

Hospital Municipal Esperança Garcia

CNPJ: 23.624.323/0001-51

CNES: 2367378

Rua 19 de Novembro, S/N

64.825-000


Nazaré do Piauí
Unidos por uma cidade melhor

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 Barreto

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

Mãe: Maria Madalena da Silva de Carvalho Barreto

Endereço: Salinas

SINAIS VITAIS:

P.A: 110 x 70 mmHg

Tax: 36,5 °C

Glicemia Capilar: — mg/dl

Peso: — Kg P: 110 bpm

QUEIXAS PRINCIPAIS:

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

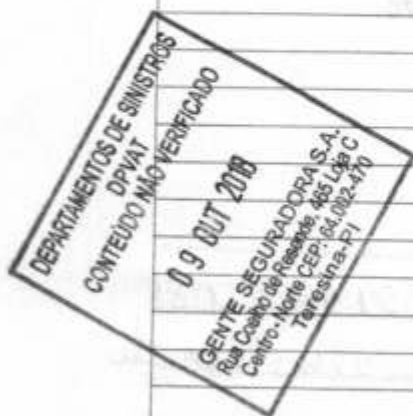
EXAMES CLÍNICOS:

Após colisão entre moto e cavalo. Sendo o paciente citado o condutor da moto tem sangramento por corte no couro cabeludo, cefalia e vertigem por choque supostamente. Cor generalizada escorruços, dor aguda em MSE por fratura com sangramento interno, dor no quadril.

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

• Risco para vômitos por náuseas, cefalia e apneias. Risco para hipovolemia e hipotermia por hemorragias. Algumas ainda indeterminadas. Risco para infecções por danos tissular; Risco para limitação de movimentos consequentes de dor e fraturas.

PRESCRIÇÃO MÉDICA



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

19:20 Realizada contenção do sangramento na cabeça (pressão). Imobilização do MSE e quadril, limpeza geral de escoriações. Acesso venoso MSE. Paciente leveado e orientado. Removido para o Hospital Tiberio Nunes - Floresta 19:40. Assistência Técnica de Enfermagem em Deurizete, Condução Senhor Celso Dantas.

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

Nazaré do Piauí / PI, 09 / 06 / 2018

Arturo de Carvalho Barros

Assinatura do Paciente/Responsável

Conceição Nery

Dra. Conceição de M. Neres 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

Registro: 172982

Hora: 21:22:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 172

ARTUR DE CARVALHO BARRETO

Nasc.: 23/04/1994 Idade: 24 ANOS, 2 MESES, 16 DIAS Profissão:

End.: LUIZ MIRELES, 212 -

Cor: PARDA Telefone: () -

Bairro: SAMBAIBA NOVA

Cidade: FLORIANO/PI

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 648

Mãe: MARIA MADALENA DA SILVA DE

Pai: RAIMUNDO JOSE BARRETO

Clinica: ACOLHIMENTO

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: ARTUR DE CARVALHO BARRETO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

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

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

22h Cirurgia geral
Paciente vítima de acidente automobilístico (auto-caval) com lesão com sangramento ativo em membros inferiores.

Procedimentos/exames realizados: Realizado sutura sob

Ass. Técnico

anestesia local
Abdomem macio, sem alterações
cardíaco, orientado
Isento de traumas e ferimentos
Cf: A Ortopedia

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 25/09/2018
ASSIN: [Assinatura]

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

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

Dr. César Amaral Guimarães
MÉDICO
CRM: 1423 - PI

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

Eletrobras
Distribuição Paulista

Para contato com a
Eletrôbras, informe
este número

SEU CÓDIGO

0685370-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPq: 06.940.748/0001-89 / www.estrada.com.br 19.301.343-5

Nota Fical / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de imprensa autorizada pela SENAC/DF. 10

Nº da Nota Fiscal 010637057

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	ENCARGAMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	13/09/2018	12	75,74

MARIA NADELENA DA SILVA CARVALHO

PV TIUBA Ø B-RURAL

CPF: 00093166370315

CEP: 64.500-000 - OETRAS

ROT: 55.770, 05.86, 071700

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	9746	Atual:	05/09/2018
Anterior:	9628	Anterior:	03/08/2018
Constante de Multiplicação:		Problema Leitura:	05/10/2018
Consumo Médio:	118	Envio:	04/09/2018
Consumo Saturado:	118	Apresentação:	05/09/2018
NORMAL			33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Curso/Subcurso	Unidade	Número Matrícula	Nota	Código Pel.
RESID. BX. RENDA	MONO	A1111557		1.4.1.1
				161

HISTÓRICO KWS	DESCRIÇÃO DA CONTA
AGO/13 106	CONSUMO 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. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 4,48
ABR/13 83	DIFERENÇA DE TARIFA 42,12
MAR/13 100	SUBVENCAO BAIXA-RENTA 30,55-
FEV/13 110	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 0,89
JAN/13 120	MULTA POR ATRASO (2X) 2,13
DEZ/17 96	JUROS DE HORA DE IMPORTE / SER 0,47
NOV/17 111	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,36

NAME	AGE	ADDRESS
Mr. J. H. Smith	45	123 Main St., New York, N.Y.
Mr. W. B. Jones	38	456 Elm St., Chicago, Ill.
Mr. R. L. Brown	52	789 Oak St., Los Angeles, Calif.

NEW ZEALAND / M'OR' ANTES / FLAVIO DE VENCIMENTO

LIGIE O BOM BOM E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Parceiros! Até o dia 04/09/2018, não constituímos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

[illegible]

RETRATADO AO FISCO 1C35.A0FZ.9722.ASDA.59A8.AB99.8383.6E5B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	20,36	Base de Cálculo:	98,32
Energia:	38,69	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	6,06	Valor do ICMS:	21,63
Encargos:	6,16	Valor do PIS:	0,96
Tributos:	27,03	Valor do COFINS:	4,44

INDICADORES DE CONTINUIDAD

1991			1992			1993			1994		
1991	1992	1993	1991	1992	1993	1991	1992	1993	1991	1992	1993
6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54					
0,00			0,00			0,00					

DETRAS

87/2018

13-21

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OCT 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 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 reseguro.

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

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro Norte CEP 014 002-470
Pirassolunenga-SP

apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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		Número	Complemento
<u>Av. Petronio Portela</u>		<u>759</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Campos Velhos</u>	<u>Florianópolis</u>	<u>PIAUÍ</u>	<u>64808 410</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>89 99416 8848</u>

Fló-RS, 01 de Outubro de 2018
Local e Data

x 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

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

HOSPITAL MUNICIPAL ESPERANÇA GARCIA

Rua 19 de Novembro, S/N – Centro

64825-000/Nazaré do Piauí

CNPJ: 23.624.323/0001-51

CNES: 2367378

FICHA DE ATENDIMENTO:

Cliente: Artur 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: Salinas

SINAIS VITAIS:

P.A: 110 X 70 mmhg

Glicemia Capilar: — mg/dl

Tax: 36,5 °C

Peso: — Kg P: 110 bpm

QUEIXAS PRINCIPAIS:

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

EXAMES CLÍNICOS:

Após colisão entre moto e cavalo. Sendo o paciente citado o condutor da moto tem sangramento por corte no couro cabeludo, cefalia e vertigem por choque supratentorial. Dor generalizada escoriações, dor aguda em MSE por fratura com sangramento interno, dor no quadril.

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

- Risco para vômitos por náuseas, cefalia e apneias. Risco para hipovolemia e hipotensão por hemorragias. Algumas ainda indeterminadas. Risco para infecções por danos tissular; Risco para limitação de movimentos consequentes de dor e fraturas.

Hospital Municipal Esperança Garcia

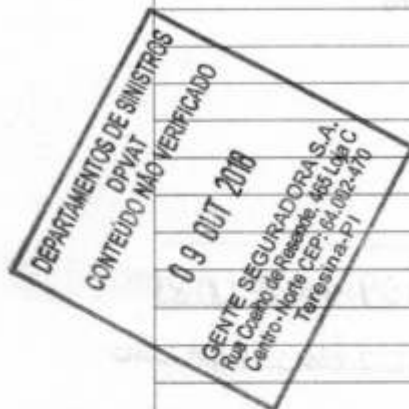
CNPJ: 23.624.323/0001-51

CNES: 2367378

Rua 19 de Novembro, S/N

64.825-000

PRESCRIÇÃO MÉDICA



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

19:20 Realizada contenção do sangramento na cabeça (pressão). Imobilização do MSE e quadril, limpeza geral de escoriações. Acesso venoso MSE. Paciente lucido e Orientado. Removido para o Hospital Tiberio Nunes - Floriano 19:40. Técnica de Enfermagem Deurizete. Assistência - Conductor Senhor Gilberto Dantas.

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

Nazaré do Piauí / PI, 09 / 06 / 2018

Arturo de Carvalho Barros

Assinatura do Paciente/Responsável

Conceição Nery

Dra. Conceição de M. Neres S. Vieira
Enfermeira

COREN-PI: 147.968

Assinatura/ Carimbo Médico

GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGÜINHA, 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
Funcionario: REGINA
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 -

Cor: PARDA

Telefone: () -

Bairro: SAMBAIBA NOVA

Cidade: FLORIANO/PI

Mãe: MARIA MADALENA DA SILVA DE

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 648

Pai: RAIMUNDO JOSE BARRETO

Clinica: ACOLHIMENTO

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsavel: ARTUR DE CARVALHO BARRETO

O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

09/06/2018 21:22

0301060118

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Procedimentos

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 25/06/2018
ASSIN: [Assinatura]

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

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

Dr. César Amador Guimarães
MÉDICO
CRM: 1423 - PI

Responsavel: ARTUR DE CARVALHO BARRETO

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES



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

Conceder 3

NOME	ALTA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
DATA	HORÁRIO MEDICAÇÃO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES			
01. DIETA LIVRE				23.40 o Admitido em re-
02. JELCO HIDROLISADO				ba cirurgia para redu-
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	6:45	18	24	cão de dor no braço e qua-
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	6:45	18	24	dria. Permeio. Volume de
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	1:35	18	24	casualte interdictivo 5mls -
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	1:35	18	24	metodo é equiesofonia para
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	6:55	18	24	procedimento. PA = 99 x 79mmHg
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	6:55	18	24	P = 99/65, 50, = 94%
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				Exe. Estada 256351-PT
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				23.48 o Volume de 130cc de
11. CURATIVO				opere no MSE. Exe. Estada
12. SSVV + GCGG				256351-PT

Dr. Felipe Nunes de Almeida
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PI: 4915 / TEOT: 14175

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ARTUR DE CARVALHO BARRETO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
160110594660008
10 - NOME DA MÃE
MARIA MADALENA DA SILVA DE CARVALHO
12 - ENDEREÇO
LUIZ MEIRELES, 212 - SAMBAIBA NOVA
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANO

8 - DATA DE NASCIMENTO
23/04/1994

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
172982

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9444-0446

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2203909

15 - UF
PI 16 - CEP
64800000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Febre e tosse há 10 dias, com expectoração amarelada e dor no peito.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Infecção

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

72

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Infecção do trato respiratório

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDARIO 23 - CAUSAS ASSOC.

J30



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
ORTOPEDIA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
FELIPE NUNES DE ALMEIDA

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF
00796720355

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
00796720355

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
09/06/2018

Dr. Felipe Nunes de Almeida
CRM-PI 4315

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI

40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 09/06/2018

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - COD. ORGÃO EMISSOR
M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODUMENTO
() CNS (x) CPF
078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

[Assinatura]

BOLETIM DE ADMISSÃO

Atendimento	1061953
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- FLORIANO/PI Profissão: Telefone: () -

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

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

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Diária de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

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

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐ Curado

☐ Removido

☐ -48 Horas

☐ Melhorado

☐ Pedido

☐ +48 Horas

☐ Inalterado

☐ Evasão

☐ Obito

☐ Piorado

☐ Indisciplina

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável

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

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

Nome do Paciente: Artur de Carvalho Barreto

Cirurgia: Amputação de Quadril

Cirurgião: Dr. Felipe

Reg. Sama

Sala: 02

Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante: Sandra + Helian + Socorinho

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	EFORTIL				
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	XILOCAÍNA 0,5% <u>NEOCAÍNA RESADA 0,5%</u>				
44	XILOCAÍNA 0,75%		03 amp.		

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FEBRILAR, PIAUÍ
CONF. COM O ORIGINAL
DATA: 27/09/2018
ASSIN: [assinatura]

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

Nome: Artur de Carvalho Barreto

Registro:

Enf.: _____ Leito: _____ Apto.: _____

Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
09/06/18	110 x 75	85				
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinátria	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Uréia

Exame de Urina

Função Respiratória

Sistema Circulatório Est. normal

Eletrocardiograma

Sistema Respiratório

Assina

Bronquite

Sistema Digestivo

Sistema Urinário

Estado Mental

Corticóides

Ataráxicos

Outros

Diagnóstico Pré-Operatório

Risco

Pré-Medicação (Agentes e Doses)

Aplicado As:

Efeitos:

Agentes Anestésicos		Oxigênio											TOTAL DE DOSES
		1											Bayer para
		2											
		3											
OUVIDO	Soluto	500											SEQUÊNCIA
		400											
	Sangue	300											
		200											
	Outros	100											
Temperatura	C	260											1
T°		240											2
P. Arterial		220											3
V		180											4
A		160											5
Pulso		150											6
Início e Fim Anestesia		140											7
X		120											8
Início e Fim Operação		100											9
		80											10
		60											11
Respiração		40											12
		20											13
		10											14
SÍMBOLO													15
Técnica:													DURAÇÃO
													Incidentes - Acidentes

SAÚDE
Secretaria de Estado
da Saúde / SESAP1



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 165 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

**Hospital Regional
Tiberio Nunes**

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - TERESINA-PI
CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

Nome do Cliente: Artur de Carvalho Barreto

Data de nascimento: 23 / 04 / 1994

Prontuário: 170982

Enf/Leito: SPA

Data do Procedimento: 09 / 06 / 18

Procedimento Cirúrgico: duracao de 45 min

Pulseira de Identificação: () ☒ Sim () Não Horário SSV: _____ T: _____ FC: _____ bpm FR: _____ irpm PA: 120 X 80 mmHg

Glicemia Capilar: 143 mg/dl Acesso Venoso: (X) Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) foi com o acesso

SNG () SNE () Drenos (especificar): não Jejum () Sim () Não A partir das: _____

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

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

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

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

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

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

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e carimbo:

Enfermeira S. Padua
ENFERMEIRO

18/05
TÉCNICO EM ENFERMAGEM

ASSIN. DATA 23/09/18
CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
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

NOME	ALFA		ENF. OU APT.	LEITO	OBSERVAÇÕES
DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO MEDICAÇÃO		
01. DIETÀ LIVRE					AS 09:00 Realizado curativo no Joelho D e I propiamente higienizado. Tec. Eliene Fátima
02. JELCO HIDROLISADO	18/09		18/09		
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18/09		18/09		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18/09		18/09		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	18/09		18/09		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	14/09		02/09		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% 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					
11. CURATIVO					
12. SSVV + GCGG					
<p>13. SSVV + GCGG</p> <p>14. SSVV + GCGG</p> <p>15. SSVV + GCGG</p> <p>16. SSVV + GCGG</p> <p>17. SSVV + GCGG</p> <p>18. SSVV + GCGG</p> <p>19. SSVV + GCGG</p> <p>20. SSVV + GCGG</p> <p>21. SSVV + GCGG</p> <p>22. SSVV + GCGG</p> <p>23. SSVV + GCGG</p> <p>24. SSVV + GCGG</p> <p>25. SSVV + GCGG</p> <p>26. SSVV + GCGG</p> <p>27. SSVV + GCGG</p> <p>28. SSVV + GCGG</p> <p>29. SSVV + GCGG</p> <p>30. SSVV + GCGG</p> <p>31. SSVV + GCGG</p> <p>32. SSVV + GCGG</p> <p>33. SSVV + GCGG</p> <p>34. SSVV + GCGG</p> <p>35. SSVV + GCGG</p> <p>36. SSVV + GCGG</p> <p>37. SSVV + GCGG</p> <p>38. SSVV + GCGG</p> <p>39. SSVV + GCGG</p> <p>40. SSVV + GCGG</p> <p>41. SSVV + GCGG</p> <p>42. SSVV + GCGG</p> <p>43. SSVV + GCGG</p> <p>44. SSVV + GCGG</p> <p>45. SSVV + GCGG</p> <p>46. SSVV + GCGG</p> <p>47. SSVV + GCGG</p> <p>48. SSVV + GCGG</p> <p>49. SSVV + GCGG</p> <p>50. SSVV + GCGG</p> <p>51. SSVV + GCGG</p> <p>52. SSVV + GCGG</p> <p>53. SSVV + GCGG</p> <p>54. SSVV + GCGG</p> <p>55. SSVV + GCGG</p> <p>56. SSVV + GCGG</p> <p>57. SSVV + GCGG</p> <p>58. SSVV + GCGG</p> <p>59. SSVV + GCGG</p> <p>60. SSVV + GCGG</p> <p>61. SSVV + GCGG</p> <p>62. SSVV + GCGG</p> <p>63. SSVV + GCGG</p> <p>64. SSVV + GCGG</p> <p>65. SSVV + GCGG</p> <p>66. SSVV + GCGG</p> <p>67. SSVV + GCGG</p> <p>68. SSVV + GCGG</p> <p>69. SSVV + GCGG</p> <p>70. SSVV + GCGG</p> <p>71. SSVV + GCGG</p> <p>72. SSVV + GCGG</p> <p>73. SSVV + GCGG</p> <p>74. SSVV + GCGG</p> <p>75. SSVV + GCGG</p> <p>76. SSVV + GCGG</p> <p>77. SSVV + GCGG</p> <p>78. SSVV + GCGG</p> <p>79. SSVV + GCGG</p> <p>80. SSVV + GCGG</p> <p>81. SSVV + GCGG</p> <p>82. SSVV + GCGG</p> <p>83. SSVV + GCGG</p> <p>84. SSVV + GCGG</p> <p>85. SSVV + GCGG</p> <p>86. SSVV + GCGG</p> <p>87. SSVV + GCGG</p> <p>88. SSVV + GCGG</p> <p>89. SSVV + GCGG</p> <p>90. SSVV + GCGG</p> <p>91. SSVV + GCGG</p> <p>92. SSVV + GCGG</p> <p>93. SSVV + GCGG</p> <p>94. SSVV + GCGG</p> <p>95. SSVV + GCGG</p> <p>96. SSVV + GCGG</p> <p>97. SSVV + GCGG</p> <p>98. SSVV + GCGG</p> <p>99. SSVV + GCGG</p> <p>100. SSVV + GCGG</p>					

Dr. Felipe Nunes da Almeida
CRM: 51141/2021
Onde se encontra o paciente

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 <u>Arthur de Lourivallo Bonet.</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>12 / 09 / 18.</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE	<u>Polvo e Biscoito de leite</u>		<u>Paciente calmo em</u>	
02. JELCO HIDROLISADO	<u>18h</u>	<u>06h</u>	<u>posição, aguardando</u>	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>12h</u>	<u>24h</u>	<u>curativos. Cor: Rosa</u>	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>12h</u>	<u>24h</u>		
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>12h</u>	<u>24h</u>		
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>12h</u>	<u>24h</u>		
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)	<u>14h</u>			
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. SSV + GCGG				

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Gerente de Atendimento
11/09/2018 13:35

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2019

SETE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 463 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64.000-070
Teresina-Pi

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

NOME	ALIA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
					HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
01. DIETA 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. ILLATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% 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						
11. CURATIVO						
12. SSVV + GCGG						

Dr. João Soares Junior
Ortopedia Traumatologia
CRM: 2433

Fluor. 01/10/2019 08:17h
Téc. 16/08/2019 10:00h
CONTINUA 11/341

N. 680

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Florianópolis - Piauí

12130

SERVIÇO DE RADIOLOGIA

Nome do Paciente: André de C. R. L.

Clinica: _____ Interno () Externo ()

Convênio: Particular () SUS () Outros Convênios ()

Enfermaria: _____ Apt.º: _____ Leito: _____ Médico: _____

Exames Solicitados:

→ vs. para E. anal. prof.

Assinatura do Médico Solicitante

CRM _____

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

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



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES

2365146

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

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

10 - NOME DA MÃE

MARIA MADALENA DA SILVA DE CARVALHO

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9444-0446

12 - ENDEREÇO

LUIZ MEIRELES, 212 - SAMBAIBA NOVA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FLORIANO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2203909

15 - UF

PI

16 - CEP

64800000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CIRURGIA GERAL

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

33869413387

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/06/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 25/08/2018
ASSIN.



BOLETIM CIRURGICO

1062144 - ARTUR DE CARVALHO BARRETO

Data: 14/06/2018

Diag. Cirúrgico: Fratura do Osso Fêmur

Cirurgia: Redução

Descrição da Cirurgia:
1. Anestesia + profilaxia
2. Lavagem da ferida
3. Incisão em U sobre a fratura
4. Redução da fratura
5. Fixação com placa e parafusos
6. Lavagem da ferida
7. Curativo e fechamento
8. Curativo + fixação
9. Curativo

Cirurgião: Dr. Carlos

Auxiliar: Dr. Paulo

2º Auxiliar: Lucas

Anestesista: Dr. Alexandre

Anestesia:

☐ RAQUI

☐ CAUDAL

☐ GERAL

☐ TRONCULAR

OUTRAS: _____

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉLIO NUNES
FLORIANO - PI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 25/02/2018
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 Carvalho Barreto

Reg. Same

Cirurgia: Ostiossintese Antebraço

Sala: 03

Cirurgião: Dr. Correia

Auxiliar: Dr. Francisco

Instrumentador: Lindoval

Circulante: Rayka e Amparo

Data: 14 / 06 / 18

Início: 16:06

Término:

Duração:

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	P.UNIT.	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA <u>frampol</u>		<u>2 amp</u>		
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA <u>lindocana</u>	<u>3 IV</u>	<u>1 amp</u>		
04	ÁGUA DESTILADA	<u>10 ml</u>	<u>5 amp</u>		
05	AMPICILINA <u>fentab</u>		<u>1 amp</u>		
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	ALOTINA 1g		<u>2 amp</u>		
11	CLORAFENICOL				
12	CLORADRON				
13	DOLASSAL				
14	DORMONID		<u>1 amp</u>		
15	DOLANTINA				
16	EFORTIL				
17	ETER ANESTÉSICO				
18	FLAXEDIL				
19	FLEBOCORTID				
20	GARAMICINA				
21	GLUCONATO CÁLCIO				
22	HALATOME ML				
23	INOVAL				
24	KETALAR				
25	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
26	MANITOL 20%				
27	METHERGIM				
28	METIL CELULOSE				
29	OCITOCINA				
30	PLASIL				
31	PROSTIGIMINE				
32	POMADA OFTALMOLÓGICA				
33	QUELICIM				
34	QUEMICETINA				
35	RINGER-LACTADO				
36	SORO FISIOLÓGICO	<u>500ml</u>	<u>5 frasco</u>		
37	SORO GLICOSADO				
38	TRANSAMIN				
39	THIONEMBUTAL				
40	VALIUM				
41	VITAMINA K		<u>1 amp</u>		
42	XII OCAÍNA 0,5%				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 25/06/2018
ASSIN. [assinatura]



SAÚDE | **Piauí**
Secretaria de Estado
da Saúde / SESAP



Hospital Regional
Tibério Nunes

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

Nome do Cliente: Artur de Carvalho Boneto

Data de nascimento: 23/04/94

Prontuário: 172982

Enf/ Leito: 17/31

Data do Procedimento: 14/06/18

Procedimento Cirúrgico: Fx Antibacter

Pulseira de Identificação: (X) Sim () Não Horário SSW: 14:30 T: 36°C FC: 95 bpm FR: 18 irpm PA: 130x90 mmHg

Glicemia Capilar: _____ mg/dl Acesso Venoso: (X) Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) MSD, 26-28 / 14/06/18

SNG () SNE () Drenos (especificar): _____

Jejum (X) Sim () Não A partir das: 22h

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

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

Banho antisséptico: (X) Sim () Não Tricotomia: () Sim (X) Não Camisota, gorro e pro-pés: (X) Sim () Não

Alergias: () Sim Qual: _____

Exames essenciais disponíveis: (X) Sim () Não

Antimicrobiano Profilático: (X) Sim () Horário: 06h Hora do Encaminhamento ao CC: _____

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

OBSERVAÇÕES:

Kellyene de Carvalho Rocha

Enfermeira 1866

COREN-PI 547.094

Assinatura e carimbo:

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA/ANESTESIA

Declaro para fins legais que eu, Artur de Carvalho Barros 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 e administração de medicamentos que se façam necessários;
- 5) Prestei ao Médico Cirurgião ou Anestesiologista 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;



Florianópolis (PI), _____ de junho de 2018.

Artur de Carvalho Barros
Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura Testemunha

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____

Assinatura Testemunha

Nome: _____
CPF: _____
RG: _____

4754

NOME	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA
Antônio de Caceres				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA 14/06/18				
01. DIETA LIVRE 2080 L/24h				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DÍPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% 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				
11. CURATIVO				
12. SSVV + GCGG				
15/06/18				
Adm. Hospitalar				

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

P/ Artur de Carvalho Barreto

Vto aux

1) Aftersun 500g _____ 28 dias

Toma 01 comprimido de 6/6h por 07 dias

2) Aftersun 200g _____ 01 dia

Toma 01 comprimido 1x/dia por 05 dias

3) Litada 50g _____ 01 dia

Toma 01 comprimido de 8/8h se dor

- CURATIVO ANTES -

- Causum com 15 dias no Ambulatório
de Ortopedia

Florianópolis, 25/06/18

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

COMPANHIA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Hospital Regional Tibério Nunes

ACOLHIMENTO DO PRONTO SOCORRO

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE

MUNICÍPIO DE ORIGEM

Artur de Carvalho

SEXO

IDADE

U.F.

HISTÓRICO - QUEIXA PRINCIPAL HISTÓRIA/ATUAL DA DOENÇA

Paciente vítima de acidente de moto.
Queimado de 1º grau quadril, NSE e calcanhar.

MEDICAÇÃO ATUAL

ALERGIAS

Repo.

SINAIS E SINTOMAS

PA=

mmHg;

T= °C;

Glicemia capilar=

mg/dl

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

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.

HOSPITAL REGIONAL
FLORIANO - PI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 25/09/2019
ASSIN. [Assinatura]

CONDUTA E ENFERMAGEM

As plantando

DATA

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

09.09.19

HORÁRIO:

CNPJ DE 553 554 000 000



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
064.152.993-79

Nome

ARTUR DE CARVALHO BARRETO

Nascimento
23/04/1994

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

CÓDIGO DE CONTROLE
226A.ETC4.E931.090F

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

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



Artur de Carvalho Barreto

CARTEIRA DE IDENTIDADE



POLEGAR DIREITO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.471.164 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/07/10

NOME
ARTUR DE CARVALHO BARRETO

RELACÃO

MARIA MADALENA DA SILVA DE CARVALHO
RAIMUNDO JOSÉ BARRETO

NACIONALIDADE

OEIRAS-PI

DATA DE NASCIMENTO
23/04/1994

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 31821 L 33A F 231

EXP OEIRAS-PI 01/09/94

TERESINA - PI

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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PI 9020170225297 Nº 013226784659
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1 332342875 2018

ARTUR DE CARVALHO BARRETO

06415299379

DDU-5895

9C2KD0550BR027663

PAS/MOTOCICLO/ENHUMA

ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES

2011 2011

002P/149CC

PARTIC

PRETA

1ª VINC / COTAS
2ª VINC / COTAS
3ª PAGO

SEGURO SEGURO PAGO OBRIGATORIO

SEM RESTRIÇÕES DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

DEIRAS

23/5/2018

PI Nº 013226784659 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCICIO DATA EMISSÃO
2018 23/5/2018

06415299379

DDU-5895

332342875

HONDA/NXR150 BROS ES

2011 09

9C2KD0550BR027663

PRÊMIO TARIFARIO

31,28

9,03

90,31

4,15

0,70

185,50

X COTA ÚNICA

PARCELADO

22/05/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

OMV 08.548.880051-04

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**] **Floriano** [**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?

[☒] 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)?

[☒] 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 20°. Extensão - 0 a 15°. Adução - 0 a 10°. Abdução - 0 a 5°.



Abdias Viana dos Santos Junior - CRM: 2031 - PI

Hospital Municipal Esperança Garcia

CNPJ: 23.624.323/0001-51

CNES: 2367378

Rua 19 de Novembro, S/N

64.825-000

Nazaré do Piauí
Unidas por uma cidade melhor

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL ESPERANÇA GARCIA

DECLARAÇÃO

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 motociclístico, 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.

Quésia de Oliveira Miranda e Brito.

Quésia de Oliveira Miranda e Brito

Secretária Administrativa e Financeira-HMEG

Portaria Nº005/2017

Quésia de Oliveira Miranda e Brito
Quésia de Oliveira Miranda e Brito
Secretária Administrativa e Financeira
Hospital Municipal Esperança Garcia
Portaria 005/2017



CEBIE

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.

DANFE

Documento auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica0 - Entrada
1 - Saída

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL

194729990

INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.

CNPJ

11.664.118/0001-30

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES - FLORIANO

ENDEREÇO

RUA: GABRIEL FERREIRA, S/N

MUNICÍPIO

Floriano

BAIRRO/DISTRITO

MANGUINHA

FONE/FAX

(89) 3522-1323

CNPJ/CPF

06.553.564/0103-62

DATA DA EMISSÃO

12/07/2018

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

12/07/2018

HORA DE SAÍDA

16:09:40

ATVRA/DUPPLICATA

Sigla	Data Vcto	Valor
001	11/08/2018	367,62

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE 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 ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VAL. APROX. TRIB
				0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				367,62

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	PRETE POR CONTA	CÓDIGO ANT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOSSO CARRO	0 - Rem.				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
R: MAGALHAES FILHO, 175	TERESINA	PI	ISENTO		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO (Kg)	PESO LIQUIDO (Kg)

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL. ICMS	VAL. IPI	% ICMS	% IPI	V. AP. TRIB.
000000	0702030099 - PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 2.5 MM (INCLUI PARAFUSOS) (Ref: 40103500260 Qtd: 1 Lote: 05614/13) (Ref: 40103500260 Qtd: 3 Lote: 04454/17) (Ref: 40103500189 Qtd: 3 Lote: 06191/17) (Ref: 4420/08 Qtd: 1 Lote: R27865) (Ref: 4420/08 Qtd: 1 Lote: R27178) (Ref: 3086 Qtd: 1 Lote: R26140) (Ref: 40103500243 Qtd: 2 Lote: 07148/17) (Ref: 40103500243 Qtd: 1 Lote: 08802/15) (Ref: 40103500243 Qtd: 1 Lote: 07148/17)	90211020	940	5102	UN	2,0000	183,800	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
(PACT: ARTUR DE CARVALHO BARRITO) (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: PEDEIREIRO
carteira de Identidade nº 3.471.164, órgão
expedidor SSP-PI C.P.F. nº 064.152.993-79, residente e
domiciliado LOCALIDADE TIUBA, nº 514, bairro ZONA RURAL
Cidade DEIRAS, 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/PI, 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 Outubro de 2018.



Artur de Carvalho Barreto

(OUTORGANTE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370580/18

Vítima: ARTUR DE CARVALHO BARRETO

CPF: 064.152.993-79

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/06/2018

Titular do CPF: ARTUR DE CARVALHO
BARRETO

CPF de: Próprio

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 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

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Carta nº 13489511



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.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

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 20°, Extensão - 0 a 15°, Adução - 0 à 10°, Abdução - 0 a 5°.

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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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:



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 Barreto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Artur de Carvalho Barreto</u>	CPF titular da conta <u>064.152.993-79</u>	Profissão <u>FEDREIRO</u>
Endereço <u>POVÃO TIUBA</u>	Número <u>5/N</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>ZONA RURAL</u>	Cidade <u>OURAS</u>	CEP <u>64500-000</u>
Email _____	Estado <u>PIAUÍ</u>	Telefone (DDD) <u>89 99929 9587</u>

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

☒ RECUSO 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)
☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. 2992 D/V 19325 D/V 0
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____
 AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

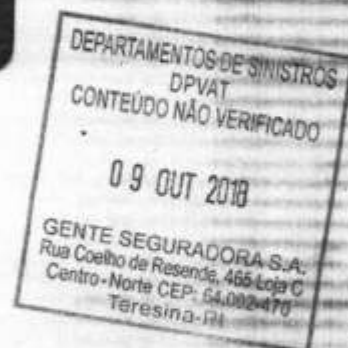
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

FIO-PE, 01 de Outubro de 2018
 Local e Data

X Artur de Carvalho Barreto
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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



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

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, concluiu-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 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



SENTIDO CRESCENTE



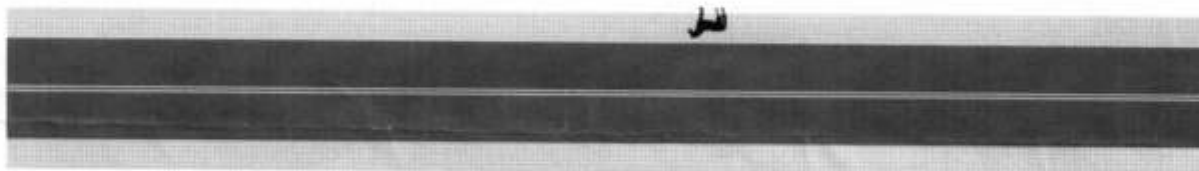
SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local desfeito



← NAZARÉ-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

CEIRAS-PI →



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



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.



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



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



PASSEIRO

**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

ARTUR DE CARVALHO BARRETO

CPF da Vítima

064.152.993-79

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias de prova do Seguro DPVAT; ou

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

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

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
IML para os fins de requerimento de
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 OUT 2018

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

Flo-PE, 01 de Outubro de 2018

Local e Data

X Artur de Carvalho Barreto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal