

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180434774**

Vitima: **MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

Data do Acidente: **27/04/2018**

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 3180434774**.

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 13393298





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180434774**

**Vítima: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180434774**

**Vítima: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **00000971-7**

Conta: **000007642-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).



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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

073.248.863-02

Nome completo da vítima

MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA

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

|                                                     |                    |                                        |                                |
|-----------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| Nome completo<br>MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA |                    | CPF titular da conta<br>073.248.863-02 | Profissão<br>Aux. AGRICULTISTA |
| Endereço<br>LOCALIDADE TABULEIRINHO                 |                    | Número<br>514                          | Complemento<br>CASA            |
| Bairro<br>ZONA RURAL                                | Cidade<br>FLORIANO | Estado<br>PIAUÍ                        | CEP<br>64800-000               |
| Email                                               |                    | Telefone (DDD)<br>89 99402-5278        |                                |

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) ☐ ITAU (341)
- ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

|                              |     |                              |     |
|------------------------------|-----|------------------------------|-----|
| AGÊNCIA<br>NRO.              | D/V | CONTA<br>NRO.                | D/V |
| (Informar dígito se existir) |     | (Informar dígito se existir) |     |

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

|                              |     |                              |
|------------------------------|-----|------------------------------|
| BANCO<br>Nome<br>BRADESCO    |     | NRO.<br>237                  |
| AGÊNCIA<br>NRO.              | D/V | CONTA<br>NRO.                |
| 971                          | 7   | 7642                         |
| (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.

FLOR-PI, 06 de Agosto de 2018

Local e Data

MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CONTA. CORRENTE

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

073.248.863-02

Nome completo da vítima

MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA

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

|                                                     |                    |                                        |                                |
|-----------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| Nome completo<br>MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA |                    | CPF titular da conta<br>073.248.863-02 | Profissão<br>Aux. AGRICULTISTA |
| Endereço<br>LOCALIDADE TABULEIRINHO                 |                    | Número<br>514                          | Complemento<br>CASA            |
| Bairro<br>ZONA RURAL                                | Cidade<br>FLORIANO | Estado<br>PIAUÍ                        | CEP<br>64800-000               |
| Email                                               |                    | Telefone (DDD)<br>89 99402-5278        |                                |

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) ☐ ITAU (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

|                              |     |                              |     |
|------------------------------|-----|------------------------------|-----|
| AGÊNCIA<br>NRO.              | D/V | CONTA<br>NRO.                | D/V |
| (Informar dígito se existir) |     | (Informar dígito se existir) |     |

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

|                              |     |                              |
|------------------------------|-----|------------------------------|
| BANCO<br>Nome<br>BRADESCO    |     | NRO.<br>237                  |
| AGÊNCIA<br>NRO.              | D/V | CONTA<br>NRO.                |
| 971                          | 7   | 7642                         |
| (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.

FLOR-PI, 06 de Agosto de 2018  
Local e Data

*Marcos Vinícius Rodrigues da Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CONTA. CORRENTE



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.001888/2018-21**

Unidade de Registro: 2ª DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Nayliê Fonseca Pereira Rocha

Data/Hora: 01/08/2018 - 09:40

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

EM FRENTE A BRAMA, Nº:

Complemento

463625

Data/Hora

27/04/2018 - 07:40

Bairro

SAMBAIBA VELHA

Ponto de Referência

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

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

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA

Endereço: LOCALIDADE TABULEIRINHO, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: FLORIANO

Telefone(s): 89-9434-1676

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

INFORMA O DECLARANTE QUE DIA 27/04/2018 POR VOLTA DAS 07:40 H QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO HONDA POP 110 I, COR VERMELHA, PLACA PIO 6943, CHASSI 9C2JB0100HR251679, RENAVAL 01113551540, ANO 2017/2017, EMPLACADA EM NOME DO DECLARANTE, QUE QUANDO SE ENCONTRAVA EM FRENTE AO PREDIO DA BRAMA PELA BR 230 COLIDIU EM UM CACHORRO, QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO CHEGANDO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL TIBÉRIO NUNES ONDE FOI DIAGNOSTICADO FRATURA E LUXAÇÃO NO CARPO À DIREITA. NECESSIDADE DE CIRURGIA DE FRATURA E LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Nayliê Fonseca Pereira Rocha - Mat. 0867632  
AGENTE DE POLÍCIA

Marcos Vinicius Rodrigues da Silva  
MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.001888/2018-21**

Unidade de Registro: 2ª DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Nayliê Fonseca Pereira Rocha

Data/Hora: 01/08/2018 - 09:40

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

EM FRENTE A BRAMA, Nº:

Complemento

463625  
473296

Data/Hora

27/04/2018 - 07:40

Bairro

SAMBAIBA VELHA

Ponto de Referência

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

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

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA

Endereço: LOCALIDADE TABULEIRINHO, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: FLORIANO

Telefone(s): 89-9434-1676

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

INFORMA O DECLARANTE QUE DIA 27/04/2018 POR VOLTA DAS 07:40 H QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO HONDA POP 110 I, COR VERMELHA, PLACA PIO 6943, CHASSI 9C2JB0100HR251679, RENAVAM 01113551540, ANO 2017/2017, EMPLACADA EM NOME DO DECLARANTE, QUE QUANDO SE ENCONTRAVA EM FRENTE AO PREDIO DA BRAMA PELA BR 230 COLIDIU EM UM CACHORRO, QUE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO CHEGANDO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL TIBÉRIO NUNES ONDE FOI DIAGNOSTICADO FRATURA E LUXAÇÃO NO CARPO À DIREITA. NECESSIDADE DE CIRURGIA DE FRATURA E LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

Nayliê Fonseca Pereira Rocha - Mat. 0867632  
AGENTE DE POLÍCIA

Marcos Vinícius Rodrigues da Silva  
MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima MARIO VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA CPF da Vítima 073.248.863-02 Data do Acidente 27/04/2018

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

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

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

FLD - PI, 06 de AGOSTO de 2018  
Local e Data

X Mario Vinícius Rodrigues da Silva

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<br><i>MARIO VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA</i> | CPF da Vítima<br><i>073.248.863-02</i> | Data do Acidente<br><i>27/04/2018</i> |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|

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

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

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

*FLD - PI*, *06* de *AGOSTO* de *2018*  
Local e Data

*X Mario Vinícius Rodrigues da Silva*

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

GABRIEL FERREIRA, S/N,

TRAVESSIA, FLORIANO/PI - 64800-000

CNPJ: 06.553.564/0103-62

(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P0542499

Data: 27/04/2018

Funcionário: JO

Registro: 15373

Hora: 08:09:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

**SUS**

**Senha 47**

**MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

Nasc.: 20/05/1998

Idade: 19 ANOS, 11 MESES, 7 DIAS Profissão: ESTUDANTE

End.: TABULEIRINHO, D -

Cor: PARDA

Telefone: ( ) -

Bairro: ZONA RURAL

Mãe: MARIA APARECIDA SILVA

Cidade: **FLORIANO/PI**

CPF: - RG: 3950154/pl - SUS: 898003432979055

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

Pai: ANTONIO CARLOS RODRIGUES F

Clinica: **CLINICA MEDICA**

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Responsável: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

**Procedimentos**

27/04/2018 8:09

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

*Doença do olho, apresenta escoriações em água!  
lamba + Dor em olho D e olho S*

Exame clínico/físico:

*A olho b. M.O.T*

Diagnóstico provável:

*Trauma no olho D + olho S*

*1.7 A. X do olho D E 0132804*

*1.7 A. S do olho S*

*Exame por oftalmologista*

Medicação:

*Exame por oftalmologista*

Procedimentos exames realizados:

*1.7 Tylenol 404 17-D, EV, contante  
1.7 Cetux.*

Ass. Técnico

Pedro Emanuel de S. Ferreira  
COREN-PI: 458.657

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

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

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO/PI

30/07/18  
Raquel

Responsável: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

GABRIEL FERREIRA, S/N,

TRAVESSA, FLORIANO/PI - 64800-000

CNPJ: 06.553.564/0103-62

(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P0542499

Data: 27/04/2018

Funcionário: JO

Registro: 15373

Hora: 08:09:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

**SUS**

Senha **47**

**MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

Nasc.: 20/05/1998

Idade: 19 ANOS, 11 MESES, 7 DIAS Profissão: ESTUDANTE

End.: TABULEIRINHO, D -

Cor: PARDA

Telefone: ( ) -

Bairro: ZONA RURAL

Mãe: MARIA APARECIDA SILVA

Cidade: **FLORIANO/PI**

SUS: 898003432979055

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

Pai: ANTONIO CARLOS RODRIGUES F

Clinica: **CLINICA MEDICA**

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Responsável: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

**Procedimentos**

27/04/2018 8:09

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

*Doença do olho, apresenta escoriações em água!  
Lamba + Dor em olho D e olho S*

Exame clínico/físico:

*A olho b. M.O.T*

Diagnóstico provável:

*Trauma no olho D + olho S*

*1.7 A. X do olho D E 0132804*

*1.7 A. S do olho S*

*Exame por oftalmologista*

Medicação:

Procedimentos exames realizados:

*1.7 Tylenol 404 17-D, EV, contante  
1.7 Cetux.*

Ass. Técnico

Pedro Emanuel de S. Ferreira  
COREN-PI: 458.657

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

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

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO/PI

30/07/18  
Raquel

Dr. Colina

*[Assinatura]*

Responsável: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00971-7

CONTA: 000000007642-2

Nr. Autenticação

BRADESCO0810201805000000000023700971000000007642168750 PAGO

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00971-7

CONTA: 000000007642-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2101201905000000000023700971000000007642168750 PAGO

| <b>MATRÍCULA</b><br>371479-9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               | <b>Hidrómetro</b><br>A07N258599            |         | <b>Referência</b><br>JUL/2018             |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|---------|-------------------------------------------|---------|-------|-----------------|-------------|------|---|-------|------------------------------|----|------|-----------------------|------|------|-----------------------|-------|------|----|---|-------|------|----|---|-------|------|----|---|-------|------|----|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| <b>Nome/Razão Social/Endereço</b><br>ERILMIR ALVES DOS SANTOS<br>AVE S/N PETRONIO PORTELA NUNES, 759<br>CAMPO VELHO<br>FLORIANO 64808485<br>AG= 125                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                            |         |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| <b>Situação</b><br>3/1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Res.</b><br>1              | <b>Categorias de Uso</b><br>Com. Ind. Pub. |         | <b>Inscrição</b><br>41 2 07 0509 0017-000 |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| <b>Período de Consumo</b><br>19/06/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                               | <b>Período de Consumo</b><br>18/07/2018    |         | <b>Data de Consumo</b><br>29              |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| <b>Histórico de Consumo</b><br><table border="1"> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Leitura</th> <th>Consumo</th> <th>Ocup.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01/18</td><td>1959</td><td>18</td><td>0</td></tr> <tr><td>02/18</td><td>1979</td><td>20</td><td>0</td></tr> <tr><td>03/18</td><td>1994</td><td>15</td><td>0</td></tr> <tr><td>04/18</td><td>2010</td><td>16</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/18</td><td>2031</td><td>21</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/18</td><td>2050</td><td>19</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/18</td><td>2068</td><td>18</td><td>0</td></tr> </tbody> </table> |                               |                                            | Período | Leitura                                   | Consumo | Ocup. | 01/18           | 1959        | 18   | 0 | 02/18 | 1979                         | 20 | 0    | 03/18                 | 1994 | 15   | 0                     | 04/18 | 2010 | 16 | 0 | 05/18 | 2031 | 21 | 0 | 06/18 | 2050 | 19 | 0 | 07/18 | 2068 | 18 | 0 | <b>Forma de Faturamento</b><br><b>FATURADO P/ CONSUMO NORMAL</b><br><table border="1"> <tr> <td><b>Cód. Responsável</b><br/>904220532</td> <td><b>Código de Tarifa</b><br/>01</td> </tr> <tr> <td><b>Consumo Médio</b><br/>18</td> <td><b>Consumo Faturado</b><br/>18</td> </tr> </table> |  |  | <b>Cód. Responsável</b><br>904220532 | <b>Código de Tarifa</b><br>01 | <b>Consumo Médio</b><br>18 | <b>Consumo Faturado</b><br>18 |
| Período                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Leitura                       | Consumo                                    | Ocup.   |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 01/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1959                          | 18                                         | 0       |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 02/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1979                          | 20                                         | 0       |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 03/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1994                          | 15                                         | 0       |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 04/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2010                          | 16                                         | 0       |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 05/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2031                          | 21                                         | 0       |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 06/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2050                          | 19                                         | 0       |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 07/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2068                          | 18                                         | 0       |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| <b>Cód. Responsável</b><br>904220532                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Código de Tarifa</b><br>01 |                                            |         |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| <b>Consumo Médio</b><br>18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Consumo Faturado</b><br>18 |                                            |         |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| <b>DESCRIÇÃO DA FATURA</b><br><table border="1"> <thead> <tr> <th>Cod</th> <th>Nome do Serviço</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AGUA</td><td></td><td>67,07</td></tr> <tr><td>MULTA IMPONTUALIDADE 001/001</td><td></td><td>2,96</td></tr> <tr><td>JUROS DE MORA 001/001</td><td></td><td>4,53</td></tr> <tr><td>MANUTENCAO HIDROMETRO</td><td></td><td>2,35</td></tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                |                               |                                            |         |                                           |         | Cod   | Nome do Serviço | Valor (R\$) | AGUA |   | 67,07 | MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 |    | 2,96 | JUROS DE MORA 001/001 |      | 4,53 | MANUTENCAO HIDROMETRO |       | 2,35 |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| Cod                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nome do Serviço               | Valor (R\$)                                |         |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| AGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               | 67,07                                      |         |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| MULTA IMPONTUALIDADE 001/001                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               | 2,96                                       |         |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| JUROS DE MORA 001/001                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               | 4,53                                       |         |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| MANUTENCAO HIDROMETRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               | 2,35                                       |         |                                           |         |       |                 |             |      |   |       |                              |    |      |                       |      |      |                       |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |       |      |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |

**VENCIMENTO** 26/07/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 76,91  
**AVISO DE DÉBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$74,44**  
**CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.**

| Parâmetros                       | Turbidez | Cor  | Cloro | PH        | Ferro | Cálcl.Totais | Escherichia Coli |
|----------------------------------|----------|------|-------|-----------|-------|--------------|------------------|
| Valor Máximo Permitido           | 5,0      | 15   | 5,0   | 6,0 a 9,5 | 0,2   | Ausente      | Ausente          |
| NP Mínimo de Amostras Exigidas   |          |      |       |           |       |              |                  |
| NP Amostras Realizadas           |          |      |       |           |       |              |                  |
| NP Amostra que Atende Legislação |          |      |       |           |       |              |                  |
| Valor Médio                      | 0.71     | 0.00 | 1.16  | 7.15      | 0.00  | 0.00         | 0.00             |

**PRESENTE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS QUINZENALMENTE.**  
**A AGE PISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA**  
**ALTERNATIVA: RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR**  
**EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES**  
**PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL**

|                                                                                             |                                            |                                           |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>AGESPISA</b><br>Águas e Esgotos do Piauí S/A<br>Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888 |                                            | <b>Inscrição</b><br>41 2 07 0509 0017-000 | <b>AG= 125</b>                |
| <b>Res.</b><br>1                                                                            | <b>Categorias de Uso</b><br>Com. Ind. Pub. | <b>Matrícula</b><br>371479-9              | <b>Referência</b><br>JUL/2018 |

**VENCIMENTO** 26/07/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 76,91

8:620000000-6 76910001820-9 37147990720-1 18000000001-8



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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 007887137

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2003.

| CONTA MÊS  | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JULHO/2018 | 09/07/2018 | 78            | 45,65               |

VALDO DE SOUSA  
LC TABULEIRINHO 0 TABULEIRINHO  
CPF: 00066681456391  
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

ROT: 227.800.03.80.014000

| DADOS DA LEITURA            |       | DATAS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual:                      | 485   | Atual:           | 03/07/2018 |
| Anterior:                   | 407   | Anterior:        | 04/06/2018 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 01/08/2018 |
| Consumo Medido:             | 78    | Emissão:         | 01/07/2018 |
| Consumo Faturado:           | 78    | Apresentação:    | 03/07/2018 |

NORMAL

29

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |             |                |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESID. BX. RENDA             | MONO    | A2050229       |       | 1.4.1.1     | 86             |

| HISTÓRICO kWh        | DESCRIÇÃO DA CONTA                  |
|----------------------|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo      |                                     |
| JUN/18 86            | CONSUMO 30 A R\$ 0,286056 = 8,58    |
| MAI/18 80            | 48 A R\$ 0,490396 = 23,53           |
| ABR/18 82            | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 3,00 |
| MAR/18 84            | DIFERENCA DE TARIFA 32,81           |
| FEV/18 75            | SUBVENCAO BAIXA RENDA 23,83         |
| JAN/18 92            | CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 0,29 |
| DEZ/17 91            | MULTA POR ATRASO 05/18-00 0,77      |
| NOV/17 98            | JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00 0,50 |
| OUT/17 99            | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,92  |
| SET/17 96            |                                     |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: |                                     |
| 0 A 30 - 0,286056    |                                     |
| 31 A 78 - 0,355938   |                                     |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

| Mes/Ano | Valor R\$ | Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 18/07/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso. |
|---------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 06/2018 | 46,85     |                                                                                                                                                                                                                                                       |

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

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

RESERVADO AO FISCO E978.B486.CB9B.8958.40E5.B9A9.398C.EC7E

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição:             | 13,47 | Base de Cálculo:        | 64,92  |
| Energia:                  | 25,58 | Alíquota ICMS:          | 22,00% |
| Transmissão:              | 4,02  | Valor do ICMS:          | 14,28  |
| Encargos:                 | 4,07  | Valor do PIS:           | 0,62   |
| Tributos:                 | 17,78 | Valor do COFINS:        | 2,88   |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

|          |       |       |      |         |       |       |
|----------|-------|-------|------|---------|-------|-------|
| 6,03     | 12,06 | 24,12 | 3,49 | 6,98    | 13,95 | 3,54  |
| 0,00     |       |       | 0,00 |         |       | 0,00  |
| FLORIANO |       |       |      | 05/2018 |       | 11,36 |

ROT: 227.800.03.80.014000

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| SEU CÓDIGO         | TOTAL A PAGAR - R\$ |
| 0543149-2          | 45,65               |
| MÊS FATURADO       | VENCIMENTO          |
| 07/2018            | 09/07/2018          |
| Nº da Nota Fiscal: | 007887137 FCAM      |

836000000000 7 45650017000 0 00000000543 9 14920718008 9



| <b>MATRÍCULA</b><br>371479-9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               | <b>Hidrómetro</b><br>A07N258599           |         | <b>Referência</b><br>JUL/2018             |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|---------|-------------------------------------------|-------|-------|-----------------|-------------|-------|------|-------|------------------------------|------|------|-----------------------|------|------|-----------------------|------|------|-------|------|----|-------|------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| <b>Nome/Razão Social/Endereço</b><br>ERILMIR ALVES DOS SANTOS<br>AVE S/N PETRONIO PORTELA NUNES, 759<br>CAMPO VELHO<br>FLORIANO 64808485<br>AG= 125                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |                                           |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| <b>Situação</b><br>3/1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Res.</b><br>1              | <b>Categoria de Uso</b><br>Com. Ind. Pub. |         | <b>Inscrição</b><br>41 2 07 0509 0017-000 |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| <b>Período de Consumo</b><br>19/06/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               | <b>Período de Consumo</b><br>18/07/2018   |         | <b>Período de Consumo</b><br>29           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| <b>Histórico de Consumo</b><br><table border="1"> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Consumo</th> <th>Ocup.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01/18</td><td>1959</td><td>18</td></tr> <tr><td>02/18</td><td>1979</td><td>20</td></tr> <tr><td>03/18</td><td>1994</td><td>15</td></tr> <tr><td>04/18</td><td>2010</td><td>16</td></tr> <tr><td>05/18</td><td>2031</td><td>21</td></tr> <tr><td>06/18</td><td>2050</td><td>19</td></tr> <tr><td>07/18</td><td>2068</td><td>18</td></tr> </tbody> </table> |                               |                                           | Período | Consumo                                   | Ocup. | 01/18 | 1959            | 18          | 02/18 | 1979 | 20    | 03/18                        | 1994 | 15   | 04/18                 | 2010 | 16   | 05/18                 | 2031 | 21   | 06/18 | 2050 | 19 | 07/18 | 2068 | 18 | <b>Forma de Faturamento</b><br><b>FATURADO P/ CONSUMO NORMAL</b><br><table border="1"> <tr> <td><b>Cód. Responsável</b><br/>904220532</td> <td><b>Código de Tarifa</b><br/>01</td> </tr> <tr> <td><b>Consumo Médio</b><br/>18</td> <td><b>Consumo Faturado</b><br/>18</td> </tr> </table> |  |  | <b>Cód. Responsável</b><br>904220532 | <b>Código de Tarifa</b><br>01 | <b>Consumo Médio</b><br>18 | <b>Consumo Faturado</b><br>18 |
| Período                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Consumo                       | Ocup.                                     |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 01/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1959                          | 18                                        |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 02/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1979                          | 20                                        |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 03/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1994                          | 15                                        |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 04/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2010                          | 16                                        |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 05/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2031                          | 21                                        |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 06/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2050                          | 19                                        |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| 07/18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2068                          | 18                                        |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| <b>Cód. Responsável</b><br>904220532                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Código de Tarifa</b><br>01 |                                           |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| <b>Consumo Médio</b><br>18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Consumo Faturado</b><br>18 |                                           |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| <b>DESCRIÇÃO DA FATURA</b><br><table border="1"> <thead> <tr> <th>Cod</th> <th>Nome do Serviço</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AGUA</td> <td></td> <td>67,07</td> </tr> <tr> <td>MULTA IMPONTUALIDADE 001/001</td> <td></td> <td>2,96</td> </tr> <tr> <td>JUROS DE MORA 001/001</td> <td></td> <td>4,53</td> </tr> <tr> <td>MANUTENCAO HIDROMETRO</td> <td></td> <td>2,35</td> </tr> </tbody> </table>                                                                         |                               |                                           |         |                                           |       | Cod   | Nome do Serviço | Valor (R\$) | AGUA  |      | 67,07 | MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 |      | 2,96 | JUROS DE MORA 001/001 |      | 4,53 | MANUTENCAO HIDROMETRO |      | 2,35 |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| Cod                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nome do Serviço               | Valor (R\$)                               |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| AGUA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               | 67,07                                     |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| MULTA IMPONTUALIDADE 001/001                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               | 2,96                                      |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| JUROS DE MORA 001/001                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               | 4,53                                      |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |
| MANUTENCAO HIDROMETRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                               | 2,35                                      |         |                                           |       |       |                 |             |       |      |       |                              |      |      |                       |      |      |                       |      |      |       |      |    |       |      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |                                      |                               |                            |                               |

**VENCIMENTO** 26/07/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 76,91  
**AVISO DE DÉBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$74,44**  
**CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.**

| Parâmetros                       | Turbidez | Cor  | Cloro | PH        | Ferro | Calc. Total | Escherichia Coli |
|----------------------------------|----------|------|-------|-----------|-------|-------------|------------------|
| Valor Máximo Permitido           | 5,0      | 15   | 5,0   | 8,0 a 9,5 | 0,2   | Ausente     | Ausente          |
| NP Mínimo de Amostras Exigidas   |          |      |       |           |       |             |                  |
| NP Amostras Realizadas           |          |      |       |           |       |             |                  |
| NP Amostra que Atende Legislação |          |      |       |           |       |             |                  |
| Valor Médio                      | 0.71     | 0.00 | 1.16  | 7.15      | 0.00  | 0.00        | 0.00             |

**PRESENÇA A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS QUINZENALMENTE.**  
**A AGE PISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.**  
**EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL**

|                                                                                             |                                           |                                           |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>AGESPISA</b><br>Águas e Esgotos do Piauí S/A<br>Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888 |                                           | <b>Inscrição</b><br>41 2 07 0509 0017-000 | <b>AG= 125</b>                |
| <b>Res.</b><br>1                                                                            | <b>Categoria de Uso</b><br>Com. Ind. Pub. | <b>Matrícula</b><br>371479-9              | <b>Referência</b><br>JUL/2018 |

**VENCIMENTO** 26/07/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 76,91

8:620000000-6 76910001820-9 37147990720-1 18000000001-8



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

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ERIDMAR ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 630.353.673 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.248.863 / 02, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.248.863 / 02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

☒ Recuso informar

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

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

|                                               |                           |                         |                                                |
|-----------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>AV. PETRÔNIO PORTELA</u>       |                           | Número<br><u>759</u>    | Complemento<br><u>CASA</u>                     |
| Bairro<br><u>CAMPO VELHO</u>                  | Cidade<br><u>FURRIANO</u> | Estado<br><u>PI</u>     | CEP<br><u>64808-410</u>                        |
| Email<br><u>pitiva.seguros109@hotmail.com</u> |                           | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>89 99402-5278</u> |

FLO-PI, 06 de AGOSTO de 2018  
Local e Data

Eridmar Alves dos Santos  
Assinatura do Declarante



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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ERIDMAR ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 630.353.673 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.248.863 / 02, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 073.248.863 / 02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

☒ Recuso informar

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

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

|                                               |                           |                         |                                                |
|-----------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>AV. PETRÔNIO PORTELA</u>       |                           | Número<br><u>759</u>    | Complemento<br><u>CASA</u>                     |
| Bairro<br><u>CAMPO VELHO</u>                  | Cidade<br><u>FURRIANO</u> | Estado<br><u>PI</u>     | CEP<br><u>64808-410</u>                        |
| Email<br><u>pitiva.seguros109@hotmail.com</u> |                           | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>89 99402-5278</u> |

FLO-PI, 06 de AGOSTO de 2018  
Local e Data

Eridmar Alves dos Santos  
Assinatura do Declarante



Senha 47

SUS

MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

Nasc.: 20/05/1998 Idade: 19 ANOS, 11 MESES, 7 DIAS Profissão: ESTUDANTE

End.: TABULEIRINHO, D -

Cor: PARDA Telefone: ( ) -

Bairro: ZONA RURAL

Mãe: MARIA APARECIDA SILVA

Cidade: FLORIANO/PI

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

Clinica: CLINICA MEDICA

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Responsável: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

27/04/2018 8:09

0301060061

Procedimentos

Vermeilho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente ☐

Queixa principal:

Queixa de visão, apresenta escoriações em olhos!  
Lentes + Dor em ambos D e P (ambos)

Exame clínico/físico:

Ambos os olhos

Diagnóstico provável:

Trauma no olho D + P (ambos)

1-7 A-X do olho D E 0132804

2-7 A-X do olho P

Receita por contusão

Medicação:

Procedimentos exames realizados:

1-7 Tylenol 401 17-D, EV, contusão  
2-7 Cetorol

Ass. Técnico

Pedro Emanuel de S. Ferreira  
COREN-PI: 458.857

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

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

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

30/07/18  
Raquel

Responsável: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

GABRIEL FERREIRA, S/N,  
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000  
CNPJ: 06.553.564/0103-62  
(85) 3522-1489 - (89) 3522-1323

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P0542499 Registro: 15373  
Data: 27/04/2018 Hora: 08:09:00  
Funcionario: JO Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 47

SUS

**MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

Nasc.: 20/05/1998 Idade: 19 ANOS, 11 MESES, 7 DIAS Profissão: ESTUDANTE CPF: - RG: 3950154/PI - SUS: 898003432979055  
End.: TABULEIRINHO, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: FLORIANO/PI Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000  
Cor: PARDA Telefone: ( ) Mãe: MARIA APARECIDA SILVA Pai: ANTONIO CARLOS RODRIGUES

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Responsavel: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA - O MESMO

Temp.: 36°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

**Procedimentos**

27/04/2018 8:09 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA  
27/04/2018 8:14 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal:

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Fx de Pulmão e  
LACAD

Medicação:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

0408020245/688

Procedimentos/exames realizados:

Inten

Ass. Técnico

Ass. Técnico

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
DATA 30 07 18  
Raquel

Responsavel: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

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

NOME DO PACIENTE:

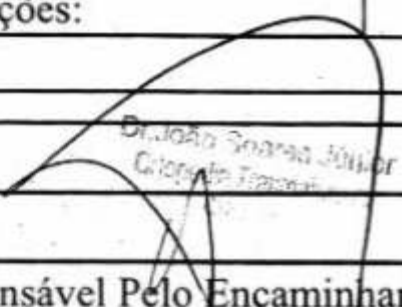
Marcos Vinícius Nóbrega

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

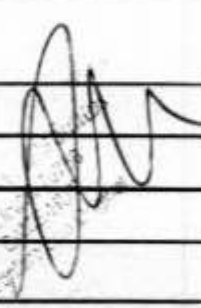
475165 Sobor

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".

### Ficha de Encaminhamento

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Da Unidade <u>HXN</u>                                                                                                                                | Para: <u>HBT</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Nome da Pessoa Encaminhada<br><u>Marco Vinícius R. dos Santos</u>                                                                                    | Registro<br><u>12512</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Motivo do Encaminhamento<br><u>Transferência com Vagões do</u><br><u>com o tumor 2 + LAC (médico)</u><br><u>superficial M. Célulo e</u><br><u>He</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Observações:                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <br>Dr. João Soares Júnior<br>Clínico Geral                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Responsável Pelo Encaminhamento                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                      | <div>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br/>DPVAT<br/>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br/>03 AGO 2018<br/>GENTE SEGURO S.A.<br/>Rua Coelho de Resende, 405 Loja C<br/>Centro - Maceió, AL - 57012-000<br/>Fone: (32) 322-1111<br/>E-mail: atendimento@gente-seguro.com.br</div> <p>Obs.: Deve ser arquivada no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional.</p> <p>Em: ____/____/____.</p> |

### Ficha de Retorno

|                                                                                       |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Da Unidade                                                                            | Para:                                    |
| Nome do Cliente:                                                                      | Registro Original                        |
| Diagnóstico e Orientações:                                                            |                                          |
|  |                                          |
|                                                                                       |                                          |
|                                                                                       |                                          |
|                                                                                       |                                          |
|                                                                                       |                                          |
|                                                                                       |                                          |
|                                                                                       | Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao |

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA** (Prontuário: 475169)  
Endereço: TABULEIRINHO - ZONA RURAL - FLORIANO - PI CEP: 64800-000  
Nascimento: 20/05/1998 Idade: 19a11m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 662637  
Requisição: 833925 Solicitação: 29/04/2018 Solicitante: RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA  
Controle: 1031291 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 29/04/2018

**PUNHO DIREITO**

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

- Fratura alinhada na metáfise distal do rádio.
- Imobilização gessada.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/05/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 29/04/2018 23:18:34

(User: RAIMUNDA SOARES)

(Estação: RECEPCAOPI)

# BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

|                                                                               |                                               |                             |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Nome: <b>MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA</b>                               |                                               | Prontuário: <b>475169</b>   |                            |
| Mãe: <b>MARIA APARECIDA SILVA</b>                                             | Pai: <b>ANTONIO CARLOS RODRIGUES DA SILVA</b> |                             |                            |
| End.Resid.: <b>TABULEIRINHO - ZONA RURAL - FLORIANO - PI - CEP: 64800-000</b> |                                               |                             |                            |
| Nascimento: <b>20/05/1998</b>                                                 | Idade: <b>19a:11m:9d</b>                      | Sexo: <b>Masculino</b>      | Fone: <b>89-99457-8153</b> |
| Responsável: <b>ERNANDA MARIA COSTA DE SOUZA</b>                              |                                               | CNS: <b>708107156859640</b> |                            |
| Profissão: <b>REPOSITOR</b>                                                   | CPF: <b>* RG: 3950154 - SSP PI</b>            |                             |                            |
| G. Instrução: <b>Não informado</b>                                            | E.Civil: <b>Concubinato</b>                   |                             |                            |
| End.Local.: <b>- - -</b>                                                      |                                               |                             |                            |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                  |                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|
| Código: <b>662637</b>                            | Data: <b>29/04/2018 23:15:16</b> | Condução: <b>AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR</b> |
| Motivo da Procura: <b>DOR MEMBROS SUPERIORES</b> |                                  | Convênio: <b>S U S</b>                           |
| Cid.Trab.: <b>Não</b>                            | Trajetos?: <b>Não</b>            | Tipico: <b>Não</b>                               |
| CID Secundário:                                  |                                  |                                                  |

## DADOS CLÍNICOS:

*LAC + fraturas de mto D*

**RAIO-X REALIZADO**  
DATA **29**  
04/18

|                      |                  |                   |                    |
|----------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| PA <b>X</b> mmHg     | Pulso: <b>72</b> | FC: <b>72</b> bpm | Temp.: <b>36,5</b> |
| Diagnóstico Inicial: |                  |                   |                    |

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*Dr. Rafael Levi L. Louçã S. da Costa*  
Médico do Esporte  
Trauma do Esporte e Artroscopia  
CRM: 3807-7 EROT: 12983  
Carimbo: Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT**  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
CENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Sousa, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64002-470  
Teresina-PI

|          |                                                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ALTA:    | <input type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Curado<br><input type="checkbox"/> Inalterado<br><input type="checkbox"/> A Pedido | <input type="checkbox"/> Administrativa<br><input type="checkbox"/> Por Indisciplina<br><input type="checkbox"/> Por Evasão | <input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:<br><input type="checkbox"/> Transferência:                                                             |
| DESTINO: | <input type="checkbox"/> Até 24 Hs<br><input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs<br><input type="checkbox"/> Após 48 Hs                               | <input type="checkbox"/> Família<br><input type="checkbox"/> IML<br><input type="checkbox"/> Anat. Patol.                   | DATA SAÍDA: <b>1/1/</b><br>HORA: <b>040001018</b><br>Proc. Solicitado: <b>S43.1</b><br>CID Compatível: <b>040001018</b><br>Prof. Solicitante Internação: |

*Ernanda Maria Costa de Souza*  
Assinatura Paciente ou Responsável

*Dr. Rafael Levi Louçã S. da Costa*  
Médico do Esporte  
CRM: 3807-7 EROT: 12983  
Trauma do Esporte e Artroscopia

Carimbo: Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS  
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Nº LAUDO: 71518  
AIH: 2218100238915

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**

CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR

CNES

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE**

898003432979055 MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

NASCIMENTO

20/05/1998

PRONTUÁRIO

475169

SEXO

M

**DOCUMENTO**

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARIA APARECIDA SILVA

RESPONSÁVEL

ERNANDA MARIA COSTA

**CEP**

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

TABULEIRINHO

NUMERO / LOTE

SN

**BAIRRO**

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

FLORIANO

LOCALIDADE ZONA RURAL

UF

PI

**PROCEDIMENTO PRINCIPAL**

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL**

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0308010019

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR**

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

CÓDIGO

0408010185

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA**

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA

CÓDIGO

0308010019

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, NIVEL NAO ESPECIFICADO T111

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

PACIENTE ENCAMINHADO APRESENTANDO DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO DIREITO+LAC, AVALIADO PELO ORTOPEDISTA, DETECTADO NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO. FOI TRANSFERIDO PARA REALIZAR CIRURGIA EM OUTRO SERVIÇO.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

**NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE**

FABIO MARCOS DE SOUSA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016278328963

DATA SOLICITAÇÃO

05/05/2018

**AUTORIZAÇÃO**

**NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR**

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

980016001406516

05/05/2018 09:56:56



*[Handwritten signature]*

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CNES

7569963

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

R98003432979055 MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

NASCIMENTO

20/05/1998

SEXO

M

PRONTUÁRIO

475169

DOCUMENTO

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARIA APARECIDA SILVA

RESPONSÁVEL

ERNANDA MARIA COSTA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

BAIRRO

COMPLEMENTO MUNICÍPIO

NUMERO / LOTE

LOCALIDADE ZONA RURAL

220390 FLORIANO

SN

UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE PUNHO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S431 - LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

CID 10

SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010185 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

LEITO/CLÍNICA

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

CARÁTER

DATA  
SOLICITAÇÃO

29/04/2018

RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA

CPF: 91304393372

CRM:

URGENCIA

DATA  
ADMISSÃO

29/04/2018 23:15

DATA ALTA

30/04/2018 22:30

MOTIVO ALTA

TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

## AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO

CPF 37320645300 CRM

DATA ANALISE: 30/04/2018 01:26:08

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

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



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA** (Prontuário: 475169)  
Endereço: TABULEIRINHO - ZONA RURAL - FLORIANO - PI CEP: 64800-000  
Nascimento: 20/05/1998 Idade: 19a11m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 662637  
Requisição: 833925 Solicitação: 29/04/2018 Solicitante: RAFAEL LEVI LOUCHARDA SILVA DA CUNHA  
Controle: 1031292 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 29/04/2018

### COTOVELO ESQUERDO

O estudo radiológico do cotovelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/05/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA** (Prontuário: 475169)  
Endereço: TABULEIRINHO - ZONA RURAL - FLORIANO - PI CEP: 64800-000  
Nascimento: 20/05/1998 Idade: 19a11m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 662637  
Requisição: 833925 Solicitação: 29/04/2018 Solicitante: RAFAEL LEVI LOUCHARDA SILVA DA CUNHA  
Controle: 1031293 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 29/04/2018

### OMBRO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/05/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Confere com o original que  
foi apresentado e dou fe.

Setor de Arquivo Técnico do  
Hospital Dirceu Arcoverde - 1º TEN PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI  
RG 105198/103-2 Mat. 144959

NOME DO PACIENTE:

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

**Piauí**  
GOVERNO DO  
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI  
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64.014-220

Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

**Saúde**  
Secretaria de Estado

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

CNES

2323451

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

## CARTÃO SUS

898003432979055

## NOME DO PACIENTE

MARCOS VINICIUS ROBRIGUES DA SILVA

## DOCUMENTO

89994578153

## TELEFONE

89994578153

## NOME DA MÃE

MARIA APARECIDA SILVA

## NASCIMENTO

20/05/1998

## PRONTUÁRIO

363502

## SEXO

M

## RESPONSÁVEL

ERNANDA MARIA COSTA DE SOUSA

## CEP

## ENDEREÇO (LOGRADOURO)

TABULEIRINHO

## NUMERO / LOTE

SN

## BAIRRO

LOCALIDADE ZONA RURAL

## COMPLEMENTO

## MUNICÍPIO

FLORIANO

## UF

PI

## PROCEDIMENTO PRINCIPAL

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

## CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0408020466

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

## CÓDIGO

0408010185

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

## CÓDIGO

0408020466

## DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE OUTRO(S) OSSO(S) DO CARPO

## CID 10 PRINCIPAL

S621

## CID 10 SECUNDARIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

## PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente de moto, apresenta fratura e luxação no carpo à direita. Necessidade de cirurgia de fratura e luxação de punho.

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

## NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

TERCIO DANTAS MOURA

## ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

## CNS SOLICITANTE

980016283179474

## DATA SOLICITAÇÃO

08/06/2018

## AUTORIZAÇÃO

## ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

## NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CARLOS FRANCISCO ALMEIDA DE OLIVEIRA

## CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

108785859390004

08/06/2018 13:06:52

Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Diretor Técnico do HPMP  
CRM-PI 2608DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.062-470  
Teresina-PI

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPMCNES  
2323451ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPMCNES  
2323451

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

898003432979055

MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

20/05/1998

M

363502

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

89994578153

MARIA APARECIDA SILVA

RESPONSÁVEL

ERNANDA MARIA COSTA DE SOUSA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

SN

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

LOCALIDADE ZONA RURAL

FLORIANO

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITÍMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR EM OMBRO D. NECESSIDADE DE CIRURGIA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX DE OMBRO ACUSA LUXAÇÃO ACRÔMIOCLAVICULAR.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S431 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIOCLAVICULAR

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010185 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURAL LUXAÇÃO ACRÔMIOCLAVICULAR

Luis Henrique Vasconcelos RBS  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

09/05/2018

TERCIO DANTAS MOURA

CPF: 93468547315

CRM:

DATA ADMISSÃO

09/05/2018 12:35

DATA ALTA

10/05/2018 13:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

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

CELSON PEREIRA FILHO  
CPF: 76156233791

CRM:

DATA ANÁLISE: 08/06/2018 14:15:00

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPMM  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                       |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR</b> | 2. CNES<br><b>2323451</b> |
| 3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR</b>  | 4. CNES<br><b>2323451</b> |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                  |                          |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 5. NOME DO PACIENTE<br><b>MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA</b> |                          |
| 6. Nº PRONTUÁRIO                                                 | 7. CARTÃO NACIONAL SUS   |
| 8. DATA NASC                                                     |                          |
| 9. SEXO: M / F                                                   | DOCUMENTOS: RG CPF       |
| 10.1 NOME DA MÃE                                                 | 10.2 NOME DO RESPONSÁVEL |
| 12.1 ENDEREÇO                                                    | 12.2 BAIRRO              |
| 12.3 COMPLEMENTO                                                 |                          |
| 13. MUNICÍPIO                                                    | 14. IBGE                 |
| 15. UF                                                           | 16. CEP                  |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                   |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando ferimentos e lesões no corpo e membros.</i> |                                      |
| 18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Necessidade de cirurgia</i>                                                                       |                                      |
| 19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br><i>RX</i>                                                  |                                      |
| 20. DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>Fratura e luxação do</i>                                                                                            | 21. CID 10 PRINCIPAL<br><i>562.2</i> |
| 22. CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                                                             | 23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS         |

Luis Henrique Vasconcelos Reis - 28 TEN PM  
RGPM 105198133-2 / Mat. 14405-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                         |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Do cirurgião de fratura e luxação do</i> | 25. COD. DO PROCEDIMENTO<br><i>0408020700</i> |
| 26. LEITOCLÍNICA<br><i>Ortopedia</i>                                                    | 27. CARATER DA INTERNAÇÃO<br><i>Eleito</i>    |
| 28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                    | 29. DT/SOLICITAÇÃO                            |
| 30. CNS/CPF                                                                             | 31. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)  |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                              |                               |                                                                           |                  |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 33. CNPJ DA SEGURADORA        | 34. Nº DO BILHETE                                                         | 35. SÉRIE        |
| 36. ( ) ACID TRABALHO TÍPICO | 37. ( ) ACID TRABALHO TRAJETO | 38. CNPJ EMPRESA                                                          | 39. CHAE EMPRESA |
| 40. CBOR                     |                               |                                                                           |                  |
| 41. CID 10 PRINCIPAL         | 42. CID 10 SECUNDÁRIO         | DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL |                  |
|                              |                               | 43. ( ) LEVE                                                              | 44. ( ) GRAVE    |
|                              |                               | 45. ( ) GRAVÍSSIMA                                                        |                  |

AUTORIZAÇÃO

|                                                                   |              |                                              |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------|
| 46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                              | 47. DT. AUT. | 48. CNS/CPF                                  |
| 49. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)                      |              |                                              |
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:                            |              |                                              |
| JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO                                |              |                                              |
| 50. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO/AUDITORIA |              |                                              |
| 51. DT. AUT.                                                      | 52. CNS/CPF  | 53. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO) |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 266 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO                                               |                    |
| 1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR | 2. CNES<br>2323451 |
| 3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR  | 4. CNES<br>2323451 |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                      |                    |
| 5. NOME DO PACIENTE                                                            |                    |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                             |  |                           |  |  |  |                          |  |                |  |                |  |                   |  |
|---------------------------------------------|--|---------------------------|--|--|--|--------------------------|--|----------------|--|----------------|--|-------------------|--|
| 5. NOME DO PACIENTE                         |  | IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE |  |  |  |                          |  |                |  |                |  | 2523451           |  |
| 6. Nº PRONTUÁRIO                            |  | 7. CARTÃO NACIONAL SUS    |  |  |  | 8. DATA NASC             |  | 9. SEXO: M / F |  | DOCUMENTOS: RG |  | CPF               |  |
| 10.1 NOME DA MÃE                            |  |                           |  |  |  |                          |  | 1              |  | 3              |  | Nº                |  |
| 12.1 ENDEREÇO                               |  |                           |  |  |  | 10.2 NOME DO RESPONSÁVEL |  |                |  |                |  |                   |  |
| 12.2 BAIRRO                                 |  |                           |  |  |  | 12.3 COMPLEMENTO         |  |                |  |                |  |                   |  |
| ENDEREÇO LOCAL                              |  |                           |  |  |  | BAIRRO LOCAL             |  |                |  |                |  | COMPLEMENTO LOCAL |  |
| TELEFONE DE CONTATO                         |  | 13. MUNICÍPIO             |  |  |  | 14. IBGE                 |  |                |  | 15. UF         |  | 16. CEP           |  |
| 17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS            |  |                           |  |  |  |                          |  |                |  |                |  |                   |  |
| LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO |  |                           |  |  |  |                          |  |                |  |                |  |                   |  |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                               |                      |                       |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------------|
| 17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                     |                      |                       |                              |
| Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando ferimentos e lesões no corpo e membros. |                      |                       |                              |
| 18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                     |                      |                       |                              |
| Necessidade de cirurgia                                                                       |                      |                       |                              |
| 19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)           |                      |                       |                              |
| R7                                                                                            |                      |                       |                              |
| 20. DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                       | 21. CID 10 PRINCIPAL | 22. CID 10 SECUNDÁRIO | 23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| Fratura e luxação do corpo de S6                                                              |                      |                       |                              |
| 24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                      |                      |                       |                              |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                       |                      |                       |                              |

Luís Henrique Vasconcelos Reis 20 TEN FMA  
RGPM 105198123-2 / Mat. 14495-3  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

|                                          |                            |                                      |                                               |
|------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO |                            | PROCEDIMENTO SOLICITADO              |                                               |
| 26. LEITO/CLÍNICA                        | 27. CARACTER DA INTERNAÇÃO | 28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 25. COD. DO PROCEDIMENTO                      |
| 29. DT/SOLICITAÇÃO                       | 30. CNS/CPF                |                                      | 31. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES, QUEDA, ETC.)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                      |  |                        |  |                                                         |  |
|--------------------------------------|--|------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|
| 32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO         |  | 33. CNPJ DA SEGURADORA |  | 31. ASSINATURA E CARIMBO (N) REG DO CONSELHO            |  |
| 36. ( ) ACID TRABALHO TÍPICO         |  | 38. CNPJ EMPRESA       |  | 34. Nº DO BILHETE                                       |  |
| 37. ( ) ACID TRABALHO TRAJETO        |  |                        |  | 35. SÉRIE                                               |  |
| 41. CID 10 PRINCIPAL                 |  | 39. CNAE EMPRESA       |  | 40. CBOR                                                |  |
| 42. CID 10 SECUNDÁRIO                |  |                        |  | 43. ( ) LEVE      44. ( ) GRAVE      45. ( ) GRAVÍSSIMA |  |
| 46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |  | AUTORIZAÇÃO            |  |                                                         |  |

### AUTORIZAÇÃO

|                                                  |  |                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR             |  | <b>AUTORIZAÇÃO</b><br>JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO                                                               |  | 45. ( ) GRAVE<br>( ) GRAVÍSSIMA                                                                                                                                                            |
| 47. DT. AUT. ____/____/____<br>48. CNS/CPF _____ |  | 50. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO/ AUDITORIA<br>51. DT. AUT. ____/____/____<br>52. CNS/CPF _____ |  |                                                                                                                                                                                            |
| 49. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)     |  | 53. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)                                                                           |  | DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>08/08/2018<br>GENTE SEGURADORA S.A.<br>R. Coelho de Resende, 465 Loja C<br>Centro - Norte CEP: 84.002-470<br>Teresina-PJ |
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____     |  |                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                            |

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR

3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR

2. CNES

2323451

4. CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE

MARCO VINÍCIOS RODRIGUES DA SILVA

6. Nº PRONTUÁRIO

7. CARTÃO NACIONAL SUS

8. DATA NASC

9. SEXO: M / F

DOCUMENTOS: RG

CPF

10.1 NOME DA MÃE

10.2 NOME DO RESPONSÁVEL

12.1 ENDEREÇO

12.2 BAIRRO

12.3 COMPLEMENTO

ENDEREÇO LOCAL

BAIRRO LOCAL

COMPLEMENTO LOCAL

11. TELEFONE DE CONTATO

13. MUNICÍPIO

14. IBGE

15. UF

16. CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Presença de dor de dente  
na região superior esquerda  
dentado em gulo

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Atividade de cura

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

Luís Henrique Reis 18/10/2018  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor do Arquivo

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

21. CID 10 PRINCIPAL

22. CID 10 SECUNDÁRIO

23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26. LEITO/CLÍNICA

27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30. CNS/CPF

25. COD. DO PROCEDIMENTO

29. DT/SOLICITAÇÃO

31. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

33. CNPJ DA SEGURADORA

36. ( ) ACID TRABALHO TÍPICO

38. CNPJ EMPRESA

37. ( ) ACID TRABALHO TRAJETO

34. Nº DO BILHETE

35. SÉRIE

41. CID 10 PRINCIPAL

39. CNAE EMPRESA

40. CBOR

42. CID 10 SECUNDÁRIO

DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

43. ( ) LEVE

44. ( ) GRAVE

45. ( ) GRAVÍSSIMA

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

47. DT. AUT.

48. CNS/CPF

50. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO

51. DT. AUT.

52. CNS/CPF

49. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)

53. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                       |  |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|
| 1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR</b> |  | 2. CNES<br><b>2323451</b> |
| 3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR</b>  |  | 4. CNES<br><b>2323451</b> |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                     |  |                          |  |                        |  |                                           |  |                                           |  |                                                                                     |  |                         |  |
|---------------------|--|--------------------------|--|------------------------|--|-------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| 5. NOME DO PACIENTE |  | 6. Nº PRONTUÁRIO         |  | 7. CARTÃO NACIONAL SUS |  | 8. DATA NASC                              |  | 9. SEXO: M / F                            |  | DOCUMENTOS: RG                                                                      |  | CPF                     |  |
| 10.1 NOME DA MÃE    |  | 10.2 NOME DO RESPONSÁVEL |  | 12.1 ENDEREÇO          |  | 12.2 BAIRRO                               |  | 12.3 COMPLEMENTO                          |  | 11. TELEFONE DE CONTATO                                                             |  | 13. MUNICÍPIO           |  |
| 14. IBGE            |  | 15. UF                   |  | 16. CEP                |  | 17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS |  | 18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO |  | 19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) |  | 20. DIAGNÓSTICO INICIAL |  |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
*paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando lesões graves em membros superiores e inferiores.*

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
*necessidade de cirurgia.*

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)  
*11/1*

Luiz Henrique dos Santos Reis 10 TEN PM  
RGPM 105198193-2 / Matr. 14455-3  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

|                                                     |                                      |                       |                              |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 20. DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>fratura de humero</i> | 21. CID 10 PRINCIPAL<br><i>S93.1</i> | 22. CID 10 SECUNDÁRIO | 23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------|

|                                                                      |                                                |                                                                 |                                          |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>fratura de humero</i> |                                                | 25. COD. DO PROCEDIMENTO<br><i>040801015</i>                    |                                          |
| 26. LEITO/CLÍNICA<br><i>Int. 10</i>                                  | 27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br><i>eletrônico</i> | 28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br><i>Dr. [assinatura]</i> | 29. DT./SOLICITAÇÃO<br><i>10/08/2018</i> |
| 30. CNS/CPF<br><i>73468547315</i>                                    |                                                | 31. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)                   |                                          |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                              |                               |                       |                  |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------------|
| 32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 33. CNPJ DA SEGURADORA        | 34. Nº DO BILHETE     | 35. SÉRIE        |
| 36. ( ) ACID TRABALHO TÍPICO | 37. ( ) ACID TRABALHO TRAJETO | 38. CNPJ EMPRESA      | 39. CNAE EMPRESA |
| 40. CID 10 PRINCIPAL         | 41. CID 10 SECUNDÁRIO         | 42. CID 10 SECUNDÁRIO |                  |

AUTORIZAÇÃO

|                                               |  |                                                         |  |                                               |  |
|-----------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|
| 43. ( ) LEVE                                  |  | 44. ( ) GRAVE                                           |  | 45. ( ) OUTRO                                 |  |
| 46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR          |  | 47. DT. AUT.                                            |  | 48. CNS/CPF                                   |  |
| 49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) |  | 50. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO |  | 51. DT. AUT.                                  |  |
| 52. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL     |  | 53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)           |  | 54. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) |  |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
CENTRO ADJUDICATÓRIA  
CENTRO ADJUDICATÓRIA S.A.  
Rua Celso de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

644960

## Identificação do Paciente

5 - Nome: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

6 - Prontuário: 363502

7 - CNS: 098003432979055

8 - Nascimento: 20/05/1998

9 - Sexo: M

CPF: 073.248.863-02

10 - Mãe: MARIA APARECIDA SILVA

12 - Fone: 99-9.94578153 / 99-4238177

11 - Resp: ERNANDA MARIA COSTA DE SOUZA

14 - Cor: PARDA

13 - Ender: POVOADO TABULEIRINHO

15 - CEP: 64800-000

16 - Munic: FLORIANO

17 - Cod. IBGE: 220390 18 - UF: PI RG: 39501-54

## Justificativa da Internação

19 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

paciente se mantém de acordo  
do estado, apresentando  
fórmula leucocitária com  
leucocitose, elevadas

20 - Condições que justificam a internação:

insuficiência cardíaca

21 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

ECG

22 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ:

25 - Cid Sec:

26 - Cid C. Ass:

## Procedimento Solicitado

27 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Tempo SUS

28 - Clínica:

30 - Caracter:

Ident:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

POSTO II

02

1

CPF

1E778693841

33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LPA

34 - Data de Solicitação:

30/04/2018

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Rôto:

41 - Sme:

37 - ( ) Acidente de Trabalho - Tipo:

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE Empresa:

44 - CBO:

38 - ( ) Acidente de Trabalho - Tipo:

45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Auto

Aposentado

( ) Inss Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizado:

48 - Documento:

49 - Num. Documento:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 965 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

50 - Ass. Consult. P.O. Consultor:

51 - Ass. Consult. P.O. Consultor:

Consult. Local:

Consult. SUS: 21640167

Impressão: 22/11/27

52 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Ermanda Maria Costa de Souza

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                          |          |             |
|------------------------------------------|----------|-------------|
| 1 - Nome do estabelecimento solicitante: | 2 - CNES | Atendimento |
| HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE | 2323451  |             |
| 3 - Nome do estabelecimento executante:  | 4 - CNES | 644960      |
| HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE | 2323451  |             |

## Identificação do Paciente

|                 |                                    |                 |                           |
|-----------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| 5 - Nome:       | MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA | 6 - Prontuário: | 363502                    |
| 7 - CNS:        | 898003432879055                    | 8 - Nascimento: | 20/05/1998                |
| 9 - Sexo:       | M                                  | 10 - CPF:       | 073.248.863-02            |
| 11 - Mãe:       | MARIA APARECIDA SILVA              | 12 - Fone:      | 89-9.94578153 / 994238177 |
| 13 - Resp:      | ERNANDA MARIA COSTA DE SOUZA       | 14 - Cor:       | PARDA                     |
| 15 - Ender:     | POVOADO TABULEIRINHO               | 16 - CEP:       | 64800-000                 |
| 17 - Cod. IBGE: | 220390                             | 18 - UF:        | PI                        |
| 19 - RG:        | 39591-54                           |                 |                           |

## Justificativa da Internação

## 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Presença de sinais e sintomas de ressecamento da pele, com prurido intenso e lesões na pele (vermelhidão e coceira) devido a dermatite atópica.

## 21 - Condições que justificam a internação:

necessidade de cirurgia

## 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

RX

## 23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C. Ass.:

Luiz Henrique Vasconcelos Reis 19/05/2018  
RGPM 105190193-2 / Matr. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

## Procedimento Solicitado

## 28 - Cod. Proced. 29 - Procedimento Solicitado:

Tempo SUS

## 29 - Clínica:

POSTO II

## 30 - Caráter:

02

## Ident.:

1

## 31 - Documento:

CP

## 32 Doc. Med. Solic.

15778802841

## 33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

## 34 - Data de Solicitação:

30/04/2018

35 - Ass. Carimbo Med. Solicitante

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

|                                                                                            |                       |                      |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|
| 36 - ( ) Acidente de Trânsito:                                                             | 39 - CNPJ Seguradora: | 42 - Nº. Bônus:      | 41 - Série:       |
| 37 - ( ) Acidente de Trabalho:                                                             | 40 - CNPJ Empresa:    | 43 - CNAE - Empresa: | 44 - CBOR:        |
| 38 - ( ) Acidente de Trabalho:                                                             |                       |                      |                   |
| 45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado |                       |                      | ( ) Não Segurado. |

## Autorização

## 46 - Nome do Profissional Autorizador

## 47 - Data Autorização:

## 48 - Documento:

## 49 - Num. Documento:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

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

Usuário: MARIA DOWES

Consultas SUS: 215401842

Impressão: 23/10/27

## 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Ernanda Maria Costa de Souza



# Polícia Militar do Piauí HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

## FOLHA DE INTERNAÇÃO

|                                                           |  |                                          |  |                            |  |
|-----------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|----------------------------|--|
| INTERNOU-SE NO HOSPITAL                                   |  | FICHA DE PRONTUÁRIO                      |  | 30/04/2016                 |  |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |  | Nome: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA |  | Pront: 363502              |  |
| IDEM OUTROS HOSPITAIS                                     |  | Nasc: 20/05/1996 Sexo: M                 |  | Convênio: SUS - INTERNACAO |  |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |  | Atendimento: 644960                      |  | Enfermaria: POSTO II       |  |
| CLÍNICA                                                   |  | ENF 214 LEITO                            |  | Leito: 213                 |  |
| Médico Assistente                                         |  | Pai: ANTONIO CARLOS RODRIGUES DA SILVA   |  |                            |  |
| Permanência                                               |  | Mãe: MARIA APARECIDA SILVA               |  |                            |  |
| CLÍNICA                                                   |  | RG: 3950154                              |  |                            |  |
|                                                           |  | Residência:                              |  |                            |  |
|                                                           |  | POVOADO TABULEIRINHO                     |  | Bairro: ZONA RURAL         |  |
|                                                           |  | Nr: 0                                    |  | Cidade: FLORIANO           |  |
|                                                           |  | Cep: 64000000                            |  | Telefone: 09 - 394576152   |  |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Fone CEP: 64.002-470  
(Favreiros - PI)

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que For Submetido

*paciente no tempo de internação em  
nada aparente patológico, porém com  
pontos de dor e lesões pequenas na pele*

### DIAGNÓSTICO

|                              |                       |              |                   |
|------------------------------|-----------------------|--------------|-------------------|
| Provisório                   | <i>lesões de pele</i> | CID          | <i>L91.1</i>      |
| Principal                    | <i>lesões de pele</i> | CID          | <i>L91.1</i>      |
| Procedimento                 |                       |              |                   |
| Síntomas e Sinais Principais | <i>lesões de pele</i> | Causa Médica | Histo. Patológico |

Urs Henrique Vasconcelos Reis 79 TCM FM  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

### TRATAMENTO

|                                                                                                                                                                   |                    |               |                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo                                                                                                                                                              | Terapêutica Médica | Operação      | Eficácia                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma<br><input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Cirurgião<br><input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirurgião |                    | <i>lesões</i> | <input type="checkbox"/> Nenhuma<br><input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Cirurgião<br><input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirurgião |

### DURAÇÃO

|                         |              |                        |
|-------------------------|--------------|------------------------|
| Data/fora de internação | Data da Alta | Data da Hospitalização |
| 30/04/2018 23:12:12     |              |                        |

### ALTA

|                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Saída                                                                                                                                                                                                   | Transferência                                                                                                                                                       | Óbito                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Curado<br><input type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Inalterado<br><input type="checkbox"/> Agravado<br><input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Desalta Médica<br><input type="checkbox"/> Por Indisposição<br><input type="checkbox"/> Faleceu<br><input type="checkbox"/> F. Ambulatorio | <input type="checkbox"/> Ocorreu nas primeiras 48 horas de internação<br><input type="checkbox"/> Ocorreu nas primeiras 48 horas de internação<br><input type="checkbox"/> Ocorreu nas primeiras 48 horas de internação |

THE

Assinatura

"Humanizando e Contendo Bem do Seu Sinto"

Av. Higino Cunha, 1642 Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520  
CEP: 64014-050 Teresina - PI CNPJ: 07.444.159/0002-25 CMC 105.172-R

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 07/09/2018  
Nº DO PRONTUÁRIO 363502 SALA 7  
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 54.002-470  
Teresina-Pi

Acum dorsal pl pulm  
Monte copula dorsal  
produção do luxação peri-  
menisheal  
Fixado o osso do corpo  
realizado reparo ligamentar  
Sutura a f

Dr. Tereza  
ORTOPEDIA

Luiz Henrique Vasconcelos Reis  
RGPM 105198193-77 Matr. 14495  
Chefe do Setor de Anestesia

Cirurgia: T6 ex de prótese a luxação  
Cirurgião: Dr. Tereza do corpo  
1º Auxiliar:  
2º Auxiliar:  
3º Auxiliar:  
Instrumentador: Zizyfe  
Circulante: J. J. 001

José de Jesus Macho  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-PI 628.254



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 09/08/2018  
Nº DO PRONTUÁRIO: 105198193-2 SALA: 1  
CÓD DA CIRURGIA: 42.22.01.00

Descrição da Cirurgia:

- 1) Vacunado a DDT sob  
cadeira de praia sob  
bloqueio de joelhos em 15.
- 2) Fecho Transversal com  
Cur da AC
- 3) Realizada amarela subcutânea  
comêles
- 4) Fixado com 2 fios K a  
LAC
- 5) Sutura e fix



Lucas Henrique Vasconcelos Reis - 78 TEN PM  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Dr. Tércio Lins  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 8820

Cirurgia: Tilo crânio de LAC

Cirurgião: Dr. Tércio

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Posto 1

ID: 24444

## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: \_\_\_\_\_

CONTATO FEITO COM: \_\_\_\_\_

CONFIRMADO A VAGA: SIM (X) NÃO ( )

ESTOR 715.18

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Marcos Vinicius Rodrigues da Silva

IDADE: 19 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Tubo... Zona... Flores...

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

### II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ( )

CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Tramando em...  
Ar - limitação funcional de  
MSD. 1 por...  
ASD

EXAMES REALIZADOS:

Pr 1 + ...

DIAGNÓSTICO:

LAC

343.1

0408010185

Luís Henrique Vasconcelos Reis - DETRAN  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-3  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

TRATAMENTO REALIZADO:

Insulínica

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Hosp. de Teresina

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

DATA:

04/2018

Ass. e carimbo do médico

DATA: 07 Maio 2018  
N. DO PROMISSÁRIO: 363307 SALA 7  
CÓD. DA CIRURGIA: 0408020466

NAME: UNACOS V. MICHAEL HARRISON JR DOB: 11/15 Sex: M Age: 31  
 PROCEDURE: Full Cervical Lumbar Discectomy Pre Op Exam: OK  
 CHURCH: None HGT: 5'10" ANEST: General I/O: 10/15 Pre Op Exam: OK  
 NETH: 11/15 WGT: 170 MED: 10/15 Pre Op Exam: OK  
 R: 11/15 L: 11/15 Pre Op Exam: OK

NAME: [blank]  
 GRADE: [blank]  
 PROJECT: [blank]  
 DATE: [blank]  
 SCALE: [blank]  
 SECTION: [blank]  
 DRAWN BY: [blank]  
 CHECKED BY: [blank]  
 APPROVED BY: [blank]

1. [blank]  
 2. [blank]  
 3. [blank]  
 4. [blank]  
 5. [blank]  
 6. [blank]  
 7. [blank]  
 8. [blank]  
 9. [blank]  
 10. [blank]

11. [blank]  
 12. [blank]  
 13. [blank]  
 14. [blank]  
 15. [blank]  
 16. [blank]  
 17. [blank]  
 18. [blank]  
 19. [blank]  
 20. [blank]

21. [blank]  
 22. [blank]  
 23. [blank]  
 24. [blank]  
 25. [blank]  
 26. [blank]  
 27. [blank]  
 28. [blank]  
 29. [blank]  
 30. [blank]

31. [blank]  
 32. [blank]  
 33. [blank]  
 34. [blank]  
 35. [blank]  
 36. [blank]  
 37. [blank]  
 38. [blank]  
 39. [blank]  
 40. [blank]

41. [blank]  
 42. [blank]  
 43. [blank]  
 44. [blank]  
 45. [blank]  
 46. [blank]  
 47. [blank]  
 48. [blank]  
 49. [blank]  
 50. [blank]

51. [blank]  
 52. [blank]  
 53. [blank]  
 54. [blank]  
 55. [blank]  
 56. [blank]  
 57. [blank]  
 58. [blank]  
 59. [blank]  
 60. [blank]

61. [blank]  
 62. [blank]  
 63. [blank]  
 64. [blank]  
 65. [blank]  
 66. [blank]  
 67. [blank]  
 68. [blank]  
 69. [blank]  
 70. [blank]

71. [blank]  
 72. [blank]  
 73. [blank]  
 74. [blank]  
 75. [blank]  
 76. [blank]  
 77. [blank]  
 78. [blank]  
 79. [blank]  
 80. [blank]

81. [blank]  
 82. [blank]  
 83. [blank]  
 84. [blank]  
 85. [blank]  
 86. [blank]  
 87. [blank]  
 88. [blank]  
 89. [blank]  
 90. [blank]

91. [blank]  
 92. [blank]  
 93. [blank]  
 94. [blank]  
 95. [blank]  
 96. [blank]  
 97. [blank]  
 98. [blank]  
 99. [blank]  
 100. [blank]

101. [blank]  
 102. [blank]  
 103. [blank]  
 104. [blank]  
 105. [blank]  
 106. [blank]  
 107. [blank]  
 108. [blank]  
 109. [blank]  
 110. [blank]

111. [blank]  
 112. [blank]  
 113. [blank]  
 114. [blank]  
 115. [blank]  
 116. [blank]  
 117. [blank]  
 118. [blank]  
 119. [blank]  
 120. [blank]

121. [blank]  
 122. [blank]  
 123. [blank]  
 124. [blank]  
 125. [blank]  
 126. [blank]  
 127. [blank]  
 128. [blank]  
 129. [blank]  
 130. [blank]

131. [blank]  
 132. [blank]  
 133. [blank]  
 134. [blank]  
 135. [blank]  
 136. [blank]  
 137. [blank]  
 138. [blank]  
 139. [blank]  
 140. [blank]

141. [blank]  
 142. [blank]  
 143. [blank]  
 144. [blank]  
 145. [blank]  
 146. [blank]  
 147. [blank]  
 148. [blank]  
 149. [blank]  
 150. [blank]

151. [blank]  
 152. [blank]  
 153. [blank]  
 154. [blank]  
 155. [blank]  
 156. [blank]  
 157. [blank]  
 158. [blank]  
 159. [blank]  
 160. [blank]

161. [blank]  
 162. [blank]  
 163. [blank]  
 164. [blank]  
 165. [blank]  
 166. [blank]  
 167. [blank]  
 168. [blank]  
 169. [blank]  
 170. [blank]

171. [blank]  
 172. [blank]  
 173. [blank]  
 174. [blank]  
 175. [blank]  
 176. [blank]  
 177. [blank]  
 178. [blank]  
 179. [blank]  
 180. [blank]

181. [blank]  
 182. [blank]  
 183. [blank]  
 184. [blank]  
 185. [blank]  
 186. [blank]  
 187. [blank]  
 188. [blank]  
 189. [blank]  
 190. [blank]

191. [blank]  
 192. [blank]  
 193. [blank]  
 194. [blank]  
 195. [blank]  
 196. [blank]  
 197. [blank]  
 198. [blank]  
 199. [blank]  
 200. [blank]

201. [blank]  
 202. [blank]  
 203. [blank]  
 204. [blank]  
 205. [blank]  
 206. [blank]  
 207. [blank]  
 208. [blank]  
 209. [blank]  
 210. [blank]

211. [blank]  
 212. [blank]  
 213. [blank]  
 214. [blank]  
 215. [blank]  
 216. [blank]  
 217. [blank]  
 218. [blank]  
 219. [blank]  
 220. [blank]

221. [blank]  
 222. [blank]  
 223. [blank]  
 224. [blank]  
 225. [blank]  
 226. [blank]  
 227. [blank]  
 228. [blank]  
 229. [blank]  
 230. [blank]

231. [blank]  
 232. [blank]  
 233. [blank]  
 234. [blank]  
 235. [blank]  
 236. [blank]  
 237. [blank]  
 238. [blank]  
 239. [blank]  
 240. [blank]

241. [blank]  
 242. [blank]  
 243. [blank]  
 244. [blank]  
 245. [blank]  
 246. [blank]  
 247. [blank]  
 248. [blank]  
 249. [blank]  
 250. [blank]

251. [blank]  
 252. [blank]  
 253. [blank]  
 254. [blank]  
 255. [blank]  
 256. [blank]  
 257. [blank]  
 258. [blank]  
 259. [blank]  
 260. [blank]

261. [blank]  
 262. [blank]  
 263. [blank]  
 264. [blank]  
 265. [blank]  
 266. [blank]  
 267. [blank]  
 268. [blank]  
 269. [blank]  
 270. [blank]

271. [blank]  
 272. [blank]  
 273. [blank]  
 274. [blank]  
 275. [blank]  
 276. [blank]  
 277. [blank]  
 278. [blank]  
 279. [blank]  
 280. [blank]

281. [blank]  
 282. [blank]  
 283. [blank]  
 284. [blank]  
 285. [blank]  
 286. [blank]  
 287. [blank]  
 288. [blank]  
 289. [blank]  
 290. [blank]

291. [blank]  
 292. [blank]  
 293. [blank]  
 294. [blank]  
 295. [blank]  
 296. [blank]  
 297. [blank]  
 298. [blank]  
 299. [blank]  
 300. [blank]

301. [blank]  
 302. [blank]  
 303. [blank]  
 304. [blank]  
 305. [blank]  
 306. [blank]  
 307. [blank]  
 308. [blank]  
 309. [blank]  
 310. [blank]

311. [blank]  
 312. [blank]  
 313. [blank]  
 314. [blank]  
 315. [blank]  
 316. [blank]  
 317. [blank]  
 318. [blank]  
 319. [blank]  
 320. [blank]

321. [blank]  
 322. [blank]  
 323. [blank]  
 324. [blank]  
 325. [blank]  
 326. [blank]  
 3

1. 1000 ft  
2. 1000 ft  
3. 1000 ft  
4. 1000 ft  
5. 1000 ft  
6. 1000 ft  
7. 1000 ft  
8. 1000 ft  
9. 1000 ft  
10. 1000 ft  
11. 1000 ft  
12. 1000 ft  
13. 1000 ft  
14. 1000 ft  
15. 1000 ft  
16. 1000 ft  
17. 1000 ft  
18. 1000 ft  
19. 1000 ft  
20. 1000 ft  
21. 1000 ft  
22. 1000 ft  
23. 1000 ft  
24. 1000 ft  
25. 1000 ft  
26. 1000 ft  
27. 1000 ft  
28. 1000 ft  
29. 1000 ft  
30. 1000 ft  
31. 1000 ft  
32. 1000 ft  
33. 1000 ft  
34. 1000 ft  
35. 1000 ft  
36. 1000 ft  
37. 1000 ft  
38. 1000 ft  
39. 1000 ft  
40. 1000 ft  
41. 1000 ft  
42. 1000 ft  
43. 1000 ft  
44. 1000 ft  
45. 1000 ft  
46. 1000 ft  
47. 1000 ft  
48. 1000 ft  
49. 1000 ft  
50. 1000 ft  
51. 1000 ft  
52. 1000 ft  
53. 1000 ft  
54. 1000 ft  
55. 1000 ft  
56. 1000 ft  
57. 1000 ft  
58. 1000 ft  
59. 1000 ft  
60. 1000 ft  
61. 1000 ft  
62. 1000 ft  
63. 1000 ft  
64. 1000 ft  
65. 1000 ft  
66. 1000 ft  
67. 1000 ft  
68. 1000 ft  
69. 1000 ft  
70. 1000 ft  
71. 1000 ft  
72. 1000 ft  
73. 1000 ft  
74. 1000 ft  
75. 1000 ft  
76. 1000 ft  
77. 1000 ft  
78. 1000 ft  
79. 1000 ft  
80. 1000 ft  
81. 1000 ft  
82. 1000 ft  
83. 1000 ft  
84. 1000 ft  
85. 1000 ft  
86. 1000 ft  
87. 1000 ft  
88. 1000 ft  
89. 1000 ft  
90. 1000 ft  
91. 1000 ft  
92. 1000 ft  
93. 1000 ft  
94. 1000 ft  
95. 1000 ft  
96. 1000 ft  
97. 1000 ft  
98. 1000 ft  
99. 1000 ft  
100. 1000 ft

104501215  
2424

Sun Pine / Burnt Pine / Pine / Red Pine

Best of all the 9:30 discussion

6. 10. 1944. 10. 10. 1944. 10. 10. 1944.

ITDV in Bristol & Co., Ltd.

\_\_\_\_\_

[illegible]

126 - FAIRY SUMMER MOUNTAIN RANGE - TOWN OF  
12617 RANGER FIVE GROUP

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOME DO PACIENTE<br><i>Yara Lima</i>                                                                                                                                                                 |  | SPONTÂNEO<br><i>HPH</i>                                                                                                                                                 |  | CLÍNICA                                                                                                                                                                                                        |  | ENE ou APT.                                                                                                                                                             |  | LEITO                                                                                                                                                                   |  |
| DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES<br><i>DMC + Hipertensão</i>                                                                                                                                         |  | ALERGIAS                                                                                                                                                                |  | D. NASCIMENTO                                                                                                                                                                                                  |  | MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                         |  |
| DATA: <i>23/08/2018</i> HORA: <i>10h</i>                                                                                                                                                             |  | HORÁRIO                                                                                                                                                                 |  | OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                         |  |
| <p>1 - Dieta 2000 kcal</p> <p>2 - SF 60-70 mmHg</p> <p>3 - Diuretico 20 mg</p> <p>4 - Insulina 10 unidades</p> <p>5 - Paracetamol 500 mg</p> <p>6 - Propranolol 10 mg</p> <p>7 - Captopril 25 mg</p> |  | <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> |  | <p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br/>DPVAT<br/>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>09 AGO 2018</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A.<br/>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br/>Centro-Norte CEP: 64.002-470<br/>Teresina-Pi</p> |  | <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> |  | <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> <p><i>Yara Lima</i></p> |  |

*Dr. Roldão Leal*  
CRM-2007  
Médico de Esporte  
SBOT 12983  
Clínica do Olho e Coração

*Luiz Henrique Vasconcelos Reis*  
RGPM 105198193-2 / Matr. 14495-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 99265  
PACIENTE: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA  
NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA SILVA  
DATA DO NASCIMENTO: 20/05/1998  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 30/04/2018  
DATA DO LAUDO: 04/05/2018  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Traço radioluciente com extensão articular no rádio distal.

Luxação escafo-semilunar.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Obs.:

\*Correlacionar com dados clínicos.

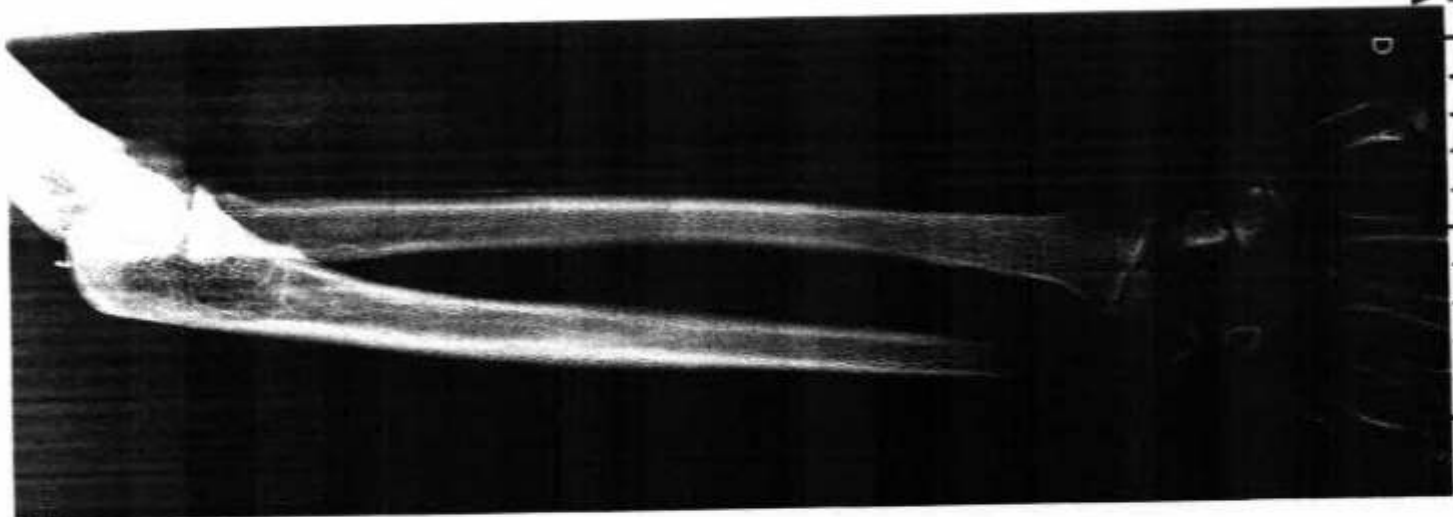
\*Sugere-se correlação com estudo específico.



  
Luis Henrique Vasconcelos Reis 10 TEN PM  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

  
Nayra Virginia S. Costa  
CRM-PI 3326

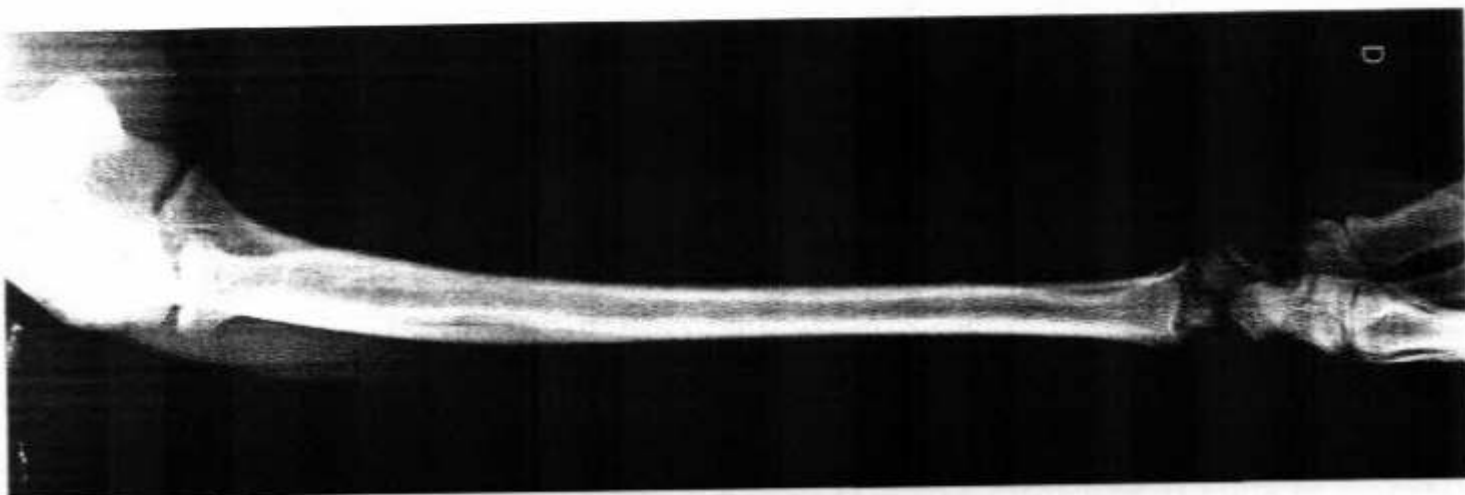
**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM 3326



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 61.002-470  
Teresina

Luís Henrique Vasconcelos Reis - 2º TEN FM  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Imagem: 02/06/2018 Hora: 06:26





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 99265

PACIENTE: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA SILVA

DATA DO NASCIMENTO: 20/05/1998

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 30/04/2018

DATA DO LAUDO: 04/05/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Estrutura óssea conservada.

Interlinhas articulares preservadas.

Partes moles sem alterações.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Exame radiográfico do tórax sem alterações detectáveis pelo método.

\*Correlacionar com dados clínicos.



*Luis Henrique Vasconcelos Reis*  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-3  
Chefe do Setor de Arquivos

*Nayra Virginia S. Costa*  
CRM-PI 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 100689  
PACIENTE: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA  
NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA SILVA  
DATA DO NASCIMENTO: 20/05/1998  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 09/05/2018  
DATA DO LAUDO: 15/05/2018  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Fixação ortopédica na articulação acrômio-clavicular com fios metálicos.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.



Luís Henrique Vasconcelos Reis 78181711  
RGPM 105198133-27/Mai. 14495 7  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Nayra Virginia S. Costa  
CRM-Pi 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Hígino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 99265  
PACIENTE: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA  
NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA SILVA  
DATA DO NASCIMENTO: 20/05/1998  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 30/04/2018  
DATA DO LAUDO: 04/05/2018  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Estrutura óssea conservada.

Sinais de luxação acrômio-clavicular.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.



Luís Henrique Vasconcelos Reis  
RGPM 105198193-7 / Matr. 1440  
Chefe do Setor do Atendimento

Nayra Virginia S. Costa  
CRM-PI 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520



# POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: **MARCOS VINÍCIUS R. DA SILVA**  
MÉDICO  
CONVÊNIO: **SUS**

IDADE: **40 ANOS**

## HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

### ERITROGRAMA

Hemácias em milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina em g/dl  
Hematócrito em %

#### VALORES ENCONTRADOS

**4,5**  
**13,5**  
**40,0**

#### VALORES DE REFERÊNCIA:

| HOMEM       | MULHER      |
|-------------|-------------|
| 4,5 - 6,5   | 3,9 - 5,8   |
| 13,5 - 18,0 | 11,5 - 16,4 |
| 40,0 - 54,0 | 36,0 - 47,0 |

### OBSERVAÇÕES:

**Parâmetros normais e hemogramas.**

### LEUCOGRAMA

Leucócitos por mm<sup>3</sup> **5.100**

#### REFERENCIAL

4.000 10.000

|                | %  | REFERENCIAL | ABSOLUTO |
|----------------|----|-------------|----------|
| Bastões        | 5  | 3           | 5        |
| Segmentados    | 85 | 50          | 66       |
| Eosinófilos    | 2  | 2           | 4        |
| Basófilos      | 0  | 0           | 1        |
| Linfócitos     | 23 | 20          | 30       |
| Monócitos      | 1  | 4           | 8        |
| Metamielócitos | 0  | 0           | 1        |
| Mielócitos     | 0  | 0           | 0        |

### OBSERVAÇÕES:

### PLAQUETAS

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica. **225.000** mm<sup>3</sup>

100.000/mm<sup>3</sup> - 400.000/mm<sup>3</sup>

### OBSERVAÇÕES:

**Parâmetros morfológicos normais e hemogramas.**

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

Luís Henrique Vasconcelos Reis  
RGPM 105198113-27 Matr. 14495  
Chefe do Setor do Arquivo

TERESINA, 01 DE MAIO DE 2018

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP. QOPM - FARMAC. BIOQUÍMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUÍMICO  
CRF - PI 292

HAROLD LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"  
Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520  
CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8



# POLICIA MILITAR DO PIAUI

## HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME **MARCOS VINICIUS R. DA SILVA**

MEDICO

IDADE: **25 ANOS**

CONVENIO: **União**

### COAGULOGRAMA

#### RESULTADO

TEMPO DE SANGRAMENTO:

**01 min. 00 seg.**

REFERENCIAL:

Até 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO:

**07 min. 00 seg.**

De 5 min. Até 10 min.

PROVA DO LAÇO:

**NEGATIVO**

Negativa

RETRAÇÃO DO COÁGULO:

**TOTAL**

Normal

#### OBSERVAÇÃO:

GLICOSE

**90** mg/dl

70 - 99 mg/dl

UREIA

**19** mg/dl

15 - 40 mg/dl

CREATININA

**0,8** mg/dl

0,4 - 1,4 mg/dl

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

Leis Henrique Vitor  
RGPM 105198193 / M. 14  
Chefe do Setor do Arquivo

TERESINA, 00 DE ABRIL DE 2018

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF / PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245  
CEP: 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-6

2018-05-02 08:15

### 3Channel + 1 Rhythm Report

Name: MARCOS SILVA  
Age: 19yrs Sex: MAS  
H: 0cm W: 0kg

Heart Rate: 64 bpm  
PR int.: 144 ms  
QRS dur.: 90 ms  
QT/QTc: 382/393 ms  
P-R-T axes: 45-49-16

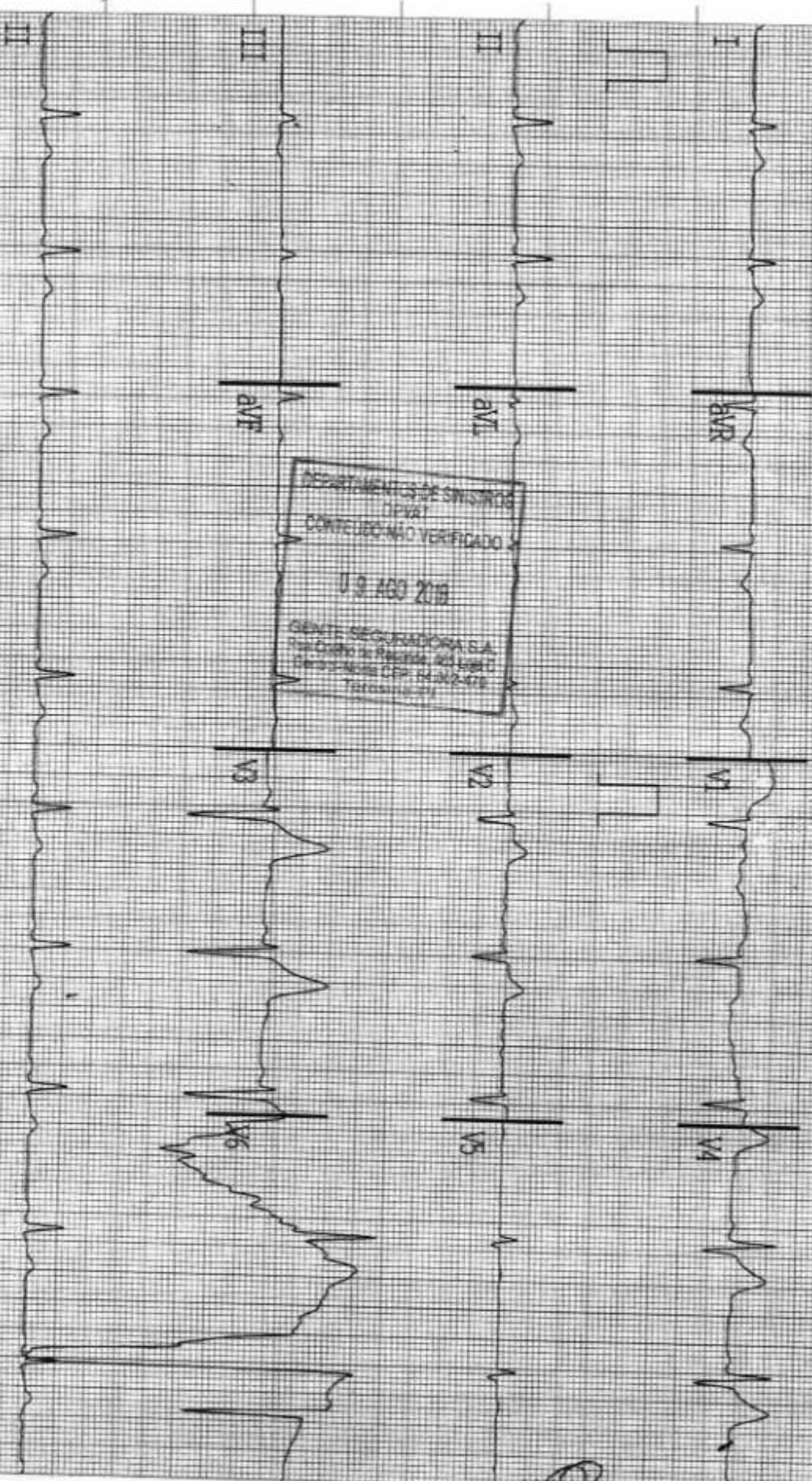
\*\*\* Analysis Result \*\*\*  
Ritmo Sinusal Normal  
Eixo Normal  
[ECG Normal]  
\*\*\* Comment \*\*\*

Hospital: UF, 07  
Confirmed by:  
PACIENTE: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA  
DATA NASCIMENTO: 20/05/1998 19 - ANOS  
MÉDICO SOLICITANTE: DR. BISMARCK G. A. A. LEAO

DEPARTAMENTO DE SINUSOIDES  
TIPOVI  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Osório de Almeida, 403 - 1º andar  
Centro - São Paulo - SP - 04022-070  
Telefone: (11) 3000-0000

Luiz Vasconcelos Reis  
RGPM 105198193-27/Mul. 14493-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

(213/01)

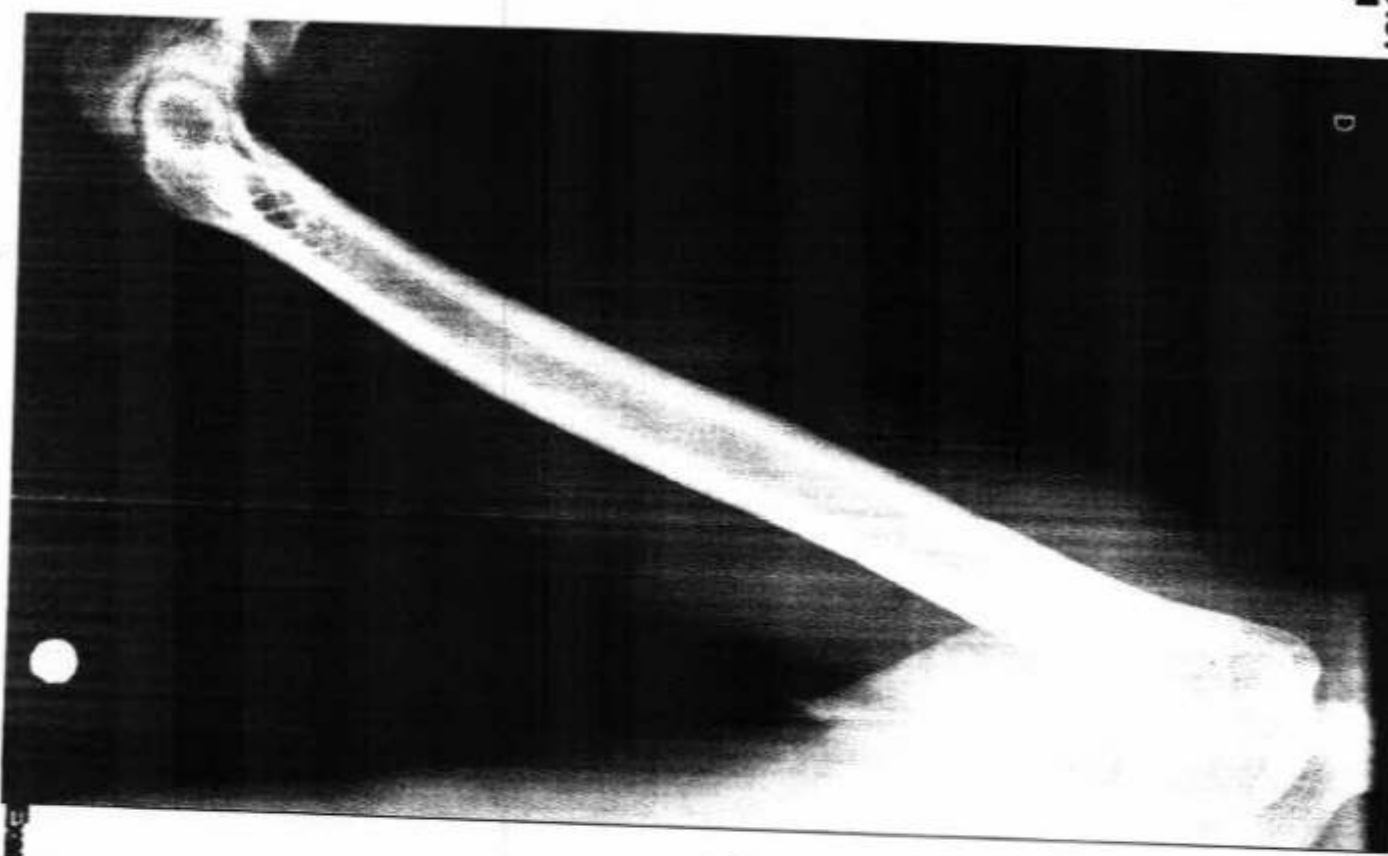


0.1Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG.

All Channels: 10mm/mV 25.0mm/sec.

u/s Plus - EKG Viewer

Bionet Co., Ltd.

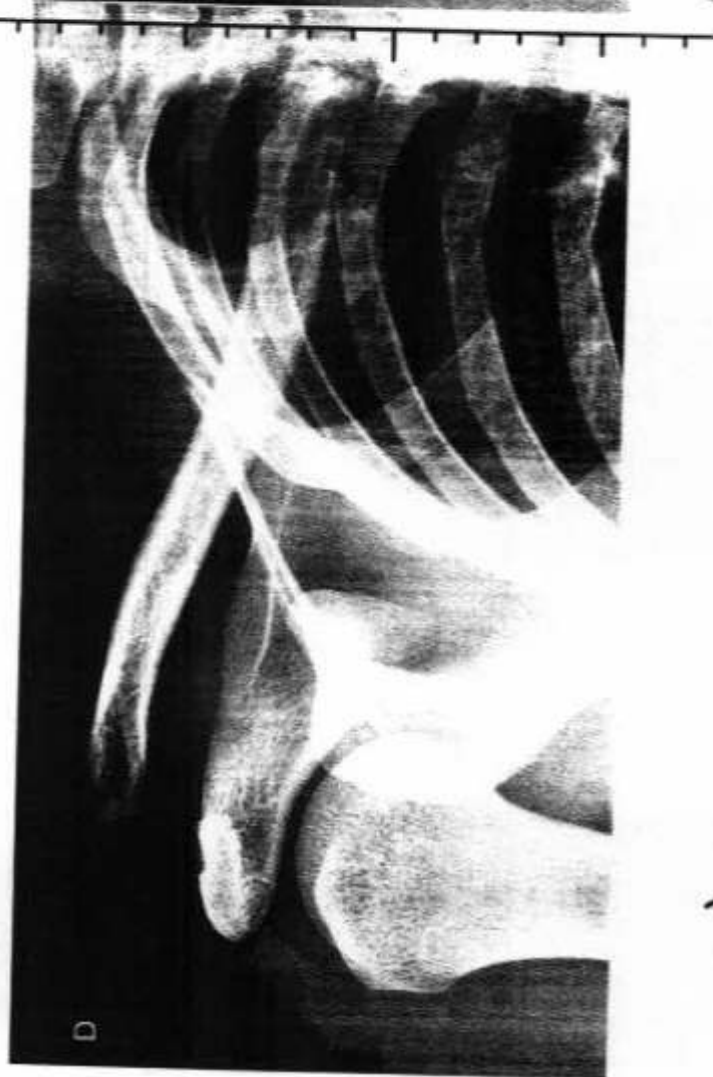


DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
09 AGO 2018  
  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Luís Henrique Vasconcelos Reis 29 TDA 1.00  
RGPM 105198193-27 Matr. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



HP/MP1  
MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA  
Idade: 019Y  
Sexo: M



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
03 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-Pi

Los Henriquez  
RSPM 105198193-2 / Mai. 14/15  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Quest  
Exame: 02/05/2018 Hora: 08:19

WC: 1024  
WW: 2412

HP-MP-1  
MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

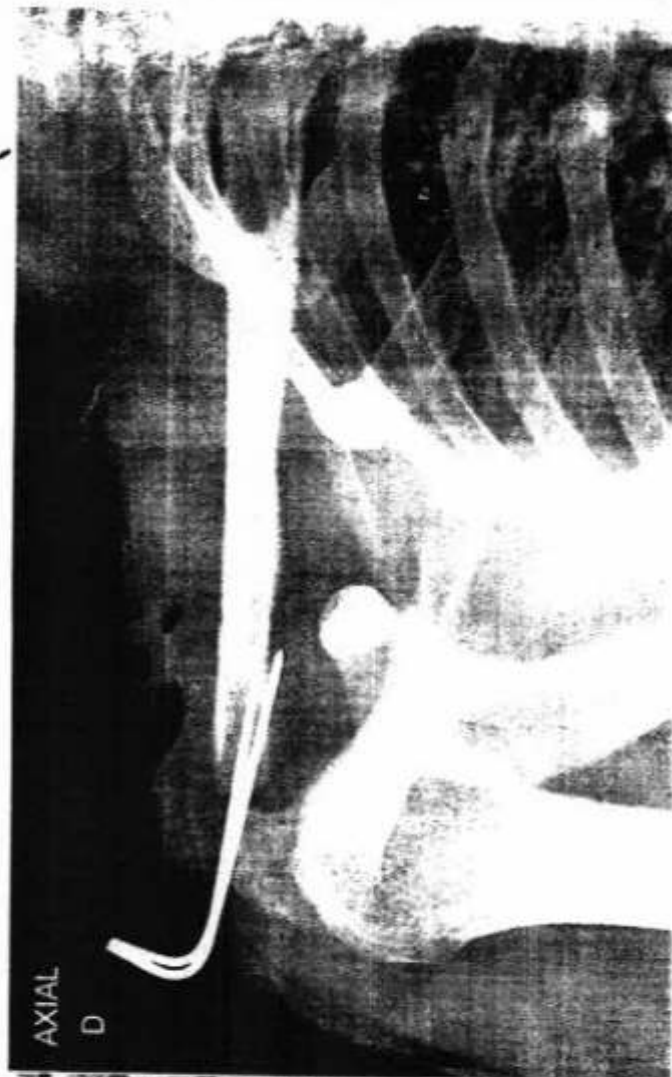
Idade: 019Y

Sexo: M



AXIAL

D



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 54.002-470  
Teresina-Pi

LEIS HENRIQUE VISCOSOS REIS  
RGPM 105195133-2 / Mat. 14-05-2018  
Chefe do Setor do Arquivo

Quest  
Data: 10/08/2018 Hora: 08:58

WC: 992  
WW: 2020

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 SET 2018

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

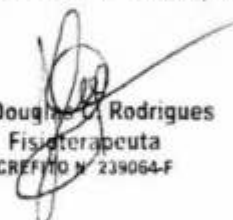
## RELATÓRIO FISIOTERAPÊUTICO

RELATO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O **SR. MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**, PORTADOR DA RG. 3. 950.154 SSP/PI E CPF 073.248.863-02, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM UMA MOTOCICLETA, OCORRIDO NO DIA 27 DE ABRIL DE 2018, ONDE DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES NA CIDADE DE FLORIANO/PI COM DIAGNOSTICO DE FRATURA DO CARPO E LUXAÇÃO NO OMBRO DIREITO, NECESSIDADE DE CIRURGIA NO PUNHO DIREITO. FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL HUT EM TERESINA/PI E DE DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HTM (HOSPITAL DA POLICIA MILITAR)

CID: S62

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

SÃO JOÃO DO PIAUÍ/PI, 16 DE SETEMBRO DE 2018.

  
Dr. Douglas da Costa Rodrigues  
Fisioterapeuta  
CREFITO Nº 239064-F

---

DR. DOUGLAS DA COSTA RODRIGUES  
CREFITO Nº 239064-F FISIOTERAPEUTA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
GABRIEL FERREIRA, S/N.  
TIANGLINHA, FLORIANO/PI - 64800-000  
CNPJ: 06.553.564/0103-62  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)  
Atendimento: P0542499 Registro: 15373  
Data: 27/04/2018 Hora: 08:09:00  
Funcionario: 30 Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 47

SUS

MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

Nasc.: 20/05/1998 Idade: 19 ANOS, 11 MESES, 7 DIAS Profissão: ESTUDANTE

End.: TABULEIRINHO, D -

Cor: PARDA Telefone: ( ) -

Bairro: ZONA RURAL

Mãe: MARIA APARECIDA SILVA

Cidade: FLORIANO/PI

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

Clinica: CLINICA MEDICA

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Responsável: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

27/04/2018 8:09

0301060061

Procedimentos

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

Queixa principal:

Queixa de visão, apresenta escoriações em olhos!  
Lentes + Dor em ambos D e P (ambos)

Exame clínico/físico:

Ambos olhos

Diagnóstico provável:

Trauma no olho D + P (ambos)

1-7 A-X do olho D E 0132804

2-7 A-X do olho P

Receita por contusão

Medicação:

Procedimentos exames realizados:

1-7 Tylenol 401 17-D, EV, contusão  
2-7 Cetorol

Ass. Técnico

Pedro Emanuel de S. Ferreira  
COREN-PI: 458.857

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

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

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

30/07/18  
Raquel

Responsável: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

GABRIEL FERREIRA, S/N,  
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000  
CNPJ: 06.553.564/0103-62  
(85) 3522-1489 - (89) 3522-1323

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P0542499

Data: 27/04/2018

Funcionario: JO

Registro: 15373

Hora: 08:09:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 47

SUS

**MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

Nasc.: 20/05/1998 Idade: 19 ANOS, 11 MESES, 7 DIAS Profissão: ESTUDANTE

End.: TABULEIRINHO, 0 -

Cor: PARDA

Telefone: ( ) -

Bairro: ZONA RURAL

Mãe: MARIA APARECIDA SILVA

Cidade: FLORIANO/PI

Pai: ANTONIO CARLOS RODRIGUES

CPF: - RG: 3950154/PI - SUS: 898003432979055

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Responsavel: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA - O MESMO

Temp.: 36°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

**Procedimentos**

27/04/2018 8:09 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA  
27/04/2018 8:14 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal:

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Fx de Pulmão e  
LACAD

Medicação:



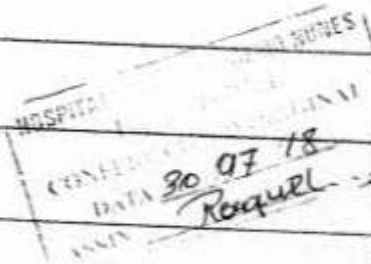
0408020245/688 ✓

Procedimentos/exames realizados:

Inten

Ass. Técnico

*[Signature]*



Responsavel: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

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

NOME DO PACIENTE:

Mário Vinícius Nóbrega

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

475165 Sobor

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Da Unidade <u>AXN</u>                                                                                                                      | Para: <u>HBT</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Nome da Pessoa Encaminhada <u>Marco Vinícius R. dos Santos</u>                                                                             | Registro <u>123456</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Motivo do Encaminhamento <u>Exame com exames dos</u><br><u>coração e pulmões + LAE (Análise)</u><br><u>de sangue e urina</u><br><u>etc</u> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Observações: <u>Dr. João Soares Júnior</u><br><u>Clínico Geral</u>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Responsável Pelo Encaminhamento <u>[Assinatura]</u>                                                                                        | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">             DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br/>             DPVAT<br/>             CONTEUDO NÃO VERIFICADO<br/>             03 AGO 2018<br/>             GENTE SEGURO S.A.<br/>             Rua Coelho de Resende, 405 Loja C<br/>             Centro - Maceió - AL - 54050-000           </div> <p>Obs.: Deve ser arquivada no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional.</p> <p>Em: ____/____/____.</p> |

|                            |                                          |
|----------------------------|------------------------------------------|
| Da Unidade                 | Para:                                    |
| Nome do Cliente:           | Registro Original                        |
| Diagnóstico e Orientações: |                                          |
|                            |                                          |
|                            |                                          |
|                            |                                          |
|                            |                                          |
|                            |                                          |
|                            |                                          |
|                            | Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao |

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA** (Prontuário: 475169)  
Endereço: TABULEIRINHO - ZONA RURAL - FLORIANO - PI CEP: 64800-000  
Nascimento: 20/05/1998 Idade: 19a11m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 662637  
Requisição: 833925 Solicitação: 29/04/2018 Solicitante: RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA  
Controle: 1031291 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 29/04/2018

**PUNHO DIREITO**

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

- Fratura alinhada na metáfise distal do rádio.
- Imobilização gessada.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/05/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 29/04/2018 23:18:34

(User: RAIMUNDA SOARES)

(Estação: RECEPCAOPI)

# BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

|                                                                               |                                               |                             |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Nome: <b>MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA</b>                               |                                               | Prontuário: <b>475169</b>   |                            |
| Mãe: <b>MARIA APARECIDA SILVA</b>                                             | Pai: <b>ANTONIO CARLOS RODRIGUES DA SILVA</b> |                             |                            |
| End.Resid.: <b>TABULEIRINHO - ZONA RURAL - FLORIANO - PI - CEP: 64800-000</b> |                                               |                             |                            |
| Nascimento: <b>20/05/1998</b>                                                 | Idade: <b>19a:11m:9d</b>                      | Sexo: <b>Masculino</b>      | Fone: <b>89-99457-8153</b> |
| Responsável: <b>ERNANDA MARIA COSTA DE SOUZA</b>                              |                                               | CNS: <b>708107156859640</b> |                            |
| Profissão: <b>REPOSITOR</b>                                                   | CPF: <b>* RG: 3950154 - SSP PI</b>            |                             |                            |
| G. Instrução: <b>Não informado</b>                                            | E.Civil: <b>Concubinato</b>                   |                             |                            |
| End.Local.: <b>- - -</b>                                                      |                                               |                             |                            |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                  |                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|
| Código: <b>662637</b>                            | Data: <b>29/04/2018 23:15:16</b> | Condução: <b>AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR</b> |
| Motivo da Procura: <b>DOR MEMBROS SUPERIORES</b> |                                  | Convênio: <b>S U S</b>                           |
| Cid.Trab.: <b>Não</b>                            | Trajetos?: <b>Não</b>            | Tipico: <b>Não</b>                               |
| CID Secundário:                                  |                                  |                                                  |

## DADOS CLÍNICOS:

*LAC + fraturas de mto D*

**RAIO-X REALIZADO**  
DATA **29**  
04/18

|                      |                  |                   |                    |
|----------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| PA <b>X</b> mmHg     | Pulso: <b>72</b> | FC: <b>72</b> bpm | Temp.: <b>36,5</b> |
| Diagnóstico Inicial: |                  |                   |                    |

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*Dr. Rafael Levi L. Louçã S. da Costa*  
Médico do Esporte  
Trauma do Esporte e Artroscopia  
CRM: 3807-7 EROT: 12983  
Cirurgião de Mão e Microcirurgia

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT**  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018

**GENE SEGURO S.A.**  
Rua Coelho de Sousa, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64002-470  
Teresina-PI

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ALTA:</b><br><input type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Curado<br><input type="checkbox"/> Inalterado<br><input type="checkbox"/> A Pedido | <input type="checkbox"/> Administrativa<br><input type="checkbox"/> Por Indisciplina<br><input type="checkbox"/> Por Evasão | <input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:<br><input type="checkbox"/> Transferência:                           |
| <b>DESTINO:</b><br><input type="checkbox"/> Até 24 Hs<br><input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs<br><input type="checkbox"/> Após 48 Hs                            |                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Internação na Unidade<br><b>Proced. Solicitado:</b><br><b>S43.1</b><br><b>CID Compatível:</b> |
| <input type="checkbox"/> Família<br><input type="checkbox"/> IML<br><input type="checkbox"/> Anat. Patol.                                                         |                                                                                                                             | <b>HORA:</b><br><b>040001018</b><br><b>Prof. Solicitante Internação:</b>                                               |

*Ernanda Maria Costa de Souza*  
Assinatura Paciente ou Responsável

*Dr. Rafael Levi Louçã S. da Costa*  
Médico do Esporte  
CRM: 3807-7 EROT: 12983  
Trauma do Esporte e Artroscopia

Carimbo - Cirurgião de Mão e Microcirurgia

*30/04/18 22:00*  
*Carimbo - Cirurgião de Mão e Microcirurgia*

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS  
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Nº LAUDO: 71518  
AIH: 2218100238915

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**

CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR

CNES

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE**

898003432979055 MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

NASCIMENTO

20/05/1998

PRONTUÁRIO

475169

SEXO

M

**DOCUMENTO**

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARIA APARECIDA SILVA

RESPONSÁVEL

ERNANDA MARIA COSTA

**CEP**

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

TABULEIRINHO

NUMERO / LOTE

**BAIRRO**

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

SN

LOCALIDADE ZONA RURAL

FLORIANO

UF

PI

**PROCEDIMENTO PRINCIPAL**

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL**

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0308010019

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR**

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

CÓDIGO

0408010185

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA**

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA

CÓDIGO

0308010019

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, NIVEL NAO ESPECIFICADO T111

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

PACIENTE ENCAMINHADO APRESENTANDO DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO DIREITO+LAC, AVALIADO PELO ORTOPEDISTA, DETECTADO NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO. FOI TRANSFERIDO PARA REALIZAR CIRURGIA EM OUTRO SERVIÇO.

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

**NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE**

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

FABIO MARCOS DE SOUSA

CNS SOLICITANTE

980016278328963

DATA SOLICITAÇÃO

05/05/2018

**AUTORIZAÇÃO**

**NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR**

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

980016001406516

05/05/2018 09:56:56



*[Handwritten signature]*

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CNES

7569963

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

R98003432979055 MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

NASCIMENTO

20/05/1998

SEXO

M

PRONTUÁRIO

475169

DOCUMENTO

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARIA APARECIDA SILVA

RESPONSÁVEL

ERNANDA MARIA COSTA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

BAIRRO

COMPLEMENTO MUNICÍPIO

NUMERO / LOTE

LOCALIDADE ZONA RURAL

220390 FLORIANO

SN

UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE PUNHO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RAIO X

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S431 - LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

CID 10

SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010185 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

LEITO/CLÍNICA

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

CARÁTER

DATA  
SOLICITAÇÃO

29/04/2018

RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA

CPF: 91304393372

CRM:

URGENCIA

DATA  
ADMISSÃO

29/04/2018 23:15

DATA ALTA

30/04/2018 22:30

MOTIVO ALTA

TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

## AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO

CPF 37320645300 CRM

DATA ANALISE: 30/04/2018 01:26:08

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2019

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Pag: 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA** (Prontuário: 475169)  
Endereço: TABULEIRINHO - ZONA RURAL - FLORIANO - PI CEP: 64800-000  
Nascimento: 20/05/1998 Idade: 19a11m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 662637  
Requisição: 833925 Solicitação: 29/04/2018 Solicitante: RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA  
Controle: 1031292 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 29/04/2018

**COTOVELO ESQUERDO**

O estudo radiológico do cotovelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

**CONCLUSÃO:** Normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/05/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA** (Prontuário: 475169)  
Endereço: TABULEIRINHO - ZONA RURAL - FLORIANO - PI CEP: 64800-000  
Nascimento: 20/05/1998 Idade: 19a11m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 662637  
Requisição: 833925 Solicitação: 29/04/2018 Solicitante: RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA  
Controle: 1031293 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 29/04/2018

### OMBRO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/05/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

Confere com o original que  
foi apresentado e dou fe.

Setor de Arquivo Técnico do  
Hospital Dirceu Arcoverde - HPMP  
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP  
RUI 10519/103-2 Matr. 144959

NOME DO PACIENTE:

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

**Piauí**  
GOVERNO DO  
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP  
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64.014-220  
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

**Saúde**  
Secretaria de Estado

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

CNES

2323451

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

## CARTÃO SUS

## NOME DO PACIENTE

898003432979055

MARCOS VINICIUS ROBRIGUES DA SILVA

## NASCIMENTO

20/05/1998

## PRONTUÁRIO

363502

## SEXO

M

## DOCUMENTO

## TELEFONE

89994578153

## NOME DA MÃE

MARIA APARECIDA SILVA

## RESPONSÁVEL

ERNANDA MARIA COSTA DE SOUSA

## CEP

## ENDEREÇO (LOGRADOURO)

TABULEIRINHO

## NUMERO / LOTE

SN

## BAIRRO

LOCALIDADE ZONA RURAL

## COMPLEMENTO

## MUNICÍPIO

FLORIANO

UF

PI

## PROCEDIMENTO PRINCIPAL

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

## CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0408020466

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

## CÓDIGO

0408010185

## DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

## CÓDIGO

0408020466

## DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE OUTRO(S) OSSO(S) DO CARPO

## CID 10 PRINCIPAL

S621

## CID 10 SECUNDARIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

## PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente de moto, apresenta fratura e luxação no carpo à direita. Necessidade de cirurgia de fratura e luxação de punho.

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

## NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

TERCIO DANTAS MOURA

## ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

## CNS SOLICITANTE

980016283179474

## DATA SOLICITAÇÃO

08/06/2018

## AUTORIZAÇÃO

## ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

## NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CARLOS FRANCISCO ALMEIDA DE OLIVEIRA

## CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

108785859390004

08/06/2018 13:06:52

Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Diretor Técnico do HPMP  
CRM-PI 2608DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.062-470  
Teresina-PI

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPMCNES  
2323451ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPMCNES  
2323451

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

898003432979055

MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

20/05/1998

M

363502

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

89994578153

MARIA APARECIDA SILVA

RESPONSÁVEL

ERNANDA MARIA COSTA DE SOUSA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

SN

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

LOCALIDADE ZONA RURAL

FLORIANO

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR EM OMBRO D. NECESSIDADE DE CIRURGIA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX DE OMBRO ACUSA LUXAÇÃO ACRÔMIOCLAVICULAR.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S431 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIOCLAVICULAR

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010185 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURAL LUXAÇÃO ACRÔMIOCLAVICULAR

Luis Henrique Vasconcelos RBS  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

09/05/2018

TERCIO DANTAS MOURA

CPF: 93468547315

CRM:

DATA ADMISSÃO

09/05/2018 12:35

DATA ALTA

10/05/2018 13:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

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

CELSON PEREIRA FILHO  
CPF: 76156233791

CRM:

DATA ANÁLISE: 08/06/2018 14:15:00

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPMM  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                       |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR</b> | 2. CNES<br><b>2323451</b> |
| 3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR</b>  | 4. CNES<br><b>2323451</b> |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                  |                          |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 5. NOME DO PACIENTE<br><b>MARCOS VINÍCIUS RODRIGUES DA SILVA</b> |                          |
| 6. Nº PRONTUÁRIO                                                 | 7. CARTÃO NACIONAL SUS   |
| 8. DATA NASC                                                     |                          |
| 9. SEXO: M / F                                                   | DOCUMENTOS: RG CPF       |
| 10.1 NOME DA MÃE                                                 | 10.2 NOME DO RESPONSÁVEL |
| 12.1 ENDEREÇO                                                    | 12.2 BAIRRO              |
| 12.3 COMPLEMENTO                                                 |                          |
| 13. MUNICÍPIO                                                    | 14. IBGE                 |
| 15. UF                                                           | 16. CEP                  |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                   |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando ferimentos e lesões no corpo e membros.</i> |                                      |
| 18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Necessidade de cirurgia</i>                                                                       |                                      |
| 19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br><i>RX</i>                                                  |                                      |
| 20. DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>Fratura e luxação do</i>                                                                                            | 21. CID 10 PRINCIPAL<br><i>56.22</i> |
| 22. CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                                                             | 23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS         |

Luis Henrique Vasconcelos Reis - 28 TEN PM  
RGPM 105198133-2 / Mat. 14405-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                         |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Do cirurgião de fratura e luxação do</i> | 25. COD. DO PROCEDIMENTO<br><i>0408020700</i> |
| 26. LEITOCLÍNICA<br><i>Ortopedia</i>                                                    | 27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br><i>Eleito</i>    |
| 28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                    | 29. DT/SOLICITAÇÃO                            |
| 30. CNS/CPF                                                                             | 31. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)  |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                              |                               |                                                                           |                  |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO | 33. CNPJ DA SEGURADORA        | 34. Nº DO BILHETE                                                         | 35. SÉRIE        |
| 36. ( ) ACID TRABALHO TÍPICO | 37. ( ) ACID TRABALHO TRAJETO | 38. CNPJ EMPRESA                                                          | 39. CHAE EMPRESA |
| 40. CBOR                     |                               |                                                                           |                  |
| 41. CID 10 PRINCIPAL         | 42. CID 10 SECUNDÁRIO         | DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL |                  |
|                              |                               | 43. ( ) LEVE                                                              | 44. ( ) GRAVE    |
|                              |                               | 45. ( ) GRAVÍSSIMA                                                        |                  |

AUTORIZAÇÃO

|                                                                   |              |                                              |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------|
| 46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                              | 47. DT. AUT. | 48. CNS/CPF                                  |
| 49. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)                      |              |                                              |
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:                            |              |                                              |
| JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO                                |              |                                              |
| 50. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO/AUDITORIA |              |                                              |
| 51. DT. AUT.                                                      | 52. CNS/CPF  | 53. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO) |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 266 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR | 2. CNES<br>2323451 |
| 3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR  | 4. CNES<br>2323451 |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| 5. NOME DO PACIENTE |                          |
| 6. Nº PRONTUÁRIO    | 7. CARTÃO NACIONAL SUS   |
| 8. DATA NASC        |                          |
| 9. SEXO: M / F      |                          |
| DOCUMENTOS: RG CPF  |                          |
| 10.1 NOME DA MÃE    | 10.2 NOME DO RESPONSÁVEL |
| 12.1 ENDEREÇO       | 12.2 BAIRRO              |
| 12.3 COMPLEMENTO    |                          |
| ENDEREÇO LOCAL      | BAIRRO LOCAL             |
| COMPLEMENTO LOCAL   |                          |
| TELEFONE DE CONTATO | 13. MUNICÍPIO            |
| 14. IBGE            | 15. UF                   |
| 16. CEP             |                          |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                   |                      |                       |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------------|
| 17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando ferimentos e lesões no corpo a direito.</i> |                      |                       |                              |
| 18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Necessidade de cirurgia</i>                                                                       |                      |                       |                              |
| 19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br><i>RX</i>                                                  |                      |                       |                              |
| 20. DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>Fratura e luxação do corpo do S6</i>                                                                                | 21. CID 10 PRINCIPAL | 22. CID 10 SECUNDÁRIO | 23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| 24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Procedimento solicitado</i>                                                                        |                      |                       |                              |

Luís Henrique Vasconcelos Reis - 20/10/2018  
RGPM 105198123-2 / Matr. 14435-3  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| 25. COD. DO PROCEDIMENTO                      |
| 26. LEITO/CLÍNICA                             |
| 27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO                     |
| 28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE          |
| 29. DT/SOLICITAÇÃO                            |
| 30. CNS/CPF                                   |
| 31. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                               |                                                                           |                   |           |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|
| 32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  | 33. CNPJ DA SEGURADORA                                                    | 34. Nº DO BILHETE | 35. SÉRIE |
| 36. ( ) ACID TRABALHO TÍPICO  | 38. CNPJ EMPRESA                                                          | 39. CNAE EMPRESA  | 40. CBOR  |
| 37. ( ) ACID TRABALHO TRAJETO |                                                                           |                   |           |
| 41. CID 10 PRINCIPAL          | DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL |                   |           |
| 42. CID 10 SECUNDÁRIO         | 43. ( ) LEVE 44. ( ) GRAVE 45. ( ) GRAVÍSSIMA                             |                   |           |

## AUTORIZAÇÃO

|                                               |                                                                      |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR          | JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO                                   |
| 47. DT. AUT.                                  |                                                                      |
| 48. CNS/CPF                                   |                                                                      |
| 49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) | 50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITÓRIA |
| 51. DT. AUT.                                  |                                                                      |
| 52. CNS/CPF                                   |                                                                      |
| 53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) |                                                                      |
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:        |                                                                      |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20/10/2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
R. Coelho de Rosende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 84.002-470  
Teresina - PI

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR

3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR

2. CNES

2323451

4. CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE

MARCO VINÍCIOS RODRIGUES DA SILVA

6. Nº PRONTUÁRIO

7. CARTÃO NACIONAL SUS

8. DATA NASC

9. SEXO: M / F

DOCUMENTOS: RG

CPF

10.1 NOME DA MÃE

10.2 NOME DO RESPONSÁVEL

12.1 ENDEREÇO

12.2 BAIRRO

12.3 COMPLEMENTO

ENDEREÇO LOCAL

BAIRRO LOCAL

COMPLEMENTO LOCAL

11. TELEFONE DE CONTATO

13. MUNICÍPIO

14. IBGE

15. UF

16. CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Presença de dor de dente  
na região superior esquerda  
dentado em gulo

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Atividade de cura

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

Luís Henrique Reis 18/12/2018  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

21. CID 10 PRINCIPAL

22. CID 10 SECUNDÁRIO

23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26. LEITO/CLÍNICA

27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30. CNS/CPF

25. COD. DO PROCEDIMENTO

29. DT/SOLICITAÇÃO

31. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

33. CNPJ DA SEGURADORA

36. ( ) ACID TRABALHO TÍPICO

38. CNPJ EMPRESA

37. ( ) ACID TRABALHO TRAJETO

34. Nº DO BILHETE

35. SÉRIE

41. CID 10 PRINCIPAL

39. CNAE EMPRESA

40. CBOR

42. CID 10 SECUNDÁRIO

DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL

43. ( ) LEVE

44. ( ) GRAVE

45. ( ) GRAVÍSSIMA

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

47. DT. AUT.

48. CNS/CPF

50. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO

51. DT. AUT.

52. CNS/CPF

53. ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

ASSINATURA E CARIMBO(Nº REG DO CONSELHO)

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/  
AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                       |  |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|
| 1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR</b> |  | 2. CNES<br><b>2323451</b> |
| 3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR</b>  |  | 4. CNES<br><b>2323451</b> |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                     |  |                          |  |                        |  |                                           |  |                                           |  |                                                                                     |  |                         |  |
|---------------------|--|--------------------------|--|------------------------|--|-------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| 5. NOME DO PACIENTE |  | 6. Nº PRONTUÁRIO         |  | 7. CARTÃO NACIONAL SUS |  | 8. DATA NASC                              |  | 9. SEXO: M / F                            |  | DOCUMENTOS: RG                                                                      |  | CPF                     |  |
| 10.1 NOME DA MÃE    |  | 10.2 NOME DO RESPONSÁVEL |  | 12.1 ENDEREÇO          |  | 12.2 BAIRRO                               |  | 12.3 COMPLEMENTO                          |  | 11. TELEFONE DE CONTATO                                                             |  | 13. MUNICÍPIO           |  |
| 14. IBGE            |  | 15. UF                   |  | 16. CEP                |  | 17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS |  | 18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO |  | 19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) |  | 20. DIAGNÓSTICO INICIAL |  |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
*paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando lesões graves em membros superiores e inferiores.*

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
*necessidade de cirurgia.*

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)  
*11/1*

Luiz Henrique dos Santos Reis 10 TEN PM  
RGPM 105198193-2 / Matr. 14455-3  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

|                                                     |                                      |                       |                              |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 20. DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>fratura de humero</i> | 21. CID 10 PRINCIPAL<br><i>S93.1</i> | 22. CID 10 SECUNDÁRIO | 23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------|

|                                                                      |                                                |                                                                 |                                          |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>fratura de humero</i> |                                                | 25. COD. DO PROCEDIMENTO<br><i>040801015</i>                    |                                          |
| 26. LEITO/CLÍNICA<br><i>Int. 10</i>                                  | 27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br><i>eletrônico</i> | 28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br><i>Dr. [assinatura]</i> | 29. DT./SOLICITAÇÃO<br><i>10/08/2018</i> |
| 30. CNS/CPF<br><i>73468547315</i>                                    |                                                | 31. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)                   |                                          |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                          |                               |                       |                  |
|------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------------|
| 32. ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO             | 33. CNPJ DA SEGURADORA        | 34. Nº DO BILHETE     | 35. SÉRIE        |
| 36. ( ) ACID TRABALHO TÍPICO             | 37. ( ) ACID TRABALHO TRAJETO | 38. CNPJ EMPRESA      | 39. CNAE EMPRESA |
| 40. CID 10 PRINCIPAL                     | 41. CID 10 SECUNDÁRIO         | 42. CID 10 SECUNDÁRIO |                  |
| 43. ( ) LEVE 44. ( ) GRAVE 45. ( ) OUTRO |                               |                       |                  |

AUTORIZAÇÃO

|                                                         |              |                                               |
|---------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|
| 46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                    | 47. DT. AUT. | 48. CNS/CPF                                   |
| 49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)           |              |                                               |
| 50. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO |              |                                               |
| 51. DT. AUT.                                            | 52. CNS/CPF  | 53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO) |
| 54. ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL               |              |                                               |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
CENTRO ADITIVO  
CENTRO ADITIVO S.A.  
Rua Celso de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

644960

## Identificação do Paciente

5 - Nome: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

6 - Prontuário: 363502

7 - CNS: 098003432979055

8 - Nascimento: 20/05/1998

9 - Sexo: M

CPF: 073.248.863-02

10 - Mãe: MARIA APARECIDA SILVA

12 - Fone: 99-9.94578153 / 99-4238177

11 - Resp: ERNANDA MARIA COSTA DE SOUZA

14 - Cor: PARDA

13 - Ender: POVOADO TABULEIRINHO

15 - CEP: 64800-000

16 - Munic: FLORIANO

17 - Cód. IBGE: 220390 18 - UF: PI RG: 39501-54

## Justificativa da Internação

19 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

paciente em estado de inconsciência, com lesões no tórax e abdômen, com fraturas múltiplas, com hemorragias internas e externas, com lesões em membros superiores e inferiores.

20 - Condições que justificam a internação:

lesões múltiplas, com fraturas, com hemorragias internas e externas, com lesões em membros superiores e inferiores.

21 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Exames realizados: RX de tórax, abdômen, membros superiores e inferiores.

22 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ:

25 - Cid Sec:

26 - Cid C. Ass:

## Procedimento Solicitado

27 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Tempo SUS

28 - Clínica:

30 - Caracter:

Ident:

31 - Documento:

32 - Doc. Med. Solic.

POSTO II

02

1

CPF

1E778693841

33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE / FAE

34 - Data de Solicitação:

30/04/2018

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

35 - ( ) Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Rôto:

41 - Sme:

37 - ( ) Acidente de Trabalho - Tipo:

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE Empresa:

44 - CBO:

38 - ( ) Acidente de Trabalho - Tipo:

45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado

( ) Empregador

Autôr:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 965 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

50 - Ass. Control. Pol. Coletiva:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

52 - Ass. Control. Pol. Coletiva:

Consult. Local:

Consult. SUS: 21641167

Impressão: 22/11/27

Ermanda Maria Costa de Souza

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                          |          |             |
|------------------------------------------|----------|-------------|
| 1 - Nome do estabelecimento solicitante: | 2 - CNES | Atendimento |
| HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE | 2323451  |             |
| 3 - Nome do estabelecimento executante:  | 4 - CNES | 644960      |
| HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE | 2323451  |             |

## Identificação do Paciente

|                 |                                    |                 |                           |
|-----------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| 5 - Nome:       | MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA | 6 - Prontuário: | 363502                    |
| 7 - CNS:        | 898003432879055                    | 8 - Nascimento: | 20/05/1998                |
| 9 - Sexo:       | M                                  | CPF:            | 073.248.863-02            |
| 10 - Mãe:       | MARIA APARECIDA SILVA              | 12 - Fone:      | 89-9.94578153 / 994238177 |
| 13 - Resp:      | ERNANDA MARIA COSTA DE SOUZA       | 14 - Cor:       | PARDA                     |
| 15 - Ender:     | POVOADO TABULEIRINHO               | 16 - CEP:       | 64800-000                 |
| 17 - Cod. IBGE: | 220390                             | 18 - UF:        | PI                        |
| 19 - RG:        | 39591-54                           |                 |                           |

## Justificativa da Internação

## 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Presença de sinais e sintomas de ressecamento da pele, com prurido intenso, especialmente no tronco e membros inferiores, com lesões de tipo placas eritematosas e coceira intensa.

## 21 - Condições que justificam a internação:

necessidade de cirurgia

## 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

RX

## 23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C. Ass.:

Luiz Henrique Vasconcelos Reis 19/05/2018  
RGPM 105190193-2 / Matr. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

## Procedimento Solicitado

## 28 - Cod. Proced. 29 - Procedimento Solicitado:

Tempo SUS

## 29 - Clínica:

POSTO II

## 30 - Caracter.:

02

## Ident.:

1

## 31 - Documento:

CPR

## 32 Doc. Med. Solic.

15778807841

## 33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

## 34 - Data de Solicitação:

30/04/2018

35 - Ass. Carimbo Méd. Solicitante

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

|                                                                                            |                       |                      |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|
| 36 - ( ) Acidente de Trânsito:                                                             | 39 - CNPJ Seguradora: | 42 - Nº. Bônus:      | 41 - Série:       |
| 37 - ( ) Acidente de Trabalho:                                                             | 40 - CNPJ Empresa:    | 43 - CNAE - Empresa: | 44 - CBOR:        |
| 38 - ( ) Acidente de Trabalho:                                                             | 41 - CNPJ Empresa:    | 44 - CBOR:           |                   |
| 45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado |                       |                      | ( ) Não Segurado. |

## Autorização

## 46 - Nome do Profissional Autorizador

## 47 - Data Autorização:

## 48 - Documento:

## 49 - Num. Documento:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

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

Usuário: MARIA DOWD

Senha: 123456

Consulta SUS: 215401842

Impressão: 23/10/27

## 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Ernanda Maria Costa de Souza



# Polícia Militar do Piauí

## HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

### FOLHA DE INTERNAÇÃO

|                                                                                             |  |                                                                        |                            |                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| <b>INTERNOU-SE NO HOSPITAL</b><br>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> |  | <b>FICHA DE PRONTUÁRIO</b><br>Nome: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA |                            | 30/04/2016<br>Pront: 363502 |  |
| <b>IDEM OUTROS HOSPITAIS</b><br>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>   |  | Nas: 20/05/1996 Sexo: M                                                | Convênio: SUS - INTERNACAO |                             |  |
| Atendimento: 644960                                                                         |  | Enfermaria: POSTO II                                                   | ENF 214 LEITO              | Leito: 213                  |  |
| Clínica                                                                                     |  | Pai: ANTONIO CARLOS RODRIGUES DA SILVA                                 |                            |                             |  |
| Médico Assistente                                                                           |  | Mãe: MARIA APARECIDA SILVA                                             |                            |                             |  |
| RG: 3950154                                                                                 |  | Residência:                                                            |                            |                             |  |
| Permanência                                                                                 |  | POVOADO TABULEIRINHO                                                   |                            |                             |  |
| CLÍNICA                                                                                     |  | Bairro: ZONA RURAL<br>Cidade: FLORIANO<br>Cep: 64000000                |                            |                             |  |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Fone CEP: 64.002-470  
 (Favreiros - PI)

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que For Submetido

*paciente no tempo de internação em  
 estado aparentemente bom, porém com  
 pontos de dor e lesões presentes*

#### DIAGNÓSTICO

|                                                         |                  |
|---------------------------------------------------------|------------------|
| Previsão:<br><i>lesão cirúrgica</i>                     | CID: <i>57.1</i> |
| Principal:<br><i>lesão cirúrgica</i>                    | CID: <i>57.1</i> |
| Procedimento:                                           |                  |
| Sintomas e Sinais Principais:<br><i>lesão cirúrgica</i> | Causa Médica:    |
| Histo. Patológico:                                      |                  |

Urs Henrique Vasconcelos Reis 79 TCM FM  
 RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9  
 Chefe do Setor do Arquivo Técnico

#### TRATAMENTO

|                                                                                                                                                                            |                     |           |                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo:<br><input type="checkbox"/> Nenhuma<br><input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Cirúrgico<br><input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico | Terapêutica Médica: | Operação: | Eficácia:<br><input type="checkbox"/> Nenhuma<br><input type="checkbox"/> Médico<br><input type="checkbox"/> Cirúrgico<br><input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### DURAÇÃO

|                                                 |               |                         |
|-------------------------------------------------|---------------|-------------------------|
| Data/fora de internação:<br>30/04/2018 23:12:12 | Data da Alta: | Data da Hospitalização: |
|-------------------------------------------------|---------------|-------------------------|

#### ALTA

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Saída:<br><input type="checkbox"/> Curado<br><input type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Inalterado<br><input type="checkbox"/> Agravado<br><input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico | Transferência:<br><input type="checkbox"/> Exatidão<br><input type="checkbox"/> Insegurança<br><input type="checkbox"/> Outros | Óbito:<br><input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação<br><input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação<br><input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

THE

Assinatura

"Humanizando e Contendo Bem do Seu Sinto"

Av. Higino Cunha, 1642 Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520  
 CEP: 64014-050 Teresina - PI - CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 005.172-R

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 07/09/2018  
Nº DO PRONTUÁRIO 363502 SALA 7  
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

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

Acum dorsal pl. post  
Mont. copula dorsal  
produz do luxação peri-  
menisheal  
Fixado o osso do corpo  
na si  
realizado reparo ligamentar  
Sutura a f.

Dr. Tereza  
ORTOPEDIA

Luiz Henrique Vasconcelos Reis  
RGPM 105198193-77 Matr. 14495  
Chefe do Setor de Anestesia

Cirurgia: T. de ex. de prótese a luxação  
Cirurgião: Dr. Tereza do corpo  
1º Auxiliar:  
2º Auxiliar:  
3º Auxiliar:  
Instrumentador: Zizyfe  
Circulante: J. J. 001

José de Jesus Macho  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-PI 628.254



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 09/08/2018  
Nº DO PRONTUÁRIO: 105198193-2 SALA: 1  
CÓD DA CIRURGIA: 42.22.01.00

Descrição da Cirurgia:

- 1) Vacunado a DDT sob  
cadeira de praia sob  
bloqueio de joelhos em 15.
- 2) Fecho Transversal com  
Cur da AC
- 3) Realizada amarela subcutânea  
comêles
- 4) Fixado com 2 fios K a  
LAC
- 5) Sutura e fecho



Lucas Henrique Vasconcelos Reis - 79 TEN PM  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Dr. Tércio Lins  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 8820

Cirurgia: Tilo crânio de LAC

Cirurgião: Dr. Tércio

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:



Posto 1

ID: 24444

## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: \_\_\_\_\_

CONTATO FEITO COM: \_\_\_\_\_

CONFIRMADO A VAGA: SIM (X) NÃO ( )

ESTOR 715.18

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Marcos Vinicius Rodrigues da Silva

IDADE: 19 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: Tubo... Zona... Flores...

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

### II - TRANSFERÊNCIA

Transporte: 21784

CLÍNICO ( )

CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Tramando em...  
Ar - limitação funcional de  
MSD. 1 por...  
HISTÓRICO

EXAMES REALIZADOS:

Pr 1 + exames → box...  
...  
...

DIAGNÓSTICO:

LAC

343.1

0408010185

Luís Henrique Vasconcelos Reis - DETRAN  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-3  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

TRATAMENTO REALIZADO:

Insulino...

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

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

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Hosp. de Teresina

DATA:

30/04/2018

Ass. e carimbo do médico

DATA: 07 Maio 2018  
N. DO PROMISSÁRIO: 363307 SALA 7  
CÓD. DA CIRURGIA: 0408020466

NAME: UNACOS V. MICHAEL HOPKINS JR DOB: 12/15/19 Seen: May 1991 ASA: I  
 PRESENTING: Free Clonal Colon Biopsy Pathology: Free Clonal Colon Biopsy  
 CHURCH: Free Clonal Colon Biopsy Anest: Alcohol Pathology: Free Clonal Colon Biopsy  
 DENT: Free Clonal Colon Biopsy Anest: Alcohol Pathology: Free Clonal Colon Biopsy  
 SEX: Male Age: 106.50 Date: May 1991 Pathology: Free Clonal Colon Biopsy  
 Race: White Height: 5'10" Weight: 160 lbs Pathology: Free Clonal Colon Biopsy  
 Eyes: Blue Hair: Grey Pathology: Free Clonal Colon Biopsy  
 Skin: Fair Pathology: Free Clonal Colon Biopsy

NAME: [blank]  
 GRADE: [blank]  
 PROJECT: [blank]  
 DATE: [blank]  
 SCALE: [blank]  
 SECTION: [blank]  
 DRAWN BY: [blank]  
 CHECKED BY: [blank]  
 APPROVED BY: [blank]  
 TITLE: [blank]

1. [blank]  
 2. [blank]  
 3. [blank]  
 4. [blank]  
 5. [blank]  
 6. [blank]  
 7. [blank]  
 8. [blank]  
 9. [blank]  
 10. [blank]

11. [blank]  
 12. [blank]  
 13. [blank]  
 14. [blank]  
 15. [blank]  
 16. [blank]  
 17. [blank]  
 18. [blank]  
 19. [blank]  
 20. [blank]

21. [blank]  
 22. [blank]  
 23. [blank]  
 24. [blank]  
 25. [blank]  
 26. [blank]  
 27. [blank]  
 28. [blank]  
 29. [blank]  
 30. [blank]

31. [blank]  
 32. [blank]  
 33. [blank]  
 34. [blank]  
 35. [blank]  
 36. [blank]  
 37. [blank]  
 38. [blank]  
 39. [blank]  
 40. [blank]

41. [blank]  
 42. [blank]  
 43. [blank]  
 44. [blank]  
 45. [blank]  
 46. [blank]  
 47. [blank]  
 48. [blank]  
 49. [blank]  
 50. [blank]

51. [blank]  
 52. [blank]  
 53. [blank]  
 54. [blank]  
 55. [blank]  
 56. [blank]  
 57. [blank]  
 58. [blank]  
 59. [blank]  
 60. [blank]

61. [blank]  
 62. [blank]  
 63. [blank]  
 64. [blank]  
 65. [blank]  
 66. [blank]  
 67. [blank]  
 68. [blank]  
 69. [blank]  
 70. [blank]

71. [blank]  
 72. [blank]  
 73. [blank]  
 74. [blank]  
 75. [blank]  
 76. [blank]  
 77. [blank]  
 78. [blank]  
 79. [blank]  
 80. [blank]

81. [blank]  
 82. [blank]  
 83. [blank]  
 84. [blank]  
 85. [blank]  
 86. [blank]  
 87. [blank]  
 88. [blank]  
 89. [blank]  
 90. [blank]

91. [blank]  
 92. [blank]  
 93. [blank]  
 94. [blank]  
 95. [blank]  
 96. [blank]  
 97. [blank]  
 98. [blank]  
 99. [blank]  
 100. [blank]

101. [blank]  
 102. [blank]  
 103. [blank]  
 104. [blank]  
 105. [blank]  
 106. [blank]  
 107. [blank]  
 108. [blank]  
 109. [blank]  
 110. [blank]

111. [blank]  
 112. [blank]  
 113. [blank]  
 114. [blank]  
 115. [blank]  
 116. [blank]  
 117. [blank]  
 118. [blank]  
 119. [blank]  
 120. [blank]

121. [blank]  
 122. [blank]  
 123. [blank]  
 124. [blank]  
 125. [blank]  
 126. [blank]  
 127. [blank]  
 128. [blank]  
 129. [blank]  
 130. [blank]

131. [blank]  
 132. [blank]  
 133. [blank]  
 134. [blank]  
 135. [blank]  
 136. [blank]  
 137. [blank]  
 138. [blank]  
 139. [blank]  
 140. [blank]

141. [blank]  
 142. [blank]  
 143. [blank]  
 144. [blank]  
 145. [blank]  
 146. [blank]  
 147. [blank]  
 148. [blank]  
 149. [blank]  
 150. [blank]

151. [blank]  
 152. [blank]  
 153. [blank]  
 154. [blank]  
 155. [blank]  
 156. [blank]  
 157. [blank]  
 158. [blank]  
 159. [blank]  
 160. [blank]

161. [blank]  
 162. [blank]  
 163. [blank]  
 164. [blank]  
 165. [blank]  
 166. [blank]  
 167. [blank]  
 168. [blank]  
 169. [blank]  
 170. [blank]

171. [blank]  
 172. [blank]  
 173. [blank]  
 174. [blank]  
 175. [blank]  
 176. [blank]  
 177. [blank]  
 178. [blank]  
 179. [blank]  
 180. [blank]

181. [blank]  
 182. [blank]  
 183. [blank]  
 184. [blank]  
 185. [blank]  
 186. [blank]  
 187. [blank]  
 188. [blank]  
 189. [blank]  
 190. [blank]

191. [blank]  
 192. [blank]  
 193. [blank]  
 194. [blank]  
 195. [blank]  
 196. [blank]  
 197. [blank]  
 198. [blank]  
 199. [blank]  
 200. [blank]

201. [blank]  
 202. [blank]  
 203. [blank]  
 204. [blank]  
 205. [blank]  
 206. [blank]  
 207. [blank]  
 208. [blank]  
 209. [blank]  
 210. [blank]

211. [blank]  
 212. [blank]  
 213. [blank]  
 214. [blank]  
 215. [blank]  
 216. [blank]  
 217. [blank]  
 218. [blank]  
 219. [blank]  
 220. [blank]

221. [blank]  
 222. [blank]  
 223. [blank]  
 224. [blank]  
 225. [blank]  
 226. [blank]  
 227. [blank]  
 228. [blank]  
 229. [blank]  
 230. [blank]

231. [blank]  
 232. [blank]  
 233. [blank]  
 234. [blank]  
 235. [blank]  
 236. [blank]  
 237. [blank]  
 238. [blank]  
 239. [blank]  
 240. [blank]

241. [blank]  
 242. [blank]  
 243. [blank]  
 244. [blank]  
 245. [blank]  
 246. [blank]  
 247. [blank]  
 248. [blank]  
 249. [blank]  
 250. [blank]

251. [blank]  
 252. [blank]  
 253. [blank]  
 254. [blank]  
 255. [blank]  
 256. [blank]  
 257. [blank]  
 258. [blank]  
 259. [blank]  
 260. [blank]

261. [blank]  
 262. [blank]  
 263. [blank]  
 264. [blank]  
 265. [blank]  
 266. [blank]  
 267. [blank]  
 268. [blank]  
 269. [blank]  
 270. [blank]

271. [blank]  
 272. [blank]  
 273. [blank]  
 274. [blank]  
 275. [blank]  
 276. [blank]  
 277. [blank]  
 278. [blank]  
 279. [blank]  
 280. [blank]

281. [blank]  
 282. [blank]  
 283. [blank]  
 284. [blank]  
 285. [blank]  
 286. [blank]  
 287. [blank]  
 288. [blank]  
 289. [blank]  
 290. [blank]

291. [blank]  
 292. [blank]  
 293. [blank]  
 294. [blank]  
 295. [blank]  
 296. [blank]  
 297. [blank]  
 298. [blank]  
 299. [blank]  
 300. [blank]

301. [blank]  
 302. [blank]  
 303. [blank]  
 304. [blank]  
 305. [blank]  
 306. [blank]  
 307. [blank]  
 308. [blank]  
 309. [blank]  
 310. [blank]

311. [blank]  
 312. [blank]  
 313. [blank]  
 314. [blank]  
 315. [blank]  
 316. [blank]  
 317. [blank]  
 318. [blank]  
 319. [blank]  
 320. [blank]

321. [blank]  
 322. [blank]  
 323. [blank]  
 324. [blank]  
 325. [blank]  
 326.

1. 1000 ft  
2. 1000 ft  
3. 1000 ft  
4. 1000 ft  
5. 1000 ft  
6. 1000 ft  
7. 1000 ft  
8. 1000 ft  
9. 1000 ft  
10. 1000 ft  
11. 1000 ft  
12. 1000 ft  
13. 1000 ft  
14. 1000 ft  
15. 1000 ft  
16. 1000 ft  
17. 1000 ft  
18. 1000 ft  
19. 1000 ft  
20. 1000 ft  
21. 1000 ft  
22. 1000 ft  
23. 1000 ft  
24. 1000 ft  
25. 1000 ft  
26. 1000 ft  
27. 1000 ft  
28. 1000 ft  
29. 1000 ft  
30. 1000 ft  
31. 1000 ft  
32. 1000 ft  
33. 1000 ft  
34. 1000 ft  
35. 1000 ft  
36. 1000 ft  
37. 1000 ft  
38. 1000 ft  
39. 1000 ft  
40. 1000 ft  
41. 1000 ft  
42. 1000 ft  
43. 1000 ft  
44. 1000 ft  
45. 1000 ft  
46. 1000 ft  
47. 1000 ft  
48. 1000 ft  
49. 1000 ft  
50. 1000 ft  
51. 1000 ft  
52. 1000 ft  
53. 1000 ft  
54. 1000 ft  
55. 1000 ft  
56. 1000 ft  
57. 1000 ft  
58. 1000 ft  
59. 1000 ft  
60. 1000 ft  
61. 1000 ft  
62. 1000 ft  
63. 1000 ft  
64. 1000 ft  
65. 1000 ft  
66. 1000 ft  
67. 1000 ft  
68. 1000 ft  
69. 1000 ft  
70. 1000 ft  
71. 1000 ft  
72. 1000 ft  
73. 1000 ft  
74. 1000 ft  
75. 1000 ft  
76. 1000 ft  
77. 1000 ft  
78. 1000 ft  
79. 1000 ft  
80. 1000 ft  
81. 1000 ft  
82. 1000 ft  
83. 1000 ft  
84. 1000 ft  
85. 1000 ft  
86. 1000 ft  
87. 1000 ft  
88. 1000 ft  
89. 1000 ft  
90. 1000 ft  
91. 1000 ft  
92. 1000 ft  
93. 1000 ft  
94. 1000 ft  
95. 1000 ft  
96. 1000 ft  
97. 1000 ft  
98. 1000 ft  
99. 1000 ft  
100. 1000 ft

104501245  
DAMN 2424

Two Pure Sweet Purple color of some.

Guest Ball-4.9 is in absence

1864 1865 1866 1867 1868 1869 1870 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1890 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682

THEY ARE ALL IN A ROW

for an article & copy

[illegible]

126 - Fainta Summer 21.50 1/2000 Range Total 21.50  
126.15 Range Total 21.50

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |       |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|--|--|
| NOME DO PACIENTE<br><i>Yara Lima</i>                                                                                                                                                        |  | SPONTANEO<br><i>HPH</i>                                                                                                                                                                                                  |  | CLÍNICA                                                                                                                                                                                                        |  | ENE ou APT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | LEITO |  |  |  |
| DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES<br><i>DMC + Hipertensão</i>                                                                                                                                |  | ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                 |  | D. NASCIMENTO                                                                                                                                                                                                  |  | MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |       |  |  |  |
| DATA: <i>23/08/2018</i> HORA: <i>10h</i>                                                                                                                                                    |  | HORÁRIO                                                                                                                                                                                                                  |  | OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |       |  |  |  |
| <p>1 - Dieta 2000 kcal</p> <p>2 - SF 60-70 mmHg</p> <p>3 - Diabete tipo 2</p> <p>4 - Hipertensão</p> <p>5 - Insuficiência cardíaca</p> <p>6 - Presença de edema</p> <p>7 - CCG e Sinais</p> |  | <p><i>Dr. Rolando Leal</i></p> <p><i>Dr. Rolando Leal</i></p> <p><i>Dr. Rolando Leal</i></p> <p><i>Dr. Rolando Leal</i></p> <p><i>Dr. Rolando Leal</i></p> <p><i>Dr. Rolando Leal</i></p> <p><i>Dr. Rolando Leal</i></p> |  | <p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br/>DPVAT<br/>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>09 AGO 2018</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A.<br/>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br/>Centro-Norte CEP: 64.002-470<br/>Teresina-Pi</p> |  | <p><i>Luiz Henrique Vasconcelos Reis</i></p> <p><i>Luiz Henrique Vasconcelos Reis</i></p> <p><i>Luiz Henrique Vasconcelos Reis</i></p> <p><i>Luiz Henrique Vasconcelos Reis</i></p> <p><i>Luiz Henrique Vasconcelos Reis</i></p> <p><i>Luiz Henrique Vasconcelos Reis</i></p> <p><i>Luiz Henrique Vasconcelos Reis</i></p> |  |       |  |  |  |

*Dr. Rolando Leal*  
CRM-2007  
Médico de Esporte  
SBOE 12983  
Unidade do Olho e Coração



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 99265  
PACIENTE: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA  
NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA SILVA  
DATA DO NASCIMENTO: 20/05/1998  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 30/04/2018  
DATA DO LAUDO: 04/05/2018  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Traço radioluciente com extensão articular no rádio distal.

Luxação escafo-semilunar.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Obs.:

\*Correlacionar com dados clínicos.

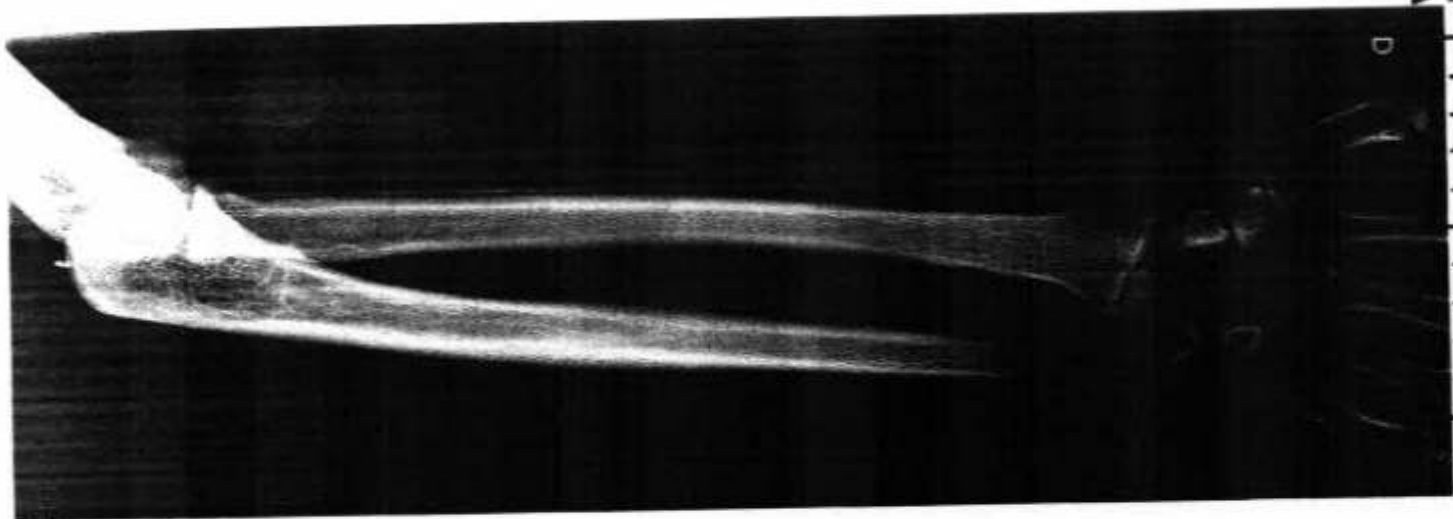
\*Sugere-se correlação com estudo específico.



  
Luis Henrique Vasconcelos Reis 10 TEN PM  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

  
Nayra Virginia S. Costa  
CRM-PI 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM 3326



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

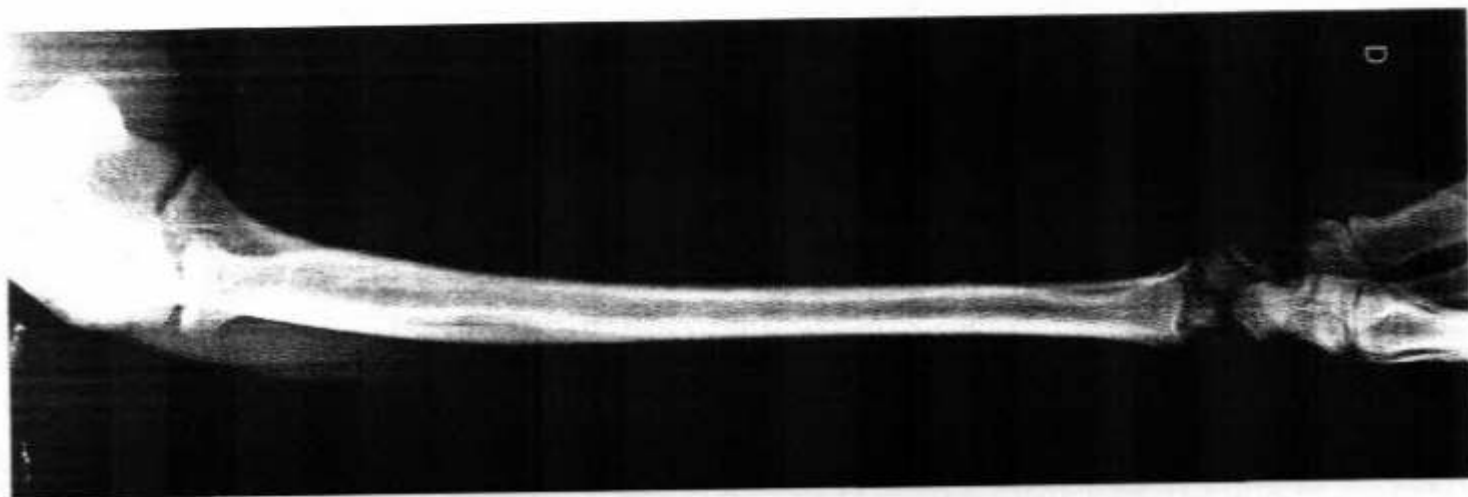
09 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 61.002-470  
Teresina

Luís Henrique Vasconcelos Reis - 2º TEN FPM  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Imagem: 02/06/2018 Hora: 06:26

Quest





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 99265

PACIENTE: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA SILVA

DATA DO NASCIMENTO: 20/05/1998

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 30/04/2018

DATA DO LAUDO: 04/05/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Estrutura óssea conservada.

Interlinhas articulares preservadas.

Partes moles sem alterações.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Exame radiográfico do tórax sem alterações detectáveis pelo método.

\*Correlacionar com dados clínicos.



*Luis Henrique Vasconcelos Reis*  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14495-3  
Chefe do Setor de Arquivos

*Nayra Virginia S. Costa*  
CRM-PI 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 100689  
PACIENTE: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA  
NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA SILVA  
DATA DO NASCIMENTO: 20/05/1998  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 09/05/2018  
DATA DO LAUDO: 15/05/2018  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Fixação ortopédica na articulação acrômio-clavicular com fios metálicos.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.



Luís Henrique Vasconcelos Reis 78181711  
RGPM 105198133-27/Mai. 14495 7  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Nayra Virginia S. Costa  
CRM-Pi 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Hígino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 99265  
PACIENTE: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA  
NOME DA MÃE: MARIA APARECIDA SILVA  
DATA DO NASCIMENTO: 20/05/1998  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 30/04/2018  
DATA DO LAUDO: 04/05/2018  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Estrutura óssea conservada.

Sinais de luxação acrômio-clavicular.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.



Luís Henrique Vasconcelos Reis  
RGPM 105198193-7 / Matr. 1440  
Chefe do Setor do Atendimento

Nayra Virginia S. Costa  
CRM-PI 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520



# POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: **MARCOS VINÍCIUS R. DA SILVA**  
MÉDICO  
CONVÊNIO: **SUS**

IDADE: **40 ANOS**

## HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

### ERITROGRAMA

Hemácias em milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina em g/dl  
Hematócrito em %

#### VALORES ENCONTRADOS

**4,5**  
**13,5**  
**40,0**

#### VALORES DE REFERÊNCIA:

| HOMEM       | MULHER      |
|-------------|-------------|
| 4,5 - 6,5   | 3,9 - 5,8   |
| 13,5 - 18,0 | 11,5 - 16,4 |
| 40,0 - 54,0 | 36,0 - 47,0 |

### OBSERVAÇÕES:

**Parâmetros normais e hemogramas.**

### LEUCOGRAMA

Leucócitos por mm<sup>3</sup> **5.100**

#### REFERENCIAL

4.000 10.000

|                | %  | REFERENCIAL | ABSOLUTO |
|----------------|----|-------------|----------|
| Bastões        | 5  | 3           | 5        |
| Segmentados    | 85 | 50          | 66       |
| Eosinófilos    | 2  | 2           | 4        |
| Basófilos      | 0  | 0           | 1        |
| Linfócitos     | 23 | 20          | 30       |
| Monócitos      | 1  | 4           | 8        |
| Metamielócitos | 0  | 0           | 1        |
| Mielócitos     | 0  | 0           | 0        |

### OBSERVAÇÕES:

### PLAQUETAS

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica. **225.000** mm<sup>3</sup>

100.000/mm<sup>3</sup> - 400.000/mm<sup>3</sup>

### OBSERVAÇÕES:

**Parâmetros morfológicos normais e hemogramas.**

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

Luis Henrique Vasconcelos Reis  
RGPM 105198113-27 Matr. 14495  
Chefe do Setor do Arquivo

TERESINA, 01 DE MAIO DE 2018

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP. QOPM - FARMAC. BIOQUÍMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUÍMICO  
CRF - PI 292

HAROLD LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"  
Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520  
CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8



# POLICIA MILITAR DO PIAUI

## HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME **MARCOS VINICIUS R. DA SILVA**

MEDICO

IDADE: **30 ANOS**CONVENIO: **União**

### COAGULOGRAMA

#### RESULTADO

TEMPO DE SANGRAMENTO:

**01 min. 00 seg.**

REFERENCIAL:

Até 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO:

**07 min. 00 seg.**

De 5 min. Até 10 min.

PROVA DO LAÇO:

**NEGATIVO**

Negativa

RETRAÇÃO DO COÁGULO:

**TOTAL**

Normal

#### OBSERVAÇÃO:

GLICOSE

**90** mg/dl

70 - 99 mg/dl

UREIA

**19** mg/dl

15 - 40 mg/dl

CREATININA

**0,8** mg/dl

0,4 - 1,4 mg/dl



Leis Henrique Vitor  
RGPM 105198193 / M. 14  
Chefe do Setor do Arquivo

TERESINA, 00 DE ABRIL DE 2018

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUIMICO  
CRF / PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245  
CEP: 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

2018-05-02 08:15

# 3Channel + 1 Rhythm Report

Name: MARCOS SILVA  
Age: 19yrs Sex: MAS  
H: 180cm W: 60kg

Heart Rate: 64 bpm  
PR int.: 144 ms  
QRS dur.: 90 ms  
QT/QTc: 382/393 ms  
P-R-T axes: 45-49-16

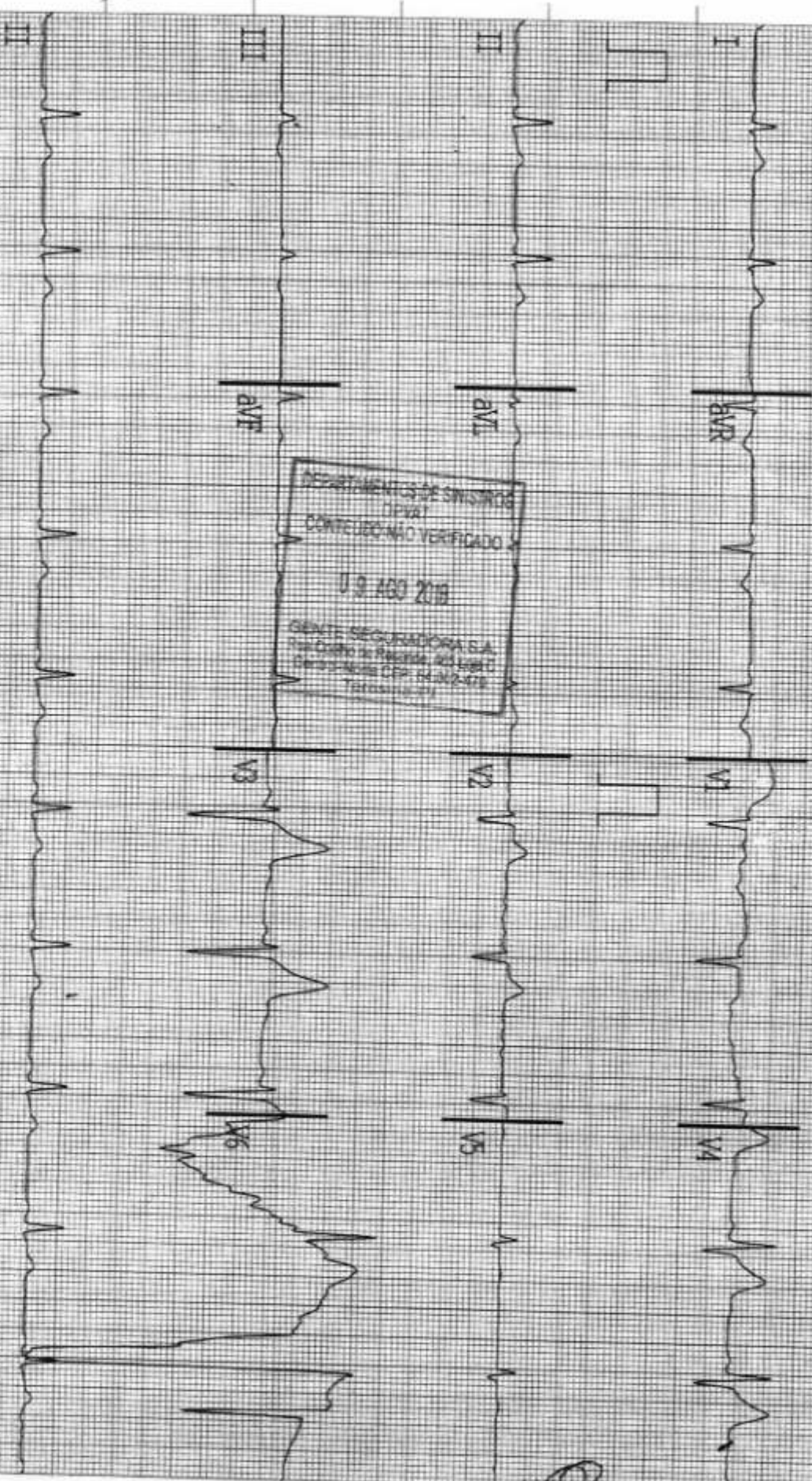
\*\*\* Analysis Result \*\*\*  
Rhythm: Sinusai Normal  
EKG: Normal  
ECG: Normal  
Comment: \*\*\*

Hospital: UG, 07  
Confirmed by:  
PACIENTE: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA  
DATA NASCIMENTO: 20/05/1998 19 - ANOS  
MÉDICO SOLICITANTE: DR. BISMARCK G. A. A. LEAO

DEPARTAMENTO DE SINUSOIDES  
TIPOVI  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Osório de Paiva, 400 - FERRÃO  
Cidade Nova CEP: 64.002-678  
Tatassuaçu

LEO VASCONCELOS REIS  
RGPM 105198193-27/Mul. 14493-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

(213/01)

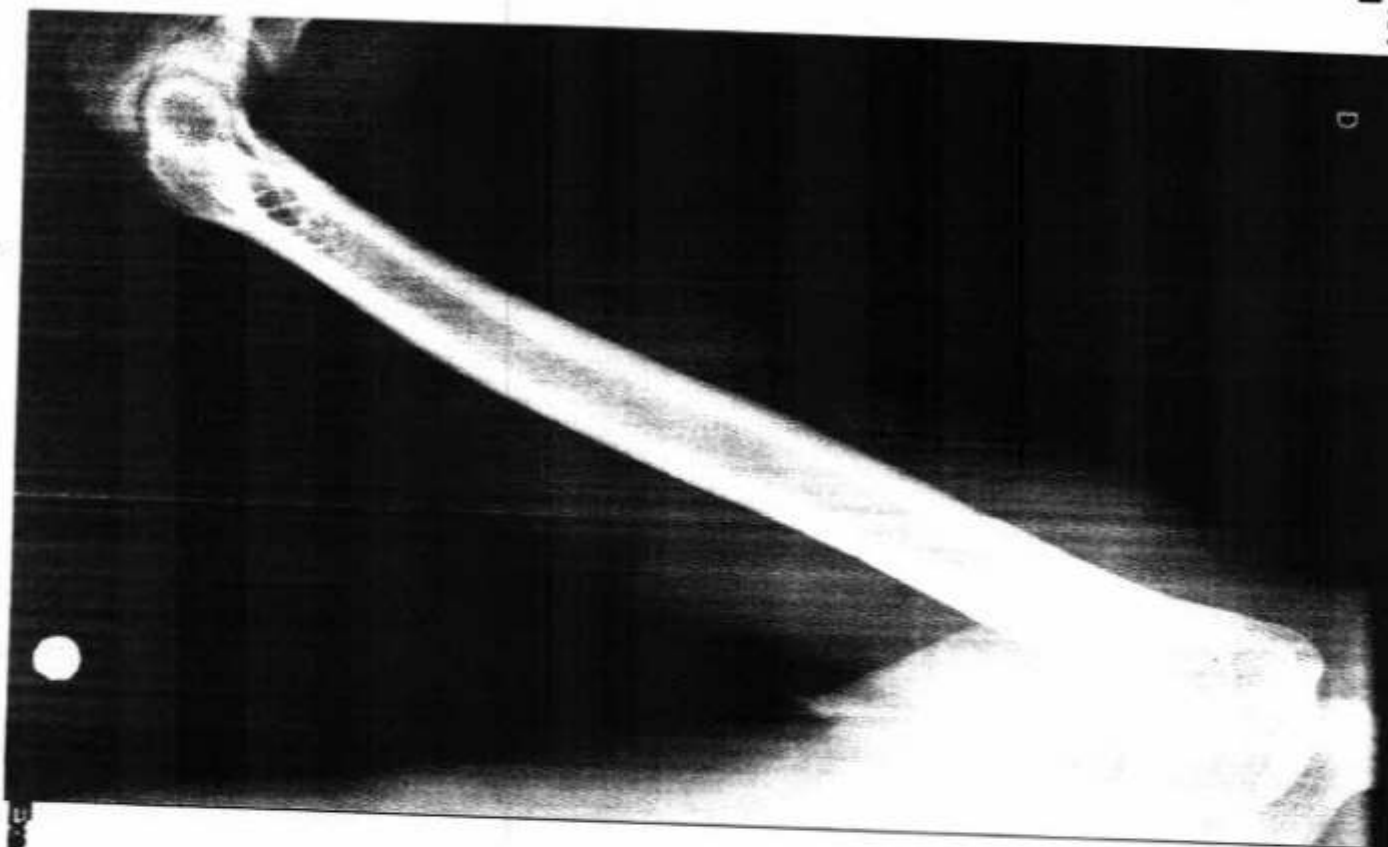


0.1Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG.

All Channels: 10mm/mV 25.0mm/sec.

u/s Plus - EKG Viewer

Bionet Co., Ltd.



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

Luís Henrique Vasconcelos Reis 29 TCM 1.00  
RGPM 105198193-27 Matr. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



HP/MP1  
MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA  
Idade: 019Y  
Sexo: M



Los Henriquez  
RSPM 105198193-2 / Mai. 14/15  
Chefe do Setor de Arquivo

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

WC: 1024  
WW: 2412

Quest  
Exame: 02/05/2018 Hora: 08:19

HP-MP-1  
MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

Idade: 019Y

Sexo: M



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 54.002-470  
Teresina-Pi

LEIS HENRIQUE VISCOSOS REIS  
RGPM 105195133-2 / Mat. 14-05-2018  
Chefe do Setor do Arquivo

Quest  
Data: 10/08/2018 Hora: 08:58

WC: 992  
WW: 2020

## RELATÓRIO MÉDICO

Relato que o paciente Marcos Vinicius Rodrigues da Silva, RG 3950154, CPF 073.248.863-02, foi atendido no Hospital Regional Tiberio Nunes na cidade de Floriano – PI no dia 27/04/2018, com ficha de atendimento de número P0542499, vítima de acidente motociclístico devidamente registrado com Boletim de Ocorrência de número 104346.001888/2018-21, com trauma no ombro direito e punho direito, exames de imagem evidenciando luxação acrômio-clavicular e luxação periescafossemilunar, submetido a tratamento cirúrgico. Após a alta evolui com dor e edema aos esforços, limitação de flexo-extensão do punho direito de aproximadamente 50%, diminuição da força muscular do antebraço direito de aproximadamente 30% e diminuição da força de elevação e abdução do ombro direito de aproximadamente 30%.

CID: S – 43.1 / S – 63.3

Floriano – PI

14/12/2018



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ERILMAR ALVES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAF  
1753725 SSP PI

CPF  
630.353.673-53

DATA NASCIMENTO  
23/10/1978

FILIAÇÃO  
SEVERO ALVES DOS SANTOS  
MARIA ELIETE DE SOUSA SANTOS

PERMISSÃO  
ACD  
CAT. HAB. AD

Nº REGISTRO  
02733797132

VALIDADE  
11/02/2020

EMISSÃO  
09/11/2002

OBSERVAÇÕES

*Erilmar Alves dos Santos*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
FLORIANO

DATA DE EMISSÃO  
09/04/2015

ARÃO MARTINS DO REGO LONÃO  
PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO-PI  
ASSINATURA DO EMISSOR

33901154292  
PI315088478

DETRAN-PI (PIAUI)

VALIDADE EM 2020  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1087051882

REGISTRO PLASTIFICAR  
1087051882

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 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 CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PI  
Nº 013029750387  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 01 13551540 RANTIC 2018

MARCA VEINICTUS RODRIGUES DA SILVA

VA 13551540

0179 03ad 0149 05ad 5911 1596 0081 3203 4315

07324886302

9C2JB0100HR251679

07324886302

9C2JB0100HR251679

07324886302

9C2JB0100HR251679

07324886302

9C2JB0100HR251679

07324886302

9C2JB0100HR251679

07324886302

9C2JB0100HR251679

PI Nº 013029750387 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 1 07324886302

0113551540

2017 09

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

000,00 (R\$)

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.604/0001-04

SET / 2018



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180434774 **Cidade:** Floriano **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO DIREITO  
FRATURA/LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE)E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO E OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## 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 ombros | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180434774 **Cidade:** Floriano **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Luxação acrômio-clavicular direita. Luxação periescafosemilunar em punho direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Apresenta ao exame limitação moderada da abdução e rotação do ombro direito e moderada da flexo extensão do punho direito.

**Resultados terapêuticos:** Realizou tratamento cirúrgico da luxação acrômio clavicular e da luxação periescafosemilunar. Refere fisioterapia.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do punho direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/01/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Vítima já indenizada pela análise médica documental em 27/09/2018. A indenização paga foi referente a uma limitação funcional do ombro direito em grau leve e uma limitação funcional do punho direito em grau leve. De acordo com perícia médica realizada, adequar indenização complementando para dano moderado do ombro direito e dano moderado do punho direito.

**Médico examinador:** Bergiel Barbosa Bezerra

**CRM do médico:** 3909

**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 ombros | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

**PRESTADOR**

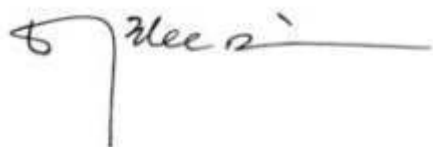
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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: **3180434774**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**LC TABULEIRINHO, SN - Área Rural de Floriano - Floriano - PI - CEP 64809-899**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /PI** ] **3950154**

Data e local do acidente: [ **27/04/2018** ] **Floriano - PI**

Data e local do exame: [ **08/01/2019** ] **Floriano** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Luxação acrômio-clavicular direita. Luxação periescafosemilunar em punho direito*

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

*Apresenta ao exame limitação moderada da abdução e rotação do ombro direito e moderada da flexo extensão do punho direito*

**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.**

*Realizou tratamento cirúrgico da luxação acromio clavicular e da luxação periescafosemilunar. Refere fisioterapia.*

**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:**

*Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do punho direito*

**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):

**Ombro direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

**Punho direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

*Vítima já indenizada pela análise médica documental em 27/09/2018. A indenização paga foi referente a uma limitação funcional do ombro direito em grau leve e uma limitação funcional do punho direito em grau leve. De acordo com perícia médica realizada, adequar indenização complementando para dano moderado do ombro direito e dano moderado do punho direito.*



BERGIEL BARBOSA BEZERRA  
MÉDICO  
CRM: 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

SOLICITAÇÃO:

A FENASEG

VÍTIMA:

Marcos Vinicius Rodrigues da Silva

SINISTRO:

3180434774



Informo a essa representada Empresa que sofri acidente de trânsito, e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, motivo pelo qual, solicito a perícia médica de V.Sa(s).

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito da indenização.

Caso não seja realizada perícia estarei com reclamação na SUSEP e com Ação Judicial.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Marcos Vinicius Rodrigues da Silva

Assinatura

Data: 17-12-2018.

PEÇO REANÁLISE DO MEU PROCESSO, E ME CONVOQUE PARA PERÍCIA, PORQUE DO ACIDENTE TIVE LESÕES MUITO GRAVES COM FRATURA DO OMBRO, FRATURA DO PUNHO, LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR E LUXAÇÃO PARIESCAFOSSÊMILUNAR. FIZ TRATAMENTO CIRÚRGICO, TRATAMENTO FISIOTERÁPIA E APÓS OS TRATAMENTOS FIZ O PEDIDO DA INDENIZAÇÃO ME PAGARA UM VALOR QUE NÃO CORRESPONDE NEM COM UMA DAS SEQUELAS DA QUATRO LESÕES. POR ISSO QUE SER PERICULADO E RECEBER A INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTES AS SEQUELAS.

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Marcos Vinícius Rodrigues da Silva  
brasileiro (a) estado civil: Casado, profissão: Adv. MAQUINISTA, carteira de  
Identidade nº 3.980.154, órgão expedidor: SSP. PI  
C.P.F. nº 073.248.863-02, residente e domiciliado  
Av. TOPIERINHO, nº 514, bairro ZONA RURAL  
Cidade FLORIANO, 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; Petrólio 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) Marcos Vinícius Rodrigues da Silva  
Ocorrido em 27.04.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do  
Outorgante.



Floriano / PI, 06 de Agosto de 2018.

Marcos Vinícius Rodrigues da Silva  
(OUTORGANTE)



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

### RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de Marcos Vinícius Rodrigues da Silva  
Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança  
Dou fé. Floriano/PI, 06/08/18  
Guilherme

☐ Gildete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

☒ Gildete Ferreira da Silva - Tab. Substituto

☐ Juelie Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Marcos Vinícius Rodrigues da Silva  
brasileiro (a) estado civil: Casado, profissão: Adv. MAQUINISTA, carteira de  
Identidade nº 3.980.154, órgão expedidor: SSP. PI  
C.P.F. nº 073.248.863-02, residente e domiciliado  
Av. TOPIERINHO, nº 514, bairro ZONA RURAL  
Cidade FLORIANO, 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; Petrólio 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) Marcos Vinícius Rodrigues da Silva  
Ocorrido em 27.04.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do  
Outorgante.



Florianópolis / PI, 06 de Agosto de 2018.

Marcos Vinícius Rodrigues da Silva  
(OUTORGANTE)



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

### RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de Marcos Vinícius Rodrigues da Silva  
Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança  
Dou fé. Florianópolis/PI, 06 de 08/18  
Guilherme

☐ Gildete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

☒ Gildete Ferreira da Silva - Tab. Substituto

☐ Juelie Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342314/18

**Número do Sinistro:** 3180434774

**Vítima:** MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

**CPF:** 073.248.863-02

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/04/2018

**Titular do CPF:** MARCOS VINICIUS  
RODRIGUES DA SILVA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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: 28/12/2018  
Nome: MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA  
CPF: 073.248.863-02

MARCOS VINICIUS RODRIGUES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/12/2018  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa