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADÃOS**

 DETRAN - PI 8020170225227 N° 013226784659  
 CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO DE VENCIMENTO DE VEÍCULO

VIA: 332342875 DATA: 2018 PRAZO: 2018

**ARTUR DE CARVALHO BARRETO**  
 Rua Corinto de Resende, 465 Loja C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI

 Rua Corinto de Resende, 465 Loja C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI

06415299379

004-5895

PLACA / CHV / LIP

9C2KD0550BR027663

PAS/MOTOCICLO/NEINUMA

ALCO/GASOL

CONSUMPTIVEL

GASES

PLACA

 VIA: 1  
 PLACA: 06415299379  
 DATA EMISSÃO: 2018  
 DATA DE EMISSÃO: 23/5/2018

CHV / CHV

PLACA

MARCA / MODELO

ANO FABR.

ANO MODELO

2011

2011

MARCA / MODELO

ANO FABR.

ANO MODELO

332342875

09

HONDA/NXR150 BRO8 E8

09

9C2KD0550BR027663

CAP / PTO / CIL

CATEGORIA

002P/149CC

PARTIC

DATA UNICA

VEND. GOTA ÚNICA

PRETA

VEND. / GOTA

MARCA / MODELO

ANO FABR.

CAT. TAMB.

2011

09

HONDA/NXR150 BRO8 E8

09

9C2KD0550BR027663

IVA / IPVA / IR

PAGAMENTO / COTAS

1º

IPVA

VEND. / GOTA

PAGAMENTO / COTAS

2º

PAGO

DATA DE PAGAMENTO

23/5/2018

PRELIMINAR (R\$)

IGP (R\$)

31,28

PAGAMENTO

PRELIMINAR (R\$)

9,03

PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO

22/05/2018

PRELIMINAR (R\$)

IGP (R\$)

4,15

PAGO

PRELIMINAR (R\$)

0,70

PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO

185,50

DATA DE PAGAMENTO

22/05/2018

 SEM RESTRIÇÕES DE PORTE OBRIGATÓRIO  
 PARA TRANSFERÊNCIA

 SEURO PAGO OBRIGATÓRIO  
 SEURO PAGO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

DATA

DEIRAS

 LO  
 SEGURO OBRIGATÓRIO DO PRODUTO  
 MINISTÉRIO DAS CIDADÃOS  
 DEIRAS

23/5/2018

CHV CR-248-SP000001-04

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
 09 OUT 2018  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Corinto de Resende, 465 Loja C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI

**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: **3180475416**

Nome do(a) Examinado(a): **ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV TIUBA, SN - RURAL - Oeiras - PI - CEP 64500-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **3.471.164**

Data e local do acidente: [ **09/06/2018** ] **Via pública**

Data e local do exame: [ **01/11/2018** ] **Florianópolis** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura de Antebraço Esquerdo + Luxação de Quadril Esquerdo + Ferimento em Couro Cabeludo.*

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

*Paciente com fratura de antebraço esquerdo + luxação de quadril esquerdo + ferimento em couro cabeludo, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica no antebraço esquerdo, dor e edema no antebraço esquerdo após esforço físico, deformidade local, limitação dos movimentos do punho esquerdo; sem queixas ou alterações no quadril; presença de cicatriz de ferimento em couro cabeludo e sem queixas.*

**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.

*Paciente com fratura de antebraço esquerdo + luxação de quadril esquerdo + ferimento em couro cabeludo; realizado tratamento cirúrgico de antebraço esquerdo; realizado tratamento conservador em quadril e couro cabeludo; evolui com dor e edema no antebraço esquerdo após esforço físico, deformidade local, limitação dos movimentos do punho esquerdo; sem queixas ou alterações no quadril e em couro cabeludo. Alta médica em 15 de junho de 2018;*

**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:

*Deformidade com DANO de 75% em punho 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):

**Punho Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

**DAM da articulação do punho esquerdo - Flexão - 0 a 20º. Extensão - 0 a 15º. Adução - 0 a 10º. Abdução - 0 a 5º.**



Abdias Viana dos Santos Junior - CRM: 2031 - PI

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL ESPERANÇA GARCIADECLARAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

Declaro para os devidos fins que o senhor ARTUR DE CARVALHO BARRETO, filho de Maria Madalena da Silva de Carvalho e Raimundo José Barreto, nascido em 23 de Abril de 1994, portador do RG.: 3.471.164/ SSP-PI e CPF: 064.152.993-79, residente e domiciliado no Povoado Tiúba Zona Rural do município de Oeiras-PI, foi socorrido na BR-230 próximo ao município de Nazaré do Piauí, no dia 09 de Junho de 2018 às 19:40 h vítima de acidente motociclistico, apresentando sangramento intenso, corte em couro cabeludo, cefaléia, vertigem, escoriações generalizadas, suspeita de fratura em MSE (Membro Superior Esquerdo) queixando-se de dor intensa no local lesionado e em quadril, com dificuldade de movimentação do membro atingido, foram prestados cuidados de enfermagem dos quais citam-se: Aferição da P.A, acesso venoso, curativo local e imobilização do membro lesionado, em seguida foi feita a transferência do mesmo para o Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano-PI para cuidados especializados.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que se produza os efeitos legais da mesma.

Nazaré do Piauí (PI), 26 de Setembro de 2018.

Quesia de Oliveira Miranda e Brito.

Quesia de Oliveira Miranda e Brito

Secretaria Administrativa e Financeira-HMEG

Portaria Nº005/2017

Quesia de Oliveira Miranda e Brito  
Secretaria Administrativa e Financeira  
Hospital Municipal Esperança Garcia  
Portaria 005/2017

## Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.



R. Magalhães Filho, N° 175  
Bairro: Centro  
Teresina - PI  
CEP: 64000-128  
FONE: (86) 3221-0318

## DANFE

Documento auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada  
1 - Saída 1  
Nº 000.025.406  
SÉRIE : 1  
FOLHA: 1 de 1



## CHAVE DE ACESSO

2218 0711 6641 1800 0130 5500 1000 0254 0610 0000 0016

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

## NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL:  
194729990

INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.

## PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

322180013396625 - 2018-07-12T16:08:47-03

CNPJ:  
11.664.118/0001-30

## DESTINATÁRIO/REMETENTE

## NOME/RAZÃO SOCIAL:

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES - FLORIANO

## ENDERECO:

RUA: GABRIEL FERREIRA, S/N

## MUNICÍPIO:

Floriano

BAIRRO/DISTRITO:  
MANQUINHAFONDE/FAX:  
(89) 3522-1323

UF:

PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

CNPJ/CPP

06.553.564/0103-62

DATA DA EMISSÃO

12/07/2018

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

12/07/2018

HORA DE SAÍDA

16:09:40

## ATIVA/DUPLICATA

TIPO	Data Venc.	Valor
001	11/08/2018	367,62

## CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
0,00	0,00	0,00	0,00	367,62		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESÓRIAS	VALOR DO IPI	VAL. APROX. TRIB.	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	367,62

## TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL:	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NÓSSO CARRO	0 - Rem.				
ENDERECO:		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R: MAGALHÃES FILHO, 175		TERESINA		PI	ISENTO
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO		PESO BRUTO (Kg)
					PESO LÍQUIDO (Kg)

## DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SII	CST	CFOP	UN.	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL ICMS	VAL.IPI	% ICMS	% IPI	V.A.P.Trib.
020456	6701000999 - PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3.5 MN11 INC143 PARAFUSOS	90211020	040	5102	UN	3,0000	133,0000	367,62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

## DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
(PAET: ARTUR DE CARVALHO BARRETO) (CONV: SUS) (DR: FRANCISCO JUNIOR CASTILHO BRANC) (DAT  
14-08-2018) (HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES)

RESERVADO AO FISCO

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Artur de Carvalho Barreto, brasileiro (a) estado civil: SOLTEIRO, profissão: PEDREIRO, carteira de Identidade nº 3.495.164, órgão expedidor SSP - PI, C.P.F.nº 064.152.993-79, residente e domiciliado Localidade TIUBA, nº 511, bairro Zona Rural, Cidade Deicas, no Estado de Piauí, pelo presente instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito, nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador:

**OUTORGADO:** **ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**, Brasileiro, casado, vigilante, Carteira de Identidade nº 1.753.725 SSP/P, CPF 630353673-53, residente e domiciliado na Av; Senador Petrônio Portela Nº 759, Campo velho, Floriano – PI, CEP: 64808-410.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do **Consórcio Seguro DPVAT**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o Sr.º (a) Artur de Carvalho Barreto.

Ocorrido em 09/06/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

O Intuito desta Procuração é dar Foderes ao Outorgado para representar-me e cadastrar o processo Junto as Seguradoras do Consórcio Dpvat e Seguradora Lider.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do Outorgante.

Floriano/PI, 01 de Junho de 2018.

X Artur de Carvalho Barreto

(OUTORGANTE)



CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,  
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES  
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Marques, 100  
Floriano/PI - CEP: 64800-000  
Fone/Fax: (89) 3222-1000  
e-mail: cartorioleal2@hot.com.br

**RECONHECIMENTO**  
Reconheço a(s) firma(s) de Artur de Carvalho Barreto  
Como  Verdadeira  Autêntica  Semelhança  
Dou fé. Floriano/PI, 09/06/2018  
Gillete Ferreira da Silva Almeida - Testem.  
Gilvane Ferreira da Silva - Test. Sub.  
Juolie Nunes Gomes Cavalcante -

REC 50092

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370580/18

**Vítima:** ARTUR DE CARVALHO BARRETO

**CPF:** 064.152.993-79

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/06/2018

**Titular do CPF:** ARTUR DE CARVALHO BARRETO

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ERIOMAR ALVES DOS SANTOS : 630.353.673-53

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

### ARTUR DE CARVALHO BARRETO : 064.152.993-79

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](http://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: 09/10/2018  
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS  
CPF: 630.353.673-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Danielle Nobre de Sousa

---

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

Nº Sinistro: **3180475416**

Vitima: **ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

Data do Acidente: **09/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180475416**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

**Sinistro:** **3180475416**

**Vítima:** **ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

**Data do Acidente:** **09/06/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180475416** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180475416      **Cidade:** Nazaré do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARTUR DE CARVALHO BARRETO      **Data do acidente:** 09/06/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de Antebraço Esquerdo, Luxação de Quadril Esquerdo, Ferimento em Couro Cabeludo.

**Descrição do exame médico pericial:** Paciente com fratura de antebraço esquerdo, luxação de quadril esquerdo, ferimento em couro cabeludo, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica no antebraço esquerdo, dor e edema no antebraço esquerdo após esforço físico, deformidade local, limitação dos movimentos do punho esquerdo; sem queixas ou alterações no quadril; presença de cicatriz de ferimento em couro cabeludo e sem queixas.  
ADM da articulação do punho esquerdo - Flexão - 0 a 20º, Extensão - 0 a 15, Adução - 0 à 10, Abdução - 0 a 5º.

**Resultados terapêuticos:** Paciente com fratura de antebraço esquerdo, luxação de quadril esquerdo , ferimento em couro cabeludo; realizado tratamento cirúrgico de antebraço esquerdo; realizado tratamento conservador em quadril e couro cabeludo; Alta médica em 15 de junho de 2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do punho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 01/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso do punho devido à limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido conforme o parecer do médico examinador.  
Procedida avaliação médica na cidade de Floriano.

**Médico examinador:** Abdias Viana dos Santos Junior

**CRM do médico:** 2031

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

064.152.993-79

Nome completo da vítima

ARTUR DE CARVALHO BICERETO

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

ARTUR DE CARVALHO BICERETO

CPF titular da conta

064.152.993-79

Profissão

FEDREIRO

Endereço

POVOADO TIUBA

Número

51/N

Complemento

Casa

Bairro

ZONA RURAL

Cidade

Odeias

Estado

PB/PB

CEP

64500 000

Email

Telefone (DDD)

89 99929 9587

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAÚ (341)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

2992

19325

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Floripa, 01 de Outubro de 2018  
Local e Data

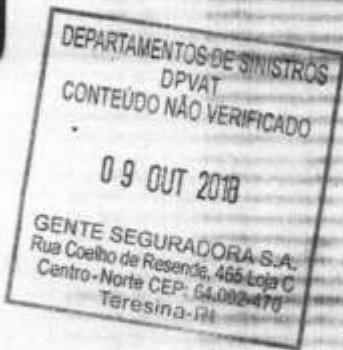
**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

09 OUT 2018

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

Artur de Carvalho Bicereto  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal



## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

**PRF**



**Acidente nº 18034368B01**

478155

### INFORMAÇÕES GERAIS

**BR:** 230

**KM:** 264,0 - Crescente

**Município:** NAZARE DO PIAUÍ/PI

**Data:** 09/06/2018

**Hora:** 20:10

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

**Policial responsável pelo atendimento:** LUSTOSA II, matrícula 2240245

### ASPECTOS DO LOCAL

**Tipo de via:** Principal

**Tipo de pavimento:** Asfalto

**Tipo de pista:** Simples

**Condição da pista:** Seca

\*BO CONFERIDO NO SITE DA PRF EM 09/10/2018.

**Estrutura viária:** Reta

**Localidade urbanizada:** ✗

**Acostamento:** ✓

**Canteiro central:** ✗

**Condição meteorológica:** Céu Claro

**Fase do dia:** Plena Noite

### NARRATIVA

No dia 09/06/2018, por volta das 20h10, no km 264 da BR-230, em Nazaré-PI, ocorreu um acidente, do tipo atropelamento de animal seguido de tombamento, com 02 vítimas lesionadas. O veículo envolvido foi uma motocicleta NXR 150 Bros e um animal do tipo cavalo. Com base na análise dos vestígios materiais identificados e relato de uma das vítimas, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito do sentido Oeiras-PI / Nazaré-PI, quando, colidiu com um animal. Com o impacto, V1 tombou. A dinâmica do acidente não encontra-se representada no croqui devido o sítio do acidente ter sido desfeito. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, conclui-se que o fator principal do acidente foi animal na pista de rolamento. Observações: O local do acidente não estava preservado. O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos. O condutor e o passageiro de V1 foram socorridos pelo SAMU. Em razão da gravidade dos ferimentos, os mesmos foram transportados do local para o Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano-PI. O veículo V1 não foi encontrado no local. O animal foi encontrado no acostamento. O condutor de V1 não realizou teste de etilômetro, o mesmo encontrava-se no hospital sem condições físicas e sedado devido a uma cirurgia de emergência.

### EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Atropelamento de Animal	
2	Tombamento	V1



Documento assinado eletronicamente por LUSTOSA II, matrícula 2240245, Policial Rodoviário Federal, em 12/06/2018, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A assinatura é  
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034368B01 e o número de controle 5A8940834CE46060F2E23F91DE81EC



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18034368B01



# PRF

### IMAGENS PANORÂMICAS



SENTO CRESCENTE



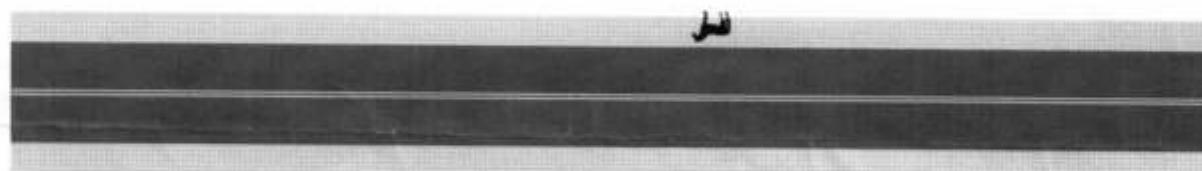
SENTO DECRESCENTE

### AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

### CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local desfeito



NAZARÉ-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

DEIRAS-PI



Assinatura  
Digital

Documento assinado eletronicamente por LUSTOSA II, matrícula 2240245, Policial Rodoviário Federal, em 12/06/2018, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034368B01 e o número de controle 5A8940834CE46060F2E23F91DE81EC



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18034368B01**



**PRF**

**V1**



TRACIONADOR

**ODW5895**

**Placa:** ODW5895

**País de emplacamento:** BRASIL

**Marca/modelo:** HONDA/NXR150 BROS    **Tipo de Veículo:** Motocicleta    **Cor:** Preta

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**Informações complementares:** Veículo não encontrado no local do acidente.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LUSTOSA II, matrícula 2240245, Policial Rodoviário Federal, em 12/06/2018, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034368B01 e o número de controle 5A8940834CE46060F2E23F91DE81EC



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18034368B01**



**PRF**

**V1**



CONDUTOR

**ARTUR DE CARVALHO BARRETO**

**Placa do veículo:** ODW5895

**Marca/modelo:** HONDA/NXR150 BROS ES

**Envolvimento:** Condutor/Proprietário

**Nome:** ARTUR DE CARVALHO BARRETO

**CPF:** 064.152.993-79

**Data de nascimento:** 23/04/1994

**Estado civil:** Não Informado

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Lesões Graves

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL

**Usava capacete:** Ignorado

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Não Habilitado

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Não

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não

**Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** LOCALIDADE TIUBAS, ZONA RURAL, OEIRAS/PI

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** SAMU

**Informações complementares:** Encaminhado ao Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LUSTOSA II, matrícula 2240245, Policial Rodoviário Federal, em 12/06/2018, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034368B01 e o número de controle 5A8940834CE46060F2E23F91DE81EC



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18034368B01**



**PRF**

**V1**



**RAIMUNDO DOMINGOS DA SILVA  
BARRETO**

**Placa do veículo:** ODW5895

**Marca/modelo:** HONDA/NXR150 BROS ES

**Envolvimento:** Passageiro

**Nome:** RAIMUNDO DOMINGOS DA SILVA BARRETO

**CPF:** 075.809.303-90

**Data de nascimento:** 10/12/2000

**Estado civil:**

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Lesões Leves

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL

**Usava capacete:** Ignorado

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** TIUBA SALINAS, ZONA RURAL, OEIRAS/PI

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** SAMU

**Informações complementares:** Encaminhado ao Hospital Regional Tibério Nunes em Floriano-PI



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por LUSTOSA II, matrícula 2240245, Policial Rodoviário Federal, em 12/06/2018, às 20:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034368B01 e o número de controle 5A8940834CE46060F2E23F91DE81EC

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

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Antônio de Oliveira Barreto</i>	CPF da Vítima 060.152.993-79	Data do Acidente 09/06/2018
---	---------------------------------	--------------------------------

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
para fins de prova do Seguro  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURO CORRAS Seguro  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

*Fio-Pi, 01 de Junho de 2018*

Local e Data

*X Antônio de Oliveira Barreto*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal