

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARTINHO CARVALHO NETO

Nº Sinistro: 3180509446

Vitima: MARTINHO CARVALHO NETO

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180509446**.

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 13534492



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARTINHO CARVALHO NETO
Nº Sinistro: 3180509446
Vitima: MARTINHO CARVALHO NETO
Data do Acidente: 09/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180509446**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13539450



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180509446

Vítima: MARTINHO CARVALHO NETO

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARTINHO CARVALHO NETO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180509446

Vítima: MARTINHO CARVALHO NETO

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARTINHO CARVALHO NETO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180509446

Vítima: MARTINHO CARVALHO NETO

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180509446

Vítima: MARTINHO CARVALHO NETO

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARTINHO CARVALHO NETO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: MARTINHO CARVALHO NETO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000002658-1

Conta: 0000016012-1

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 630.778.293-55	Nome completo da vítima Martinho Carvalho Neto
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Martinho Carvalho Neto	CPF titular da conta 630.778.293-55	Profissão Advogado
Endereço Avenida Raimundo G. Alencar	Número 1116	Complemento Urbano
Bairro Urbano	Cidade São Pedro do Piauí	CEP 64.430-000
Email Recusou-se	Estado Piauí	Telefone (DDD) (86) 99981-6008

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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 2658 D/V 1 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 16.010 D/V 1 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ D/V _____ (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 minha agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São Pedro Pi. 26 de Outubro de 2018

Local e Data

COMPARTILHADO
DE SEGUROS

29 OUT 2018

DPVAT

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



WJ CORRETORA
DE SEGUROS

29 OUT 2018

DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000284/2018-04

Unidade de Registro: 11ª DRPC- AGUA BRANCA

Resp. pelo Registro: Wilamar Pires Da Silva

Data/Hora: 12/09/2018 - 09:02

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO PEDRO DO PIAUI

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO PEDRO DO PIAUI

Endereço

ESTRADA QUE LIGA A CIDADE DE SÃO PEDRO DO PIAUI A BR 343, Nº:

Complemento

ZONA RURAL

Data/Hora

09/12/2017 - 23:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO

RG: 685511 SPP PI

Mãe: LUIZA PEREIRA DA SILVA

Pai: SALUSTIANO GABRIEL DA SILVA

Endereço: AV. RAIMUNDO GONÇALVES DE ALENCAR, Nº 1116

Complemento: POVOADO SÃO JOSÉ - ISCAS

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUI

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Notificante

Nome: MARTINHO CARVALHO NETO

Mãe: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO

Pai: MATEUS BORBA DE CARVALHO

Endereço: POVOADO SÃO JOSE, Nº

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUI

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

MEIO(S) EMPREGADO(S)

Meio(s) Empregado

1 - OUTROS.

Apreendido

Não

RELATO DA OCORRÊNCIA

Relata a notificante de que na data dos fatos, o mesmo havia saído de casa pela manhã, em sua bicicleta e passou o dia ingerindo bebida alcoólica; Que por volta de meia noite aproximadamente, recebeu uma ligação de uma pessoa da cidade de São Pedro do Piauí, afirmando que seu filho MARTINHO CARVALHO NETO, se encontrava internado no Hospital da cidade de São Pedro do Piauí-PI, e, o mesmo havia sofrido um acidente na estrada; Que imediatamente a declarante se dirigiu ao Hospital em São Pedro do Piauí e lá chegando encontrou seu filho, o mesmo realmente estava internado e com fraturas na perna esquerda; Que a declarante ficou sabendo através do Hospital de que seu filho havia sido levado ao Hospital por populares, uma vez que o mesmo havia sido encontrado caído nas margens da estrada, que liga a cidade de São Pedro do Piauí - PI a BR 343, na altura do Santo; Que então seu filho ficou internado no referido Hospital, Marcolino Barbosa Ribeiro, por um período de 10 dias, aguardando a senha para ser transferido, conforme Prontuário de Atendimento nº 72, sendo em seguida encaminhado para o HPM Hospital da Polícia Militar, onde passou por intervenção cirúrgica para recuperação da Fratura da Diáfise da tíbia, da perna esquerda conforme Prontuário de nº 320967, do referido Hospital. Que afirma que na ocasião seu filho andava de bicicleta, que não foi identificado o veículo que o atropelou; Que seu filho ingere bebida alcoólica e naquele dia estava ingerindo desde que havia saído de casa, ou seja pela manhã; Que diante dos fatos, registra o presente, visando a obtenção dos benefícios do Seguro DPVAT. Era o registro.

ORIGINAL

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

29 OUT 2018

DPVAT

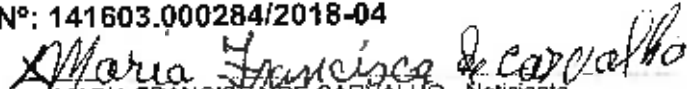


Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

281 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000284/2018-04


Wilamar Pires Da Silva - Mat. 0410217
AGENTE DE POLÍCIA


MARIA FRANCISCA DE CARVALHO - Noticiante
Responsável pela Informação


Wilson Gomes de Araujo
Delegado de Polícia
Mat. 108628-6

RECEBUE

FJ CORRETORA
DE SEGUROS

29 OUT 2018

DPVAT

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 pelo seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita 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

Martinho Carvalho Neto

CPF da Vítima

630.798.293-55

Data do Acidente

09.12.2017

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atenda 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.

São Pedro Ri 26 de Outubro de 2018

Local e Data

J CORRETOR
DE SEGUROS

29 OUT 2018

DPVAT

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

USUÁRIO:
FRANCISCA CARDOSO

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 72

DATA: 09/12/2017 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 028073 HORA: 23:46:49
COD.: 18173 Nome do Paciente: MARTINS PEREIRA NETO Nascimento.: 27/08/1977
Raça.: 99 Idade.: 40 Anos, 3 Meses e 12 Dias.
Nome do Pai.: MATEUS BORBA DE CARVALHO
Nome do Mãe.: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO
Sexo.: MASCULINO Telefone.: (86) 0000-0000 Cep.: 64130-000
Endereço.: TSCA Bairro.: ZONA RURAL Numero.: 0
Município.: SÃO PEDRO DO PIAUÍ UF.: PI IBGE Mun.: 221050
Nacionalidade.: BRASILEIRO (A) Município Nascimento.: SÃO PEDRO UF.: PI
CNS.:
RG N°.: Órgão Emissor.: Data Emissão.: / /
CPF.:
Certidão Tipo.: Nº Ordem.: Livro.: Folha.: Dt Emis.:
Nome do Cartório.: UF.:
DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 107795 Data.: 09/12/2017 23:46:49 Condução.: Veículo Próprio ou de Terceiros
Motivo da Procura: Não Informado Convênio: SUS

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Artrite inflamatória / Dor no joelho

EXAMES FÍSICOS:

Exame físico / joelho

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura fêmur 2/3

TRATAMENTO SOLICITADO:

Sutura / R - / @ Dr. Danilo Oliveira

PA	X	mmHg	/	Pulac	/	FC	bpm	/	Temp
ALTA	[]	Melhorado	[]	Administrativo	[]	Insatisfeito	[]	Retornar à Und. origem	
	[]	Curado	[]	Por indisposição	[]	Por Evasão	[]	Transferência	
	[]	A Pedido							
ÓBITO	[]	Até 24 Hs	[]	De 24 a 48 Hs	[]	Após 48 Hs	Destino:	[]	Família []
	[]	Intervenção na Unidade	[]	Tratamento Solicitado				[]	CID Compatível



Dr. DANILO DE OLIVEIRA LOPES
CRM.: 5406 CNS: CRM-PI 5406

Assinatura do Paciente ou Impressão Digital

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARTINHO CARVALHO NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02658-1

CONTA: 000000016012-1

Nr. da Autenticação AA36A9FB96B26392



Para consultar com a Eletrobras, informe este número

SEU CODIGO
0254925-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/SV - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.901.340-5)
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica - São José
Regime especial de Imposto de Renda pelo SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal: 004195159

A Verta Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 20 de abril de 2002

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	17/04/2018	96	52,54

MARIA FRANCISCA DE CARVALHO
AV RAIMUNDO G ALENCAR 1116 1116 R-URBANO
CPF: 00027386597304
CEP: 64.430-000 - POV. SAO JOSE

ROT: 86.447.06.02.085300

DADOS DA LEITURA		FCAM	DATAS DA LEITURA	
Atual:	30941		Atual:	10/04/2018
Anterior:	30845		Anterior:	09/03/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	09/05/2018
Consumo Medido:	96		Emissão:	09/04/2018
Consumo Faturado:	96	FCAM	Apresentação:	10/04/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posse	Código Est.	Módulo 12 meses
	NONO	A088015		1.6.1.1	120

HISTÓRICO LWT		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAR/18	93	CONSUMO	30 A R\$ 0,256399 = 7,69
FEV/18	90		66 A R\$ 0,439554 = 29,01
JAN/18	100	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	6,80
DEZ/17	109	DIFERENÇA DE TARIFA	35,03
NOV/17	147	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	25,99-
OCT/17	139		
SET/17	135		
AGO/17	136		
JUL/17	112		
JUN/17	126		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,256399
31 A 50 - 0,439554

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
"ALÍQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N. 17.583, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09/04/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVA DO FISCO D46F.A77C.5221.0258.DFF6.F9E3.A423.9212

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	15,19	Base de Cálculo:	71,73
Energia:	28,87	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,54	Valor do ICMS:	15,78
Encargos:	4,60	Valor do PIS:	0,49
Tributos:	18,53	Valor do COFINS:	2,26

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48
	0,00			0,00			0,00

SAO PEDRO DO PIAUÍ

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

29 OUT 2018

DPVAT

TIM Celular S.A.
Av. Brasil, 1589 - Loja 6
Centro - Teresina - PI
CNPJ: 04.200.030/0000-64 - IE: 19.455.632-8
CNPJ em Recibo: 04.206.050/0001-80

TIM
BLACK

Página 1 de 2

R\$ 142,90
VENCIMENTO
25/07/2018

EMIÇÃO: 07/07/2018
POSTAGEM: 16/07/2018
FATURA: 3450706950

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64125-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você, com descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/JUN A 06/JUL

SERVIÇOS	VALOR
☒ Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
☒ CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 2,91

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (0877PÓS/SMP)

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Desconto Oferta TIM Pós C Plus	-	-	1	30	07/06 a 06/07	189,99
Superfoni	-	-	3/12	30	07/06 a 06/07	45,37
10 GB de Internet	10GB	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
Mínimo local e DDD com 41	Ilimitado	126m36s	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
TIM Music	-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
TIM Roteiro Virtual	-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
TIM Vídeo Premium	-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
Total de Mensalidades						139,99

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a confiabilidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.gupmeutim.com.br de seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUNT. FUNTTEL	R\$ 0,35
ICMS	30%	R\$ 104,28	R\$ 31,27		
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

em conformidade com a Lei 12.741/2012
As cobranças (pós-pagos) de 1% (1%) e FUNTTEL (0,35%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviço(s) de Valor Adicionado (SVA)
(Incluídos no(s) Plano(s))

Indicador	R\$ 17,49
SVA	R\$ 12,50
Descontos: Franquia	R\$ -16,38
Descontos: SVA	R\$ -13,82

J CORRETOR
DE SEGUROS

29 OUT 2018

TIM

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para a central de atendimento TIM.

DPVAT

NOME DO CLIENTE
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009121536776014	JUL/2018	07/07/2018	25/07/2018	R\$ 142,90

VIA BANCO

84823000001-2 42900105011-8 00345070695-1 00121536776-2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

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

NF: 20041247

MARIA FRANCISCA DE CARVALHO

AV RAIMUNDO G ALENCAR, 1116, 1116

B-RURAL

64430000 SAO PEDRO DO PIAUI

PI

CÓDIGO ÚNICO 2549255	MÊS 04/2019	PERÍODO DE CONSUMO 08/03/2019 a 08/04/2019
CONSUMO (kWh) 91	VENCIMENTO 15/04/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 58,56

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 2549255	MÊS 04/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 58,56
-------------------------	----------------	----------------------------

836200000005.585600170005.000000002543.925504190057



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0400 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, com respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/96.

Pelo exposto, eu, Adriana Carla de Sousa Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Martinho Carvalho Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 630.778.293/55, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Martinho Carvalho Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 630.778.293/55, com a 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 informado, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua Sete de Setembro</u>	Número <u>244</u>	Complemento <u>Centro</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Elestão Veloso</u>	Estado <u>Piauí</u>
Email <u>carladrianasousa@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(86)9981.6008</u>	CEP <u>64.325-000</u>
	Telefone celular (DDD) <u>(86)9948-1744</u>	

Elestão Veloso, 26 de Outubro de 2018
Local e Data

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

AG CORRETOR DE SEGUROS

29 OUT 2018

DPVAT



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

enf 09

USUÁRIO:
FRANCISCA CARDOSO

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 72

DATA: 09/12/2017 IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 028073 HORA: 23:46:49
COD.: 18173 Nome do Paciente: MARTINS PEREIRA NETO Nascimento: 27/08/1977
Raça: 99 Idade: 40 Anos, 3 Meses e 12 Dias.
Nome do Pai: MATEUS BORBA DE CARVALHO
Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO
Sexo: MASCULINO Telefone: (86) 0000-0000 Cep.: 64430-000
Endereço: ISCA Bairro: ZONA RURAL Numero: 0
Município: SÃO PEDRO DO PIAUÍ UF: PI IBGE Mun.: 221050
Nacionalidade: BRASILEIRO(A) Município Nascimento: SÃO PEDRO UF: PI
CNS:
RG Nº: Órgão Emissor: Data Emissão: / /
CPF:
Certidão Tipo: Nº Ordem: Livro: Folha: Dt Emis:
Nome do Cartório: UF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 107795 Data: 09/12/2017 23:46:49 Condução: Veículo Proprio ou de Terceiros
Motivo da Procura: Não Informado Convênio: SUS

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Ardor no abdômen / Trauma no tornozelo

EXAMES FÍSICOS:

Depressão / Prof. Tornozelo

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura tíbia e fíbula?

TRATAMENTO SOLICITADO:

Sutura / R - @ Displante 8mg/12h

PA: X mmHg / Pulso: / FC: bpm / Temp:
ALTA [] Melhorado [] Administrativa [] Inalterado [] Retornar à Und. origem:
[] Curado [] Por indisciplina [] Por Evasão [] Transferência:
[] A Pedido

ÓBITO [] Até 24 Hs [] De 24 a 48 Hs [] Após 48 Hs Destino: [] Família [] IMI

[] Internação na Unidade | Tratamento Solicitado: | CID Compatível:



Dr. DANILO DE OLIVEIRA LIMA
CRM.: 5406 CNS: CRM-PI 5406

Assinatura do Paciente ou Impressão Digital

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO	2. CNES 2324199
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO	4. CNES 2324199

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE: Martins Pereira Neto					
6. Nº. PRONTUÁRIO	7. CARTÃO NACIONAL SUS	8. DATA NASC 27/08/1977	9. SEXO: M/F ☒ M ☐ F	10. DOCUMENTOS: RG	CPF
10.1. NOME DA MÃE: Maria Francisca de Carvalho			10.2. NOME DO RESPONSÁVEL:		
12.1. ENDEREÇO: Iscra - São José			12.2. BAIRRO Zona Rural	12.3. COMPLEMENTO	
11. TEL. DE CONTATO	13. MUNICÍPIO São Pedro do Piauí	14. IBGE 2210508	15. UF PI	16. CEP 64430-000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando deformidade em região distal de MTE; fratura de tibia na radiografia			
18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO As acima			
19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS) RX MTE			
20. DIAGNÓSTICO INICIAL FX ext. distal da tibia	21. CID 10 PRINCIPAL S823 Z039	22. CID10 SECUNDÁRIO	23. CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Trat. cirúrgico de fx. lesão física distal da tibia		25. COD. DO PROCEDIMENTO 030206008-8
26. LEITO/CLÍNICA	27. CARATER DA INTERNAÇÃO	28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Lucas Eugênio
29. DATA SOLICITAÇÃO: 10/12/17		31. ASS. E CARIMBO (Nº. DO REG. DO CONSELHO) Lucas Eugênio Alves de Oliveira MÉDICO CRM-PI 6135

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

32. () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº. DO BILHETE	35. SÉRIE
36. () ACID TRABALHO TÍPICO	38. CNPJ DA EMPRESA	39. CNAE EMPRESA	40. CBO
41. CID10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA		
42. CID10 SECUNDÁRIO	43. () LEVE	44. () GRAVE	45. () GRAVÍSSIMO

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO
47. DATA DA AUTORIZAÇÃO: 10/12/17	50. NOME DO PROFISSIONAL/PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO/AUDITORIA
48. CNS/CPF:	51. DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº. REG. DO CONSELHO)	52. CNS/CPF
53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº. REG. DO CONSELHO)	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: ANTONIO CÉSAR DA CARVALHO	

DESEGUROS

29 OUT 2018

DPVAT

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

C.N.P.J: 06.554.810/0001-76

FICHA DE ADMISSÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: 0 2 8 0 7 3 Enfermaria: 0 9 Leito: 2 8

Nome: Martins Pessoa Neto

Data de Nasc.: 2 7 / 0 8 / 1 9 9 7 Sexo: 1 1. Masculino / 2. Feminino

Filiação: Pai: Mateus Bonha de Carvalho
Mãe: Maria Francisca de Carvalho

Endereço: Isca Bairro: Zona Rural
Cidade: São Pedro do Piauí Estado: Piauí

ESPECIALIDADE DO LEITO

Clinica Médica: ☐ Obstetrícia: ☐ Psiquiátrica: ☐
Pediatria: ☐ Cirúrgica: ☒

IDENTIFICAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Data da Internação: 1 0 / 1 2 / 2 0 1 7 Hora: 1 3 : 4 3 Min.

ANAMNESE:

Paciente vítima de acidente motorístico apresentando
fratura distal de tíbia (E).

FI CORRETOR
DE SEGUROS

29 OUT 2017

DPVAT

Lucas Eugênio Alves de Oliveira
MÉDICO
CRM 416135

Ass. e carimbo do Médico Responsável

SÃO PEDRO DO PIAUÍ (PI), 10 DE Dezembro 2017.

**HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA
RIBEIRO**
Secretaria Municipal de Saúde - São Pedro do Piauí



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE PRÓTESE E ÓRTESE
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☒ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ USO DE OXIGENADORES
☐ VACINA ANTI RH	☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL
☐ CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	☐
☐ DIÁLISE	☐

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO - CNPJ: 06.554.810/0001-76 - SÃO PEDRO PI.

PACIENTE: Martins Pereira Neto AIH: _____

PROCEDIMENTO ANTERIOR _____ PROCED. SOLICITADO: _____

MÉDICO SOLICITANTE Lucas Eugênio CRM 6135 CPF: 007.511.573-50

JUSTIFICATIVA: Internação para espera de vaga para conexão em útero.

DATA: 10/12/2017

Lucas Eugênio Alves de Oliveira
MÉDICO
CRM 6135
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

RJ CORRETORA
DE SEGUROS

29 OUT 2018

DPVAT

10/12/17
Lucas

NOME: Martins Pereira Neto

29 OCT 2018

REGISTRO:

ENF: 09

LETTOR:

DATA: 10/12/2017

ITEM	# Fx T ₀ #	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
①	Dieta oral livre		17.02. Pac. com Febre alta 38,5°C e
②	Selo salinizado		Algo desidratado, Olhos secos, pele seca,
③	Dipirona - 1 amp. EV, 6/6h	12.34	Paciente adequado, Alga quietas ad
④	Taxotel - 1 amp. EV, 12/12h	18.24	Gross, com edema de membros inferiores
⑤	Iamadol - 1 amp. EV, se dor intensa		Paciente e familiares (D), deambulando
⑥	Plasil - 4 amp. EV, se náuseas / vômitos.		bem estável; Alga aos cuidados
⑦	CCGG + SSVV 6/6h		médicos e de enfermagem.
			Rafael Barbosa Enfermeiro COREN - PI 428.336
AGUARDA SENTADA; PACIENTE NÃO CANTASTADO.			
Lucas Eugênio Alves de Oliveira MÉDICO CRM-PI 6135			

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Martins Paula Silva

29 OCT 2018

DATA: 12/1/15

DECEMBER

ENF-

2

1

ITEM	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
AV Evolução da Tinha Diabél E #		#03 Juv. - Per segue colmo, decaem de, respirações apertadas, dióxido Vó oculto, diurese presente. MI é imo- bilizável, observando-se a fe- bre de regressão.
① Dieta oral líquida		Brenda Elguero Enfermeira COREN-RS 9876
② Soro Salmizado		
③ Dipirona 1mg + AD PV; 6/6h		
④ Tiltill 1mg + AD PV; 12/12h S/M qd 18.00		
⑤ Transdermal 100mg ST q 9h; PV		
Aderir Mamas.		
@CCCE & SSN		
		Francisco Montenegro da Silva ENFERMEIRO COREN-RS 495.546

REGISTRO:

ENF: 021

LETO: 2008

LETO: 2008

Martins Pereira Neto

ITEM	# Fatura de Tíbia E #	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
①	Ducha oral líquida		08:25 - Ref. com fatura de Tíbia E, Agn Lourenço, orientado, apêndix, acerta de feq falso, boa higiene capilar, sem odor do Bomex taxa de todo dor em região frato medo com diminuição fisiologia presente e da coração @ de ar hda com auxilio, deixe com cuidado medidos e de enfermaria.
②	Bipolar 1mg + AD.PV, 6/6h	18/19/20	Maria Barbosa Enfermeiro CPF nº 428.336
③	Tubal 1mg + AD.PV, 12/12h SN		AS 08:45 PB = 140 X 80 mmHg 159mmHg
④	Bromoprida 1mg + AD.PV, 8/8h SN		
⑤	Aprimada Sonda dg		
⑥	Régulacão		

Prescrição Médica e Controle de Aplicação

DATA DA ADMISSÃO	ENF	LEITO
16/12/17	09	28

PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

NOME DO PACIENTE: Meire Pereira Neto

Nº

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM

Faturar de fêrris no tal

1) Dieta excl. Lúvia

2) Selco sedmizato

3) Dipirona 700 mg EV 6/6hs

4) T. da hl 100 mg EV até 12/12/17

S. clonaz. 1mg

5) Ibuprofeno 400 mg EV até 8/12/17

6) SOS

Aguardando exame de urina

08:38. Ref. para avaliação, orientado a seguir, acirto de observação de histeria caput, sono adequado, ausência de dor do

paciente, com eliminação de urina normal, sem prurido e náuseas, de

observação com auxílio, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

medicação de S. clonaz. 1mg, para o S. clonaz. 1mg, medicação de

Dr. Caroline Pereira R. Barbosa
 Médica
 CRM-PI 4901

Rafael Barbosa
 Enfermeiro
 COREN-PI 428.336

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N - SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

DATA: 11/12/2017

REGISTRO: _____

ENF: 09

LEITO: 28

NOME: MARTINS PEREIRA NETO

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
	HD: FRATURA DE TÍBIA DISTAL E		
1	Dieta oral livre		12 seg. gel. com saída, orientando sobre a de- privação alimentar, físico, ME imobiliza- do. Sem sequelas no momento.
2	Jelco salinizado		Em seguida o gelado segue sob cuidados da enfermeira.
3	Dipirona, 1 amp + AD, EV, se 6/6 h	12h	Agendando S. João segun- do o horário.
4	Tilatil, 1 amp + AD, EV, 12/12 h	18h	12h post. com saída, orientando sobre a de- privação alimentar, físico, ME imobiliza- do. Sem sequelas no momento.
5	Tramadol, 1 amp, EV, se dor intensa, até de 6/6 h	18h	Em seguida o gelado segue sob cuidados da enfermeira.
6	Plasil 1 amp + AD, EV, se náuseas/vômitos, até de 8/8 h		Agendando S. João segun- do o horário.
7	CCGG + SSVV 6/6 h		12h post. com saída, orientando sobre a de- privação alimentar, físico, ME imobiliza- do. Sem sequelas no momento.
AGUARDA SENHA DA REGULAÇÃO			

Lucas Henrique Almeida Oliveira
ENFERMEIRO
CRM-PI 6135

Jonas Alves Cardoso
ENFERMEIRO
COREN - PI 494.457

Francisco Monteiro da Silva
ENFERMEIRO
COREN-PI 493.546

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO

RUA LEONIDAS MELO, S/N - SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI, CEP: 64430-000

NOME: MARTINS PEREIRA NETO

DATA: 14/12/2017

REGISTRO:

ENF: 03

LETO: 2012

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
	HD: FRATURA DE TÍBIA DISTAL E		
1	Dieta oral livre		#08-10-18+ segue dieta livre, comente, no próximo atendimento, sobre evolução da dieta para dieta, com M e simulação
2	Jelco salinizado		podem. Enquadrando no plano de dieta
3	Dipirona, 1 amp + AD, EV, se 6/6 h	18/10/18 08:00h	de acordo, sobre cuidados. Brenda Figueiredo
4	Tilatil, 1 amp + AD, EV, 12/12 h	18/10/18 02:00h	#08-10-18. R+ segue dieta livre com CORENO 459918 dieta, respiratório espontâneo, dia 10/10
5	Tramadol, 1 amp, EV, se dor intensa, até de 6/6 h		paciente. Dieta livre para dieta, MTE simulação.
6	Plasil 1 amp + AD, EV, se náuseas/vômitos, até de 8/8 h		podem. Enquadrando no plano de dieta
7	CCGG + SSVV 6/6 h		com, sobre cuidados.
	AGUARDA SENHA DA REGULAÇÃO		

Lucas Eugênio Alves de Oliveira
Médico
CRM 131335

Enfermeira
CORENO 459918

DATA: 15 / 12 / 17

REGISTRO:

ENF: 02

LEITO: 28

NOME: Márcio Pereira Neto

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
#	Fratura do 11 ^o hu direito C		
1	Dilatações livres		
2	Solu Salicilado		
3	Dil. Mem 3 amp + AN, 6v 6.6h	12-18-24	09:00 paciente segue acordado, em autocar, febre, tosse e dor de garganta e respiração satisfatória, segue com medicação.
4	7 ^o Dalt 3 amp + AN, 6v 5.11/12 30 dias	18-24	Medicação fisiológica não senta MIE, segue com cuidados e segue trabalhando.
5	7 ^o Dalt 30 mg, 3 amp + AN, 6v 5.11/12 30 dias		
6	3 ^o Dalt 30 mg/30v - 3 amp + AN, 6v 30 dias		
7	5 ^o Dalt + CEC		
	Obs: Aguarda Solt de Regula		

DATA: 12/12/17

REGISTRO: _____

ENF: 029

LEITO: 28

PRESCRIÇÃO MÉDICANOME: Martim Pereira Neto

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1	Fratura da Tíbia Distal E M		0830. Pd. com quadro clínico de Fratura de Tíbia Distal, segue com curativo, orientado, higiene, escala de dor controlada, boa higiene corporal, sem edema, limbo de Per
2	Diet and Livr		em 12h com enfermagem parafixadas
3	Tulco Solimizado		quantos e de curativos, de curativos com
4	Digivona sup + AD, EV, 6/6h	12/18	exercício, segun com cuidados pessoais e
5	Tigivon sup + AD, EV, 12/12h	100	de enfermagem.
6	Digivon sup + AD, EV, 8/8h SN		
7	Tigivon sup + 100ml 500.9%, EV, 2x		
8	Idon mltimad		
9	CCG6		
	Apurados Sinais		
	Na Nuphação		

Dr. Raimundo Montell

CRM: 126489

MÉDICO

Rafael Barbosa

Enfermeiro

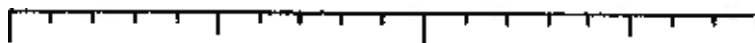
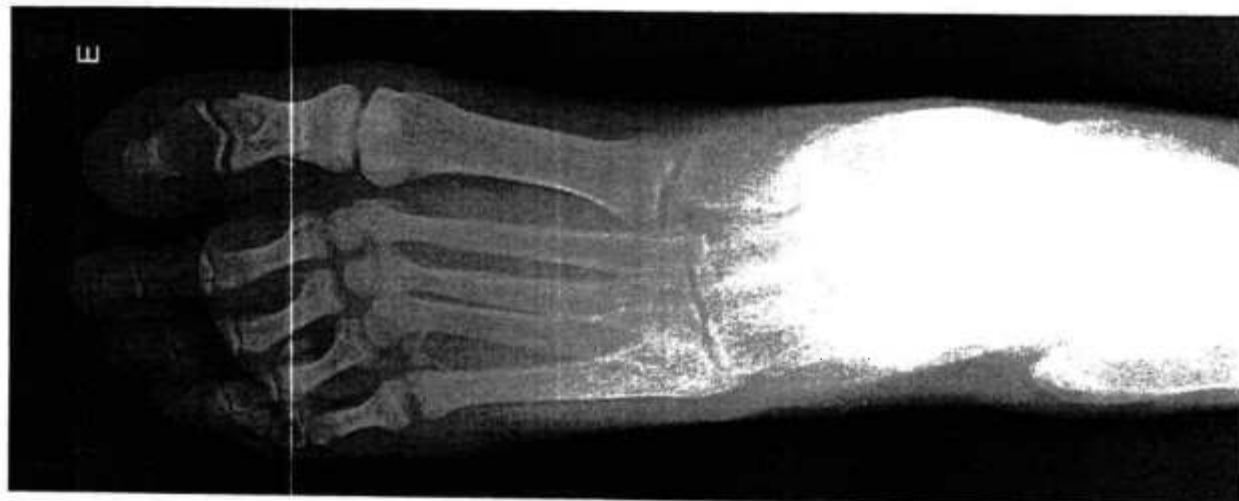
COREN PI 428.336

HPM/PM

MARTINHO CARVALHO NETO

Idade: 040Y

Sexo: M



Henrique Vasconcelos Reis 1ª TE
Chefe do Arquivo Técnico do HPM - I
23: 105193193 2 Mar 14/05-J

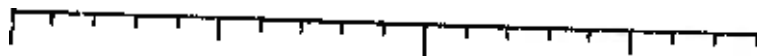
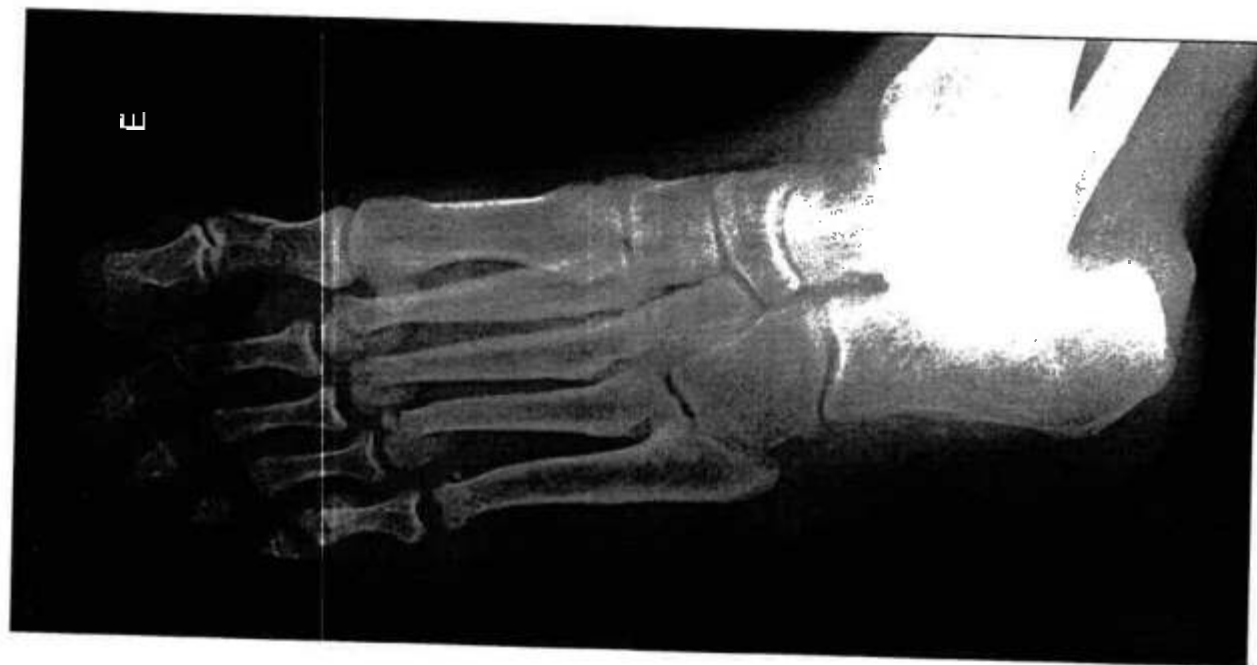
WC: 812
WW: 814

Exam: 18/12/2017 Hora: 09:55
Guest

Quest
Exame: 10/12/2017 Hora: 08:56

WQ: 812
WQ: 814

Ass. Henrique Vasconcelos F. 1º TEA
Setor do Arquivo Técnico do HPM
R. 1951/1172-2 Mai 14/95-0



HPM
MARTINHO CARVALHO NETO

Idade: 040Y

Sexo: M



HPN-1
MARTINHO CARVALHO NETO

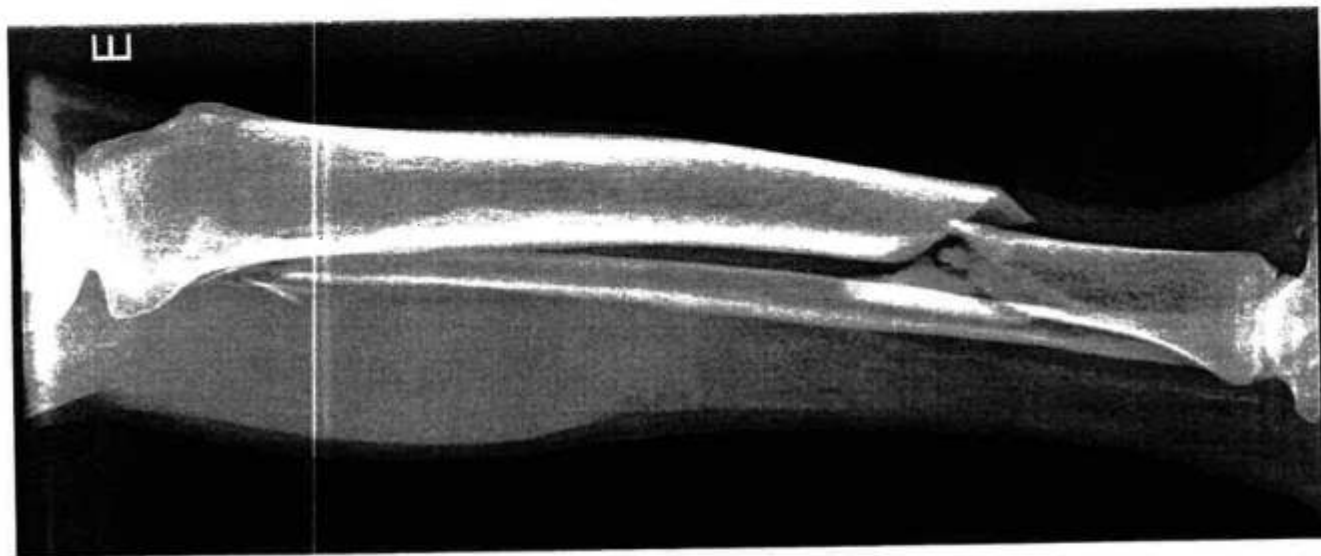
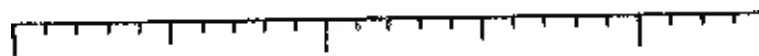
Idade: 040Y

Sexo: M

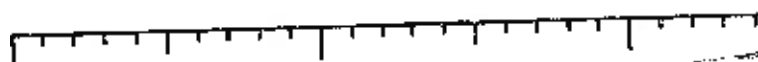
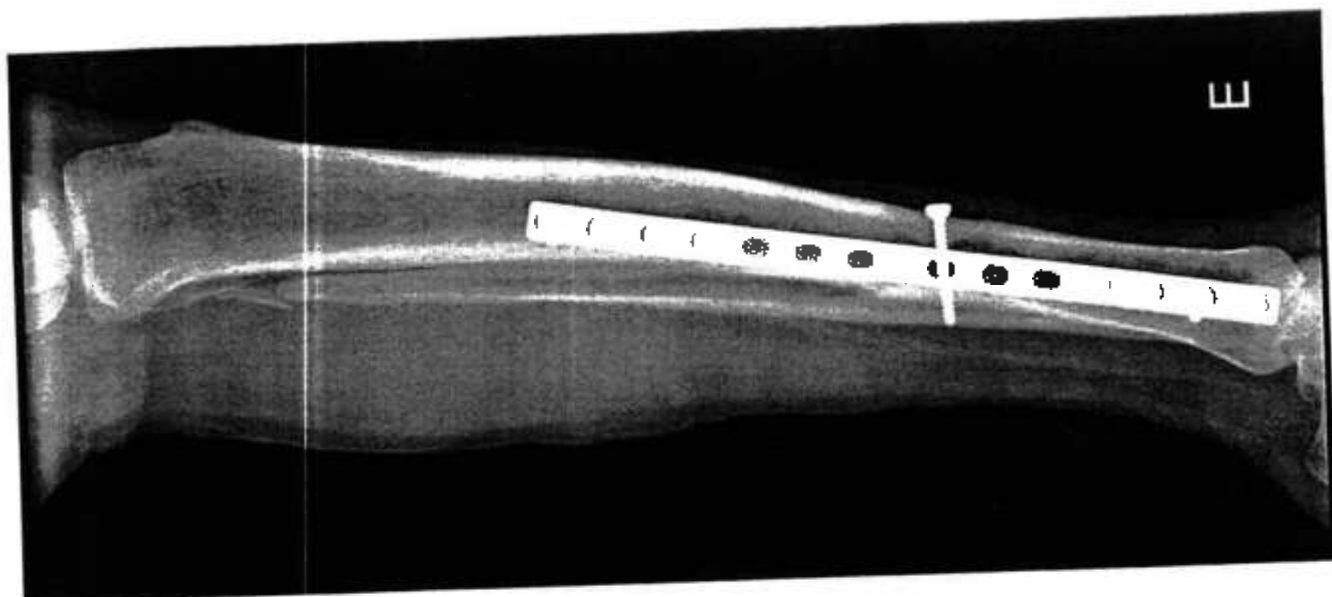


Unidade Radiológica - 1º TE
Centro do Arquivo Técnico do HPN-1
F. 1051271-2 21451 14825-3

WAC: 476
CASA. 000

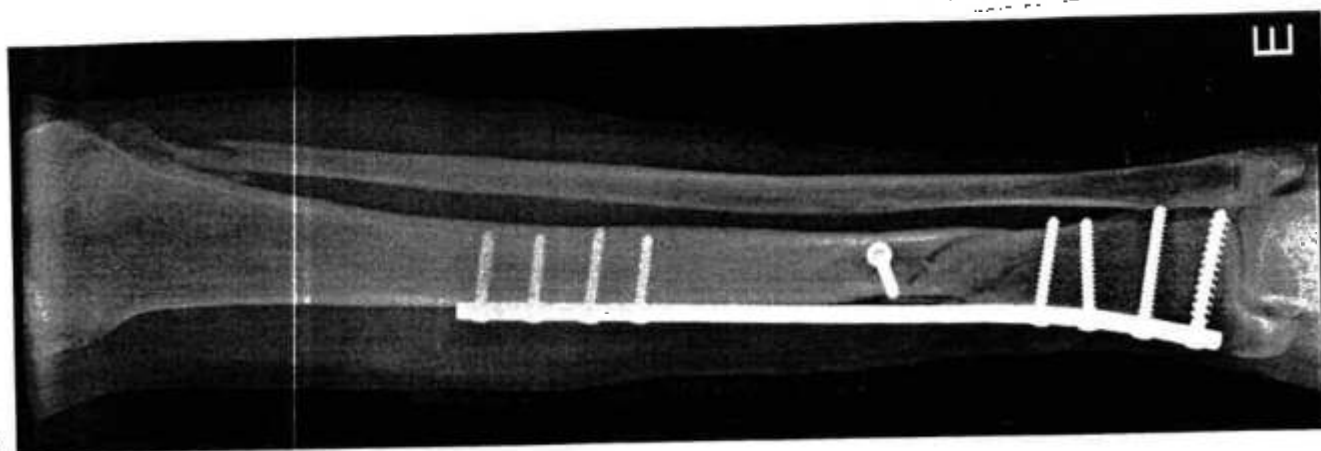


Unidade Radiológica
F. 1051271-2 21451 14825-3



PJ CORRETORA
 DE SEGUROS
 29 OUT 2018
 DPVAT

Quint



Dr. Henrique Vasconcelos R 1º TE
 Arquivo Técnico do HPM
 31/10/2018 14:00

HPM
 MARTINHO CARVALHO NETO
 Idade: 040Y
 Sexo: M

MAF4 (24/8)

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAUDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 10/12/17 HORA: 13:40 Nº DO TELEFONE: 3280-1244
HOSPITAL SOLICITANTE: HL MRA MUNICIPIO: São Pedro do Piauí
MÉDICO: Lucas Eugênio CRM: 6135

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Martins Pereira Neto
Data de Nascimento: 27/08/1977 Idade: 40 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino
CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência: São Pedro do Piauí

HDA: Paciente vítima de acidente motorciclístico, apresentando fratura distal de tíbia (G)

HD: Fract. ext. distal da tíbia CID: S.823

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

() Oxigênio () Hidratação Venosa
() Aspiração () Medicação (especificar): _____
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Lucas Eugênio Alves de Oliveira
MÉDICO

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clinica/Posto: _____

Senha: 2017.12.10 91381

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 10/12/17 HORA: 13:40 Nº DOTELEFONE: 3280-1244
HOSPITAL SOLICITANTE HLM188 MUNICIPIO São Pedro do Piauí
MÉDICO: Lucas Eugênio CRM: 6135

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (☒) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Martins Pereira Nelo

Data de Nascimento 27/08/1977 Idade: 40 anos Sexo: (☒) Masculino () Feminino

CPF _____ Cartão Nacional de Saúde _____

Município de Procedência São Pedro do Piauí

HDA: Paciente vítima de acidente motorciclístico, apre-
sentando fratura distal de tíbia (E)

HD: Fract. ext. distal da tíbia CID S.823

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea
3 - Comandos
2 - À dor
1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

5 - Orientado
4 - Confusa
3 - Palavras inapropriadas
2 - Palavras incompreensíveis
1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

6 - Obedece a comandos
5 - Localiza dor
4 - Movimento de retirada
3 - Flexão anormal
2 - Extensão anormal
1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

() Oxigênio () Hidratação Venosa _____
() Aspiração () Medicação (especificar) _____
() Curativo () Outros: _____

*Dr. Henrique Vasconcelos Reis 1º Ten. -
Chefe do Arquivo Técnico do HPM / 1
E-mail: henrique@hpm.pi.gov.br*

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Lucas Eugênio Alves de Oliveira
MÉDICO
Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM
Clínica/Posto: _____ Senha: 20471210 4135



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



Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.

Em 24/06/18

Setor de Arquivo Técnico do HPMPI

Luiz Henrique Vasconcelos Reis
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI
RG: 15198193-2 Mat. 14195-9

NOME DO PACIENTE:

Martinho Cavalcante Neto

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

320967110

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 37406

A1H: 2218100001535

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

MARTINHO CARVALHO NETO

NASCIMENTO

27/08/1977

SEXO

M

PRONTUÁRIO

320967

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARIA FRANCISCA DE CARVALHO

RESPONSÁVEL

ANTONIO CESAR DE CARVALHO

CEP

64430000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

1660

BAIRRO

ALTO DA CRUZ

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

SAO PEDRO DO PIAUI

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMAPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO/SCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

040R050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO
CONSELHO))Dr. Paulo Roberto de Faria 1º Ten
Chefe do Alguinho Técnico do HPM PI
RG: 10819493-2 Mat. 14495-0

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

18/12/2017

LUDMILLA NEIVA SANTOS

CPF: 01817661329

CRM:

DATA ADMISSÃO

18/12/2017 14:12

DATA ALTA

03/01/2018 14:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO
CONSELHO))NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO /
AUDITORIA

MARCOS GONCALVES NUNES DE MORAES

CPF: 22103010613

CRM:

DATA ANALISE: 18/12/2017 15:34:22

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



37406



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

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

531411

Identificação do Paciente

5 - Nome: MARTINHO CARVALHO NETO

6 - Prontuário: 320967

7 - CNS: 698004015230908

8 - Nascimento: 27/06/1977

9 - Sexo: M CPF:

11 - Mãe: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO

12 - Fone: 86-9.99890663

13 - Resp: ANTONIO CESAR DE CARVALHO

14 - Cor: PARDA

15 - Endor: RUA VEREADOR LUIS FELIPE

16660 ALTO DA CRUZ 19 - CEP: 64430-000

16 - Munic: SAO PEDRO DO PIAUI

17 - Cod. IBGE: 221050 18 - UF: PI RG:

Justificativa da Internação

2 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paralisação do membro superior direito
dor e incontinência fecal

21 - Condições que justificam a internação:

An amiel

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

Exames

Dr. Henrique Vasconcelos R. 1º TEN. CMTA do Arq. Téc. do HPMH RG: 105195193-2 Mat. 194958

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

Fratura de fêmur direito e 5822

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Redução e fixação 0408050500

Tempo SUS

29 - Clínica:

30 - Carater.:

Ident.:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

POSTO II

02

1

CPF

66265386491

33 - Nome Profissional / Assistente

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

18/12/2017

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2600

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Usuário: MARIA.DORES

Consulta Local:

Consulta SUS: 2017121041391

Impressão: 14:06:01

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	531411
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	MARTINHO CARVALHO NETO	6 - Prontuário:	320967
7 - CNS:	898004015230908	8 - Nascimento:	27/08/1977
9 - Sexo:	M	CPF:	
11 - Mãe:	MARIA FRANCISCA DE CARVALHO	12 - Fone:	86-9.99690563
13 - Resp:	ANTONIO CESAR DE CARVALHO	14 - Cor:	PARDA
15 - Ender.:	RUA VEREADOR LUIS FELIPE	16660	ALTO DA CRUZ 19 - CEP: 64430-000
16 - Muni.:	SAO PEDRO DO PIAUI	17 - Cod. IBGE:	221050
		18 - UF:	PI
		RG:	

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
<i>[Handwritten notes and signatures]</i>

21 - Condições que justificam a internação:
<i>[Handwritten notes and signatures]</i>

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)
<i>[Handwritten notes and signatures]</i>

23 - Diagnostico Inicial:	24 - Cid Princ.:	25 - Cid Sec.:	26 - Cid C.Ass.:
<i>[Handwritten notes]</i>	<i>[Handwritten notes]</i>	<i>[Handwritten notes]</i>	<i>[Handwritten notes]</i>

Procedimento Solicitado

27 - Cod. Proced.	27 - Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
<i>[Handwritten notes]</i>	<i>[Handwritten notes]</i>	<i>[Handwritten notes]</i>
29 - Clínica:	30 - Carater.:	Ident.:
POSTO II	02	1
31 - Documento:	32 Doc. Med. Solic.	
CPF	65285388491	
33 - Nome Profissional / Assistente	34 - Data da Solicitação:	
EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR	18/12/2017	

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

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

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização.
48 - Documento	49 - Num. Documento
50 - Ass. Coimbo (RG Conselho)	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.	Usuário: MARIA.DORES Consulta Local: Consulta SUS: 2017121041381 Impressão: 14:06:01
<i>[Handwritten signature]</i>	

FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		18/12/2017	
SIM ☐ NÃO ☐		Nome: MARTINHO CARVALHO NETO		Pront.: 320867	
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 27/08/1977 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM ☐ NÃO ☐		Atendimento: 531411		Enfermaria: POSTO II	
CLÍNICA				ENF 205 LEITO	
		Pai: MATEUS BORBA DE CARVALHO		Leito: 205	
Médico Assistente		Mãe: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO			
		RG:			
Permanência		Residência:			
		RUA VEREADOR LUIS FELIPE		Bairro: ALTO DA CRUZ	
CLÍNICA		Nr.: 16660		Cidade: SAO PEDRO DO PIAUI	
		Cep: 64430000		Telefone: 86 - 999690563	
Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.					
<i>fratura no punho (E) /</i> <i>do 1º metacarpo 1º f</i>					
DIAGNÓSTICO					
Provisório:				CID	
Principal:				CID	
Procedimento:					
Sintomas e Sinais Principais				Causa Médica	
<i>fratura no punho</i>				Histo - Patológico:	
				Dr. Leandro Ponce Leal Ortopedia e Traumatologia CRM - 2608	
				Dr. Rodrigo Resconada Reis 1º TEN Chefe do Arquivo Técnico do HPM RG: 105193193-2 Mat. 144294	
TRATAMENTO					
Tipo:		Terapêutica Médica		Operação	
☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☒ Médico Cirurgico		<i>curar o</i> <i>plano</i>			
				Eficácia	
				☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico	
DURAÇÃO					
Data/Hora de Internação		Data da Alta:		Data da Hospitalização	
18/12/2017 14:12:30		<i>18/12/17</i>		<i>18/12/17</i>	
ALTA					
Saída		Transferência		Óbito	
☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico		☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros		☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação	
☐ Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatório				Dr. Leandro Ponce Leal Ortopedia e Traumatologia CRM - 2608	
THE <i>1/1/17</i>		Assinatura: <i>[assinatura]</i>			

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (66) 3218-1256 - Fax: (66) 3218-1520
GEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002 25 - CMC. 035.372-8



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 02/1 01 18
Nº DO PRONTUÁRIO 320967 SALA 08
CÓD DA CIRURGIA: 0408050500

Descrição da Cirurgia:

Paciente com DPH
Análise e interpretação; campo esteril
Incisão em S sobre a pele
Ligamento ...
Exatidão e plano o ...
Sutura em plano
Curativos

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 2608

Dr. Henrique Nogueira Rêgo 1º TEsil.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM
RG: 105193193-2 Matr. 14350

Cirurgia: fratura de maxila com 1/2 placa

Cirurgião: LOPES

1º Auxiliar: ESTANISLAU ALMEIDA

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: PEREIRA

Circulante: JOSE DE JESUS



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 81757
PACIENTE: MARTINHO CARVALHO NETO
NOME DA MÃE: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO
DATA DO NASCIMENTO: 27/08/1977
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 19/12/2017
DATA DO LAUDO: 21/12/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fraturas cominutivas, oblíquas, com fragmentos ósseos destacados, localizadas na extremidade distal da tíbia e proximal da fíbula.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

Calcificações ateromatosas intimaís nas artérias da perna.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fraturas cominutivas, oblíquas, com fragmentos ósseos destacados, localizadas na extremidade distal da tíbia e proximal da fíbula.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

Calcificações ateromatosas intimaís nas artérias da perna.

Arquivo Técnico do HPM
R. J. 405101-12-2-101 10/01/2018


Dr. Lúcio de Sampaio
Médico
CRM-Pi 4173

LÚCIO RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 81757
PACIENTE: MARTINHO CARVALHO NETO
NOME DA MÃE: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO
DATA DO NASCIMENTO: 27/08/1977
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 19/12/2017
DATA DO LAUDO: 21/12/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fraturas cominutivas, desalinhadas, localizadas nas extremidades distais do 2º, 3º, 4º e 5º metatarsos, bem como nas diáfises média / distal de F1 do hálux, associadas a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fraturas cominutivas, desalinhadas, localizadas nas extremidades distais do 2º, 3º, 4º e 5º metatarsos, bem como nas diáfises média / distal de F1 do hálux, associadas a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

João Carlos Vasconcelos Reis 1º TE
Unidade de Apoio Técnico do HPM
03/10/2017 14:49:00


Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-Pi 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 83016

PACIENTE: MARTINHO CARVALHO NETO

NOME DA MÃE: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO

DATA DO NASCIMENTO: 27/08/1977

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 03/01/2018

DATA DO LAUDO: 05/01/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-operatório de osteossíntese na diáfise distal da tibia com placa e parafusos metálicos.

Fratura completa, desalinhada, na diáfise proximal da fíbula.

Densificação de partes moles adjacentes.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

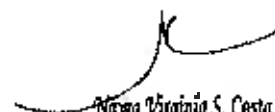
Calcificações ateromatosas em trajetos vasculares.

Obs.:

*Extremidades dos ossos da perna com avaliação prejudicada.

*Correlacionar com dados clínicos.

Luís Francisco Vasconcelos Reis 1º Ten.
Chefe do Arquivo Técnico do HPM
93/105193193-2 Matr. 14495-0


Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
Secretaria Municipal de Saúde de São Pedro do Piauí - PI
Rua Leônidas Melo nº 2185 - Alto da Cruz - São Pedro do Piauí
CNPJ: 06.554.810/0001-76

RECEITUÁRIO

Martinho Camalho Neto.

Laudos médicos

Paciente apresenta o diagnóstico de fratura da diáfise de fêmur (E). Submetido a tratamento cirúrgico (osteossíntese), encontra-se em acompanhamento ambulatorial e fins terapêuticos. De evidência fratura da diáfise de tíbia consolidada. Ao INSS para fins periciais.

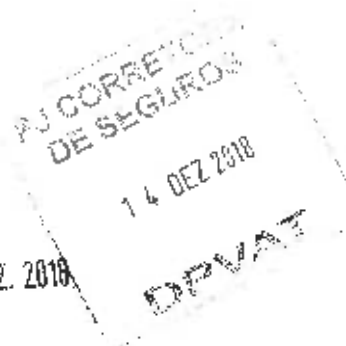
040-582
7542

06/10/18
DATA: ____/____/20____

Dr. Elmar Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-MA 7408 - CRM-PI 9873
SBOT - 13178

MÉDICO (A)

VOLTANDO À CONSULTA QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA





CONSULTÓRIO MÉDICO

CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES LABORATORIAIS
RUA LEONIDAS MELO, 2218 - BAIRRO ALTO DA CRUZ
SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI - FONE: 9 8127-8610



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL.)

ATENÇÃO: A FINALIDADE DESTES RELATÓRIOS É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATORIA A SUA APRESENTAÇÃO.

NOME COMPLETO DA VITIMA

MILTONS ROCHA NETO

NUMERO DO SINISTRO

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

09.12.17

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO

09.12.17

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

OZIEL C. B. / 108

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FRATURA TIBIA DIREITA E ESQUERDA, HAO
TIBIA ESQUERDA UNICATE, PE ESQUERDA
COM FRACTURA

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

09.12.17 - CIRURGIA COM COROAS DE
PRÓTESE METÁLICAS

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
EM CASO POSITIVO DESCREVER

☐ SIM ☒ NÃO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

5 MAR 2019

DPVAT

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSIVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

TRATAMENTO

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1ª 60% Alterações da capacidade de movimentar
2ª membros para locomover
3ª
4ª
5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 09.12.17 A 01.03.19 E QUE AS
RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

SLR-R

LOCAL

01.03.19

DATA

OZIEL CARLOS
MÉDICO - CRM 2474 - PI
CLÍNICA MÉDICA E DERMATOLOGIA
CARIMHO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS

LOCAL

DATA

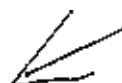
ASSINATURA DA VITIMA



PEDIDO: 81757
PACIENTE: MARTINHO CARVALHO NETO
NOME DA MÃE: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO
DATA DO NASCIMENTO: 27/08/1977
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 19/12/2017
DATA DO LAUDO: 21/12/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:



Fraturas cominutivas, desalinhadas, localizadas nas extremidades distais do 2º, 3º, 4º e 5º metatarsos, bem como nas diáfises média / distal de F1 do hálux, associadas a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fraturas cominutivas, desalinhadas, localizadas nas extremidades distais do 2º, 3º, 4º e 5º metatarsos, bem como nas diáfises média / distal de F1 do hálux, associadas a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Redução difusa da densidade mineral óssea.



Dr. Henrique Vasconcelos Reis 1º Ten.
Chefe do Serviço Técnico do HPM
Nº: 105803192-2 Matr. 14496-2

Dr. Liege de Sampaio
Médica
CRM: 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 83016

PACIENTE: MARTINHO CARVALHO NETO

NOME DA MÃE: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO

DATA DO NASCIMENTO: 27/08/1977

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

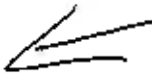
DATA DA REALIZAÇÃO: 03/01/2018

DATA DO LAUDO: 05/01/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle pós-operatório de osteossíntese na diáfise distal da tibia com placa e parafusos metálicos.

Fratura completa, desalinhada, na diáfise proximal da fibula. 

Densificação de partes moles adjacentes.

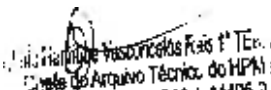
Redução difusa da densidade mineral óssea.

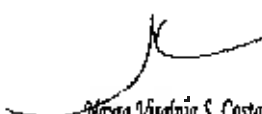
Calcificações ateromatosas em trajetos vasculares.

Obs.:

*Extremidades dos ossos da perna com avaliação prejudicada.

*Correlacionar com dados clínicos.


Naira Virginia S. Costa
CRM-PI 3326


Naira Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326



PEDIDO: 81757

PACIENTE: MARTINHO CARVALHO NETO

NOME DA MÃE: MARIA FRANCISCA DE CARVALHO

DATA DO NASCIMENTO: 27/08/1977

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 19/12/2017

DATA DO LAUDO: 21/12/2017

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fraturas cominutivas, oblíquas, com fragmentos ósseos destacados, localizadas na extremidade distal da tíbia e proximal da fíbula.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

Calcificações ateromatosas intimaes nas artérias da perna.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fraturas cominutivas, oblíquas, com fragmentos ósseos destacados, localizadas na extremidade distal da tíbia e proximal da fíbula.

Redução difusa da densidade mineral óssea.

Calcificações ateromatosas intimaes nas artérias da perna.

Dr. Lige de Sampaio
Médico
CRM-Pi: 4173

LIGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

HIPAPI
MARTINHO CARVALHO NETO
Idade: 040Y
Sexo: M

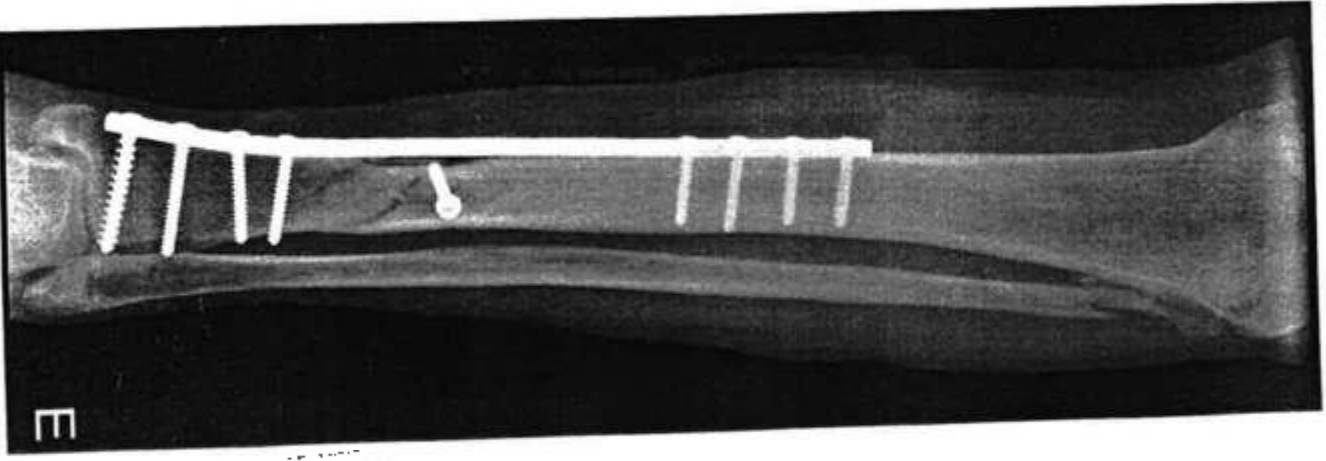


Arquivo Técnico do HPA
29/09/2018 14:50
Dr. Marcelo F. S. F. 11111

29 OUT 2018
CORRETORES
DE SEGUROS

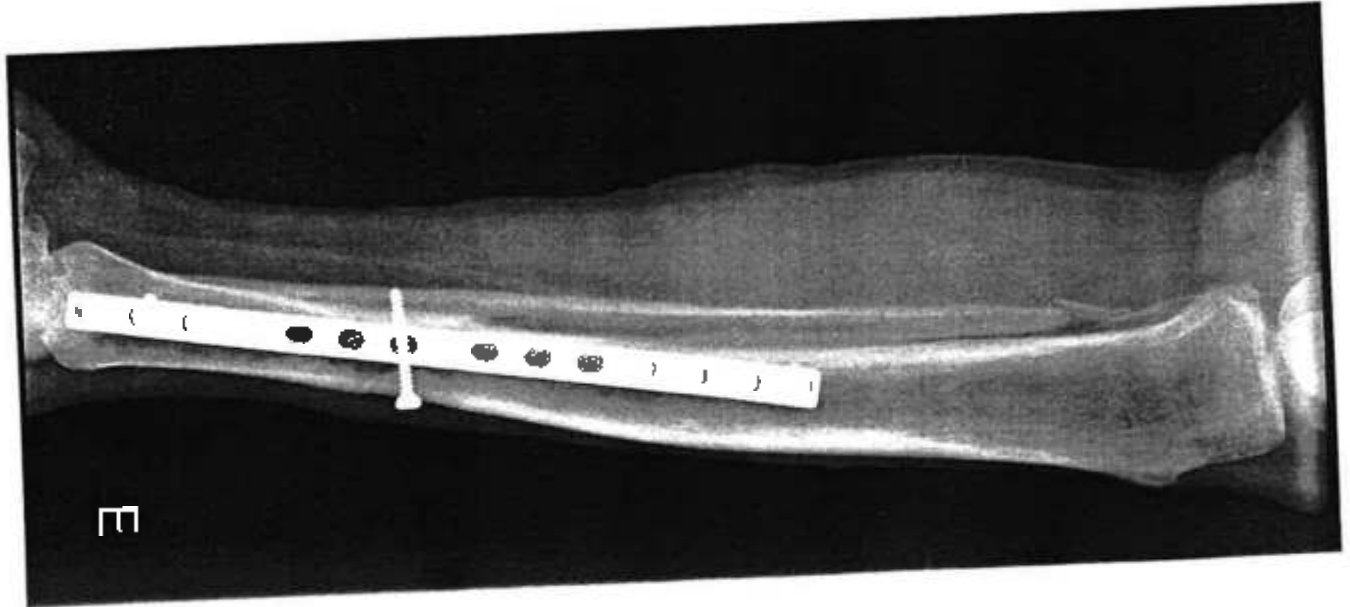
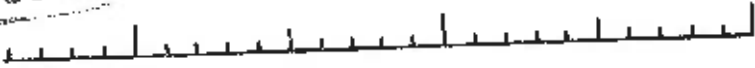


HIPÓTIP
MARTINHO CARVALHO NETO
Módulo: 0407
Sector: M



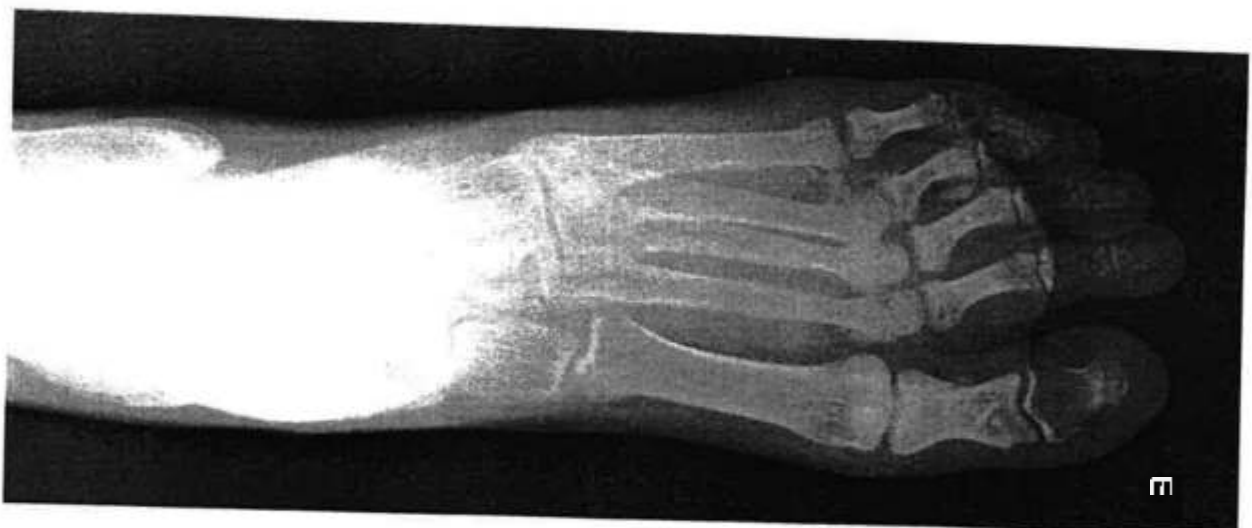
E

DPVAT
25 OUT 2018
AJ CORRETORA
DE SEGUROS



E

HPMPE
MARTINHO CARVALHO NETO
Idade: 040Y
Sexo: M

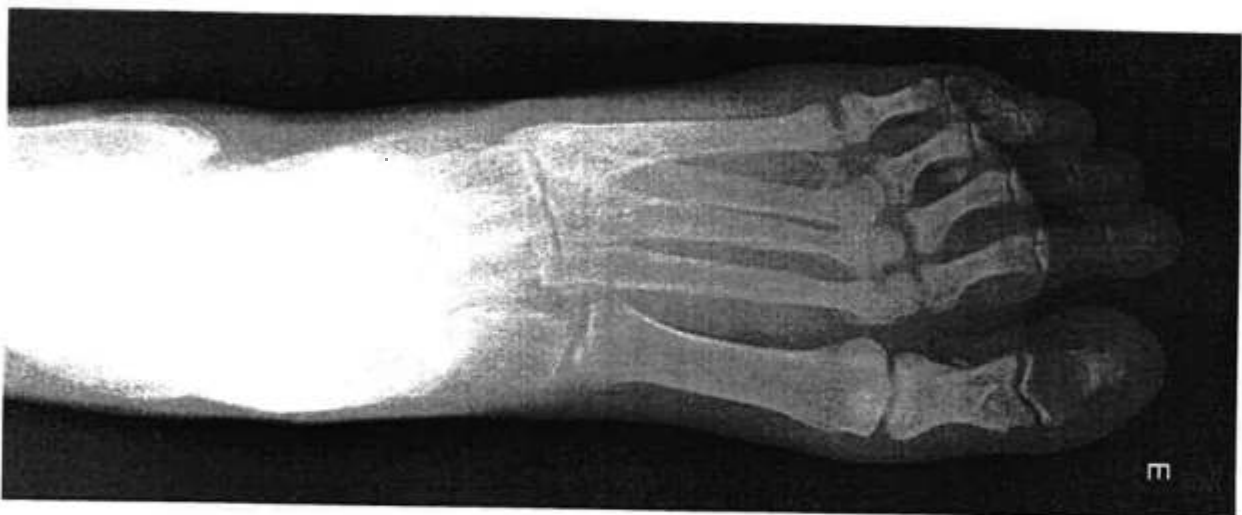


Dr. Márcio Vassoncelos, 1º TE
Rua do Arquivo Técnico do HPM
12-10510100-2144 144952

WPC 512
WPM 014

Quase
Exame: 18/12/2017 Hora: 09:28

HP-2000
MARTINHO CARVALHO NETO
Idade: 040Y
Sexo: M



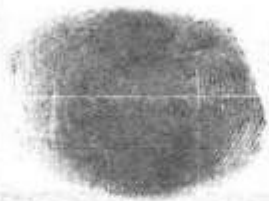
HP-2000
MARTINHO CARVALHO NETO
Idade: 040Y
Sexo: M

HP-2000
MARTINHO CARVALHO NETO
Idade: 040Y
Sexo: M

Exame: 18/12/2017 Hora: 09:55

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




1173171

NÃO ALFABERTIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

29 OUT 2018

DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.821.450 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/18

NOME MARTINHO CARVALHO NETO

FILIAÇÃO MARIA FRANCISCA DE CARVALHO
MATEUS BORBA DE CARVALHO

NATURALIDADE SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI DATA DE NASCIMENTO 27/08/1977

DOC. ORIGINAL CERT. NASC. 5719 L 6A F 489

CPF EXP SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI 16/03/82

1173171 Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Porto Alegre, 09 de maio de 2018

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

 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
630.778.293-55

Nome
MARTINHO CARVALHO NETO

Nascimento
27/08/1977



CÓDIGO DE CONTROLE
E864.7D95.23CE.E554



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 07:41:42 do dia 04/06/2018 (hora e data de Emissão)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

29 OUT 2018

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180509446

Cidade: São Pedro do Piauí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARTINHO CARVALHO NETO

Data do acidente: 09/12/2017

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fraturas do terço distal da tíbia esquerda e proximal da fíbula esquerda. Fraturas cominutivas desalinhadas das extremidades distais do segundo ao quinto metatarsos esquerdos e primeira falange do Hálux.

Descrição do exame físico: Fraturas do terço distal da tíbia esquerda e proximal da fíbula esquerda. Fraturas cominutivas desalinhadas das extremidades distais do segundo ao quinto metatarsos esquerdos e primeira falange do Hálux.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com osteossíntese placa e parafusos na tíbia e imobilização gessada dos metatarsos.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/04/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180509446**

Nome do(a) Examinado(a): **MARTINHO CARVALHO NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Avenida Raimundo G Alencar, 00 - Urbano - São Pedro do Piauí - PI - CEP 64430-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **4821490**

Data e local do acidente: [**09/12/2017**]

Estrada que liga São Pedro do Piauí à BR 343 - Zona rural de São Pedro do Piauí - PI.

Data e local do exame: [**29/04/2019**] **Timon** [**MA**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fraturas do terço distal da tíbia esquerda e proximal da fíbula esquerda. Fraturas cominutivas desalinhadas das extremidades distais do segundo ao quinto metatarsos esquerdos e primeira falange do Hálux.

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

A vítima refere dor. Ao exame físico a vítima apresenta limitação na flexão plantar, na extensão do pé esquerdo, deambula com marcha claudicante e com necessidade de apoio, com limitação na flexão e extensão do segundo ao quinto pododáctilos esquerdos.

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.

Tratamento cirúrgico com osteossíntese placa e parafusos na tíbia e imobilização gessada dos metatarsos.

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 pé esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Pé esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Janete Maria C. Oliveira
MÉDICA
CRM-PI 3789

Janete Maria de Carvalho Oliveira - CRM: 8348 - MA

SINISTRO 31.60/509446

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Martinho Carnevalho Neto
RG 4.821.490 / CPF 630.778.235-55
Residente e Rua Quepida Raimundo G. Alencar Cidade de
São Pedro do Piauí / Bairro: Fru. São José
UF Piauí CEP 64.430.000

Telefone para contato: (86) 99402.2764 (86) 95981.6008

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:

Relato que não compareci a perícia
médica DPVAT, devido as chuvas aqui
na região, mas agora estou a
disposição para comparecer a perícia
reedita DPVAT

Local: São Pedro do Piauí UF/ Pi DATA 22/04/2019

Adriana Carla de Sousa Silva
ASSINATURA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 ABR 2019

DPVAT

OBS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180509446 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARTINHO CARVALHO NETO **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: Fraturas do terço distal da tíbia esquerda e proximal da fíbula esquerda. Fraturas cominutivas desalinhadas das extremidades distais do segundo ao quinto metatarsos esquerdos e primeira falange do Hálux.

Descrição do exame físico: Fraturas do terço distal da tíbia esquerda e proximal da fíbula esquerda. Fraturas cominutivas desalinhadas das extremidades distais do segundo ao quinto metatarsos esquerdos e primeira falange do Hálux.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com osteossíntese placa e parafusos na tíbia e imobilização gessada dos metatarsos.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180509446 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARTINHO CARVALHO NETO **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.
FRATURA DO 2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS E DO HÁLUX À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180509446 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARTINHO CARVALHO NETO **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180509446 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARTINHO CARVALHO NETO **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.
FRATURA EM PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO 1º OFÍCIO
WILSON BARBOSA PEREIRA
AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, 671, CENTRO
CEP. 64430000-SÃO PEDRO DO PIAUÍ- PI- Fone 3280 1133
cart.wilsonbarbosa@hotmail.com

CARTÓRIO 1º OFÍCIO
Wilson Barbosa Pereira
São Pedro do Piauí-PI

LIVRO Nº 46

FOLHAS:062-063

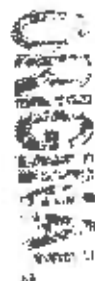
1º TRASLADO

PROCURADORA
DE SEGUROS

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA QUE FAZ : MARTINHO CARVALHO NETO, NA FORMA DA LEI -

29 OUT 2018

SAIBAM quantos este Público Instrumento de Escritura Pública Declaratória, virem que, no ano de dois mil e dezoito (2018), aos 08 (oito) dias do mês de outubro do dito ano, nesta cidade de São Pedro do Piauí, Estado do Piauí, em Cartório sito à Avenida Presidente Getúlio Vargas, 671, Centro, perante mim Tabelião, Wilson Barbosa Pereira, compareceu **como outorgante declarante** o senhor: **MARTINHO CARVALHO NETO**, brasileiro, maior, solteiro, lavrador, RG Nº 4.821.490 SSP-PI, expedição em 25-04-2018, CPF 630.778.293-55, residente e domiciliado no Povoado São José, em São Pedro do Piauí-PI, CEP 64.430-000. O outorgante declara para todos os fins de direito que se fizerem necessário **ser analfabeto**, e me foi comprovado com os documentos apresentados, por esse motivo o outorgante confere poderes para a outorgada **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**, RG nº 1.651.371- SSP-PI, expedição em 11-04-17 E CPF/MF Nº 849.394.433-53, brasileira, maior, solteira, residente e domiciliada na Rua Sete de Setembro, 244, Flesbão Veloso-PI. À referida procuradora, o outorgante confere poderes para a outorgada proceder com requerimento ou acompanhamento de processo de solicitação do seguro DPVAT, junto a qualquer Seguradora, em especial junto a Seguradora LIDER, em decorrência de acidente de trânsito; podendo ainda a Seguradora LIDER dos consórcios do Seguro DPVAT, a efetuar o crédito na conta do BANCO DO BRASIL S.A., Agência: 2658-1, Conta: 16.012-1, Conta Corrente (ou poupança). O SR. MARTINHO CARVALHO NETO, declara ainda, sob as penas da Lei, que ficou **impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal IML, porque na cidade em que reside não existe o órgão IML**. A procuradora já qualificada, tem poderes para assinar requerimentos, declarações, efetuar saques de quantias em dinheiro do seguro, junto a seguradora, ou em qualquer agência bancária. Todas as partes identificadas pelos documentos citados acima por mim Tabelião, foram reconhecidos como sendo os próprios, pelos documentos que me foram apresentados, e pelas testemunhas abaixo nomeadas, qualificadas e assinadas, do que dou fé. E, assim para todos os fins de direito me foi dito pelo Outorgante Declarante, para fazer provas junto, Seguradora, Seguro Obrigatório de Veículos Automotores – DPVAT, o seguinte: **sob as penas da Lei e através deste Instrumento Público declara serem autênticas todas as declarações acima, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, inclusive comprometendo-se em responder criminalmente por infração do Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, por ser a expressão da verdade e, perante a Seguradora Competente o Outorgante declara que se responsabiliza quanto ao**

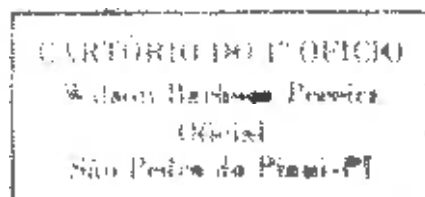


Pagamento futuro que venha porventura serem pleiteados por terceiros, com fundamentos no pré-falado Seguro Obrigatório de Acidente de Veículo Automotores – DPVAT. Assim o disse na presença das testemunhas a tudo presente que são :José Sandro Palhares da Silva, brasileiro, maior, autônomo, CPF 771.688.873-00 RG 1634801-SSP- PI, expedida em 29-03-2012, residente e domiciliado em Elesbão Veloso ,Rua 7 de setembro de 244, Centro; e Carlos Alberto de Oliveira, brasileiro ,casado, maior, funcionário, RG N 687.411-SSP-PI, CPF Nº395.610.543-53, residente e domiciliado em São Pedro do Piauí-PI, na Rua Floriano Peixoto, 1170, CEP 64430-000. Assim o disse e dou fé. O DECLARANTE MAIOR DE IDADE RESPONDE CIVIL E CRIMINALMENTE PELAS DECLARAÇÕES PRESTADAS NESTA ESCRITURA, DOU FÉ. Assinaturas: Wilson Barbosa Pereira, E, AS TESTEMUNHAS, . Está conforme o original. Dou fé. EU, Wilson Barbosa Pereira, Tabelião do Cartório do 1º Ofício, fiz e assino .

SÃO PEDRO DO PIAUÍ, 08 DE OUTUBRO 2018.

EM TESTº(Wilson Barbosa Pereira) DA VERDADE

Wilson Barbosa Pereira
WILSON BARBOSA PEREIRA
TABELIÃO DO 1º OFÍCIO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0395657/18

Número do Sinistro: 3180509446

Vítima: MARTINHO CARVALHO NETO

CPF: 630.778.293-55

Seguradora: ALFA SEGURADORA

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2017

Titular do CPF: MARTINHO CARVALHO
NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/12/2018
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/12/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0395657/18

Número do Sinistro: 3180509446

Vítima: MARTINHO CARVALHO NETO

CPF: 630.778.293-55

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 09/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARTINHO CARVALHO NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

MARTINHO CARVALHO NETO : 630.778.293-55

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/04/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL