

# 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: 11/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: AMARAL DE MATOS SENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 00000056284-9

---

Nr. da Autenticação B988A05C1CD16B49

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180567307      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AMARAL DE MATOS SENA      **Data do acidente:** 01/09/2018      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 07/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**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 médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                                  |                                              |                                                      | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180567307      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AMARAL DE MATOS SENA      **Data do acidente:** 01/09/2018      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 07/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**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 médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                                  |                                              |                                                      | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Karla Souza".



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

|                                                                                                                                             |           |                           |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------|----------|
| REGISTRO GERAL                                                                                                                              | 4.119.262 | DATA DE EXPEDIÇÃO         | 23/09/14 |
| NOME                                                                                                                                        |           | NELLE ROZE SOARES MARQUES |          |
| PAÍS                                                                                                                                        |           |                           |          |
| CÍCERA MARQUES JUCUNDI                                                                                                                      |           | DATA DE NASCIMENTO        |          |
| ANTONIO SOARES JUCUNDI                                                                                                                      |           | 22/05/1971                |          |
| NATURALIDADE                                                                                                                                |           |                           |          |
| CRATEUS-CE                                                                                                                                  |           |                           |          |
| DOC. ORIGEM                                                                                                                                 |           |                           |          |
| CERT. NASC. 529 L A/F 141<br>EXP CRATEUS-CE 25/09/14 <i>Onze de Setembro</i><br>Pedro Gomes da Moraes<br>Teresina - PI <i>Ponto Crédito</i> |           |                           |          |
| 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR                                                                                                        |           |                           |          |
| LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83                                                                                             |           |                           |          |



|                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| MINISTÉRIO DA JUSTIÇA<br>ESTADO DA CEARÁ                                                         |  | MINISTÉRIO DA JUSTIÇA<br>ESTADO DA CEARÁ                                                                                                                                                                                    |  |
| PETRÁS - PI 90003 70200-72 NR 012899640704<br>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |  | PH Nº 012899640704 BILHETE DE SEGURO DPVAT                                                                                                                                                                                  |  |
| 1 1064932426 2017                                                                                |  | ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT<br>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO<br>AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATAÇÃO<br><a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a><br>SAC DPVAT 0800 823 1204 |  |
| ESTER MARQUESA DE SOUZA RITOS RE<br>MARQUESA DE SOUZA RITOS RE<br>MARQUESA DE SOUZA RITOS RE     |  | PERÍODO 2017 CAR PRÉMIO 20/9/2017                                                                                                                                                                                           |  |
| 10319648000189 PIL-4487                                                                          |  | 10319648000189 PIL-4487                                                                                                                                                                                                     |  |
| PLANO PREMIADO CHAMADO                                                                           |  | PLANO PREMIADO CHAMADO                                                                                                                                                                                                      |  |
| T3W244F2R02154881                                                                                |  | T3W244F2R02154881                                                                                                                                                                                                           |  |
| CAR/CANTINHO/EURGEO                                                                              |  | CAR/CANTINHO/EURGEO                                                                                                                                                                                                         |  |
| VEÍCULO MARCA FIAT/DUCATO CARGO                                                                  |  | VEÍCULO MARCA FIAT/DUCATO CARGO                                                                                                                                                                                             |  |
| ANO FABR. 2015 CATEGORIA 2015                                                                    |  | ANO FABR. 2015 CATEGORIA 2015                                                                                                                                                                                               |  |
| CHP/PIVOT/CL 01-531/1270V PARTIC                                                                 |  | CHP/PIVOT/CL 01-531/1270V PARTIC                                                                                                                                                                                            |  |
| COR UNICA VENDA COR UNICA                                                                        |  | COR UNICA VENDA COR UNICA                                                                                                                                                                                                   |  |
| IPVA PAGAMENTO / COBRAR                                                                          |  | IPVA PAGAMENTO / COBRAR                                                                                                                                                                                                     |  |
| PAGO                                                                                             |  | PAGO                                                                                                                                                                                                                        |  |
| PRÉMIO MENSAL R\$ 29,99                                                                          |  | PRÉMIO MENSAL R\$ 29,99                                                                                                                                                                                                     |  |
| SEGURADO PAGO OBRIGATÓRIO                                                                        |  | SEGURADO PAGO OBRIGATÓRIO                                                                                                                                                                                                   |  |
| A/FID CAIXA ECONOMICA FEDERAL                                                                    |  | A/FID CAIXA ECONOMICA FEDERAL                                                                                                                                                                                               |  |
| 2 EXO CNT 03 70 PBT 03 30                                                                        |  | 2 EXO CNT 03 70 PBT 03 30                                                                                                                                                                                                   |  |
| TERESINA                                                                                         |  | TERESINA                                                                                                                                                                                                                    |  |
| DATA 29/9/2017                                                                                   |  | DATA 29/9/2017                                                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                  |  | PRÉMIO TARIFÁRIO                                                                                                                                                                                                            |  |
| 29,99                                                                                            |  | 3,33                                                                                                                                                                                                                        |  |
| CUSTO DO SEGUIMENTO                                                                              |  | CUSTO DO SEGUIMENTO                                                                                                                                                                                                         |  |
| 4,15                                                                                             |  | 0,26                                                                                                                                                                                                                        |  |
| CUSTO DO SEGUIMENTO                                                                              |  | CUSTO DO SEGUIMENTO                                                                                                                                                                                                         |  |
| X TOTALIZADOR                                                                                    |  | TOTALIZADOR                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                  |  | 31/07/2017                                                                                                                                                                                                                  |  |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                             |  |
| CNPJ 01.241.265/0001-04                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                             |  |





NOME DO PACIENTE: Inmaral de Matos Ferreira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 486980

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





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

*Neuro OK  
Orto  
Cor. Geral OK*

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

|                                                                           |                                |                    |                     |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------|
| Nome: AMARAL DE MATOS SENA                                                |                                | Prontuário: 486980 |                     |
| Mãe: ANALIA EVANGELISTA DA SILVA SENA                                     | Pai: JOAO MATO SENA            |                    |                     |
| End. Resid.: RUA 24 JANEIRO 647 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000 |                                |                    |                     |
| Nascimento: 11/07/1955                                                    | Idade: 63alm21d                | Sexo: Masculino    | Fone: 86-98833-4860 |
| Responsável: IRIS MAGNA                                                   | CNS: 898003464543961           |                    |                     |
| Profissão: MOTORISTA                                                      | Documento: CPF: 066.140.353-04 |                    |                     |
| G. Instrução: Médio Incompleto                                            | E.Civil: Casado(a)             |                    |                     |
| End. Local.: - - -                                                        |                                |                    |                     |

DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                   |                           |                                        |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|
| Idige: 682169                                                     | Data: 01/09/2018 21:17:58 | Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE P.R.F. |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL |                           | Convênio: S U S                        |
| Cid. Trab.: Sim                                                   | Acid. Trajeto: Sim        | Acid. Trab. Tipico: Não                |
|                                                                   |                           | CID Secundario: V499                   |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                  |                                  |                                                              |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Final/Sintoma:<br>TRAUMA TORACOABDOMINAL                                                         | Evento Principal:<br>Dor intensa | Destino:<br>CIRURGIÃO GERAL                                  | Classificação:<br>Laranja |
| eve Historia:<br>ATO DE DOR (S) EM TORAX APÓS COLISÃO COM AUTOMÓVEL. ERA MOTORISTA DE AUTOMÓVEL. |                                  | Profissional Clas. Risco:<br>DANIELLE ALVES VIEIRA<br>267041 |                           |
|                                                                                                  |                                  | Emp: 01/09/2018 21:31:17                                     |                           |

DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Paciente vítima de acidente automobilístico (colisão frontal) há ± 1h, não摄入, leitura aleatória, consciente, orientado  
 A) VTA pernas, verbalizando, sem estab. cerebral  
 B) MV(+) bilateral, s/ roncos sibilantes  
 C) AC - RR em ZT, bulhos respiratórios, abdome flácido, adutor, pele etiada  
 D) Glanger - IS  
 E) Repre dor em abdome F, equinose em hérteos S *Crom + Cervi*  
*mmHg*      Pulso: \_\_\_\_\_      FC: \_\_\_\_\_ bpm      Temp: *01/09/18* es  
*synstico Inicial:*      77:18

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Indicar TC de coluna cervical, RX de tórax, RX de clavícula E

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / . . . . .

HORA: : : . . . . .

|                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|
| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO       |  |
| Se Internado, indique o Procedimento e CID                           |  |
| 03 DEZ 2018                                                          |  |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Centro Norte CEP: 64.002-470<br>Teresina-PI |  |
| CID                                                                  |  |
| Dra. <i>[Signature]</i><br>Assinatura - Profissional Médico          |  |

*Ingrid Magna de Britto Seng*  
Assinatura - Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

## 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

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 01/09/2018 21:31:35

(DANIELLE VIEIRA)

## DADOS DO PACIENTE:

|                                                                           |                 |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| Nome: AMARAL DE MATOS SENA                                                |                 | Frontuário: 486980                  |
| Mae: ANALIA EVANGELISTA DA SILVA SENA                                     |                 | Pai: JOAO MATO SENA                 |
| End. Resid.: RUA 24 JANEIRO 647 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000 |                 |                                     |
| Nascimento: 11/07/1955                                                    | Idade: 63alm2ld | Sexo: Masculino Fone: 86-98833-4860 |
| Responsável: IRIS MAGNA                                                   |                 | CNS: 898003464543981                |
| Profissão: MOTORISTA                                                      |                 | Documento: CPF: 066.140.353-04      |
| Instrução: Médio Incompleto                                               |                 | E.Civil: Casado(a)                  |
| End. Local.: - - -                                                        |                 |                                     |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                   |                           |                    |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|
| Dígito: 682169                                                    | Data: 01/09/2018 21:17:58 | Clas. Cor: Laranja |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL |                           | Convênio: S U S    |

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

data/Hora Solicitação: 01/09/18 21:30 ESPECIALISTA: DCR

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Acidente automóvel  
 ECO: 45

RC crânio: p fratura NCR

TC cervical: p fratura ou luxação

co: Alt de NCR

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 01/09/18 22:55 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Abdome: plano, fácilos e indolores.

AP: INVE biliar, gástrica. Rx torax normal

Alt de Cr. Cerv.

*Mauro Andrade Gonçalves*  
 Dr. Mauro Andrade Gonçalves  
 Cirurgia Geral / Videolaparoscopia  
 CRM-PI 6199 / CRM-MA 8596

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

data/Hora Solicitação: 1/1/ : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/ :

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 13 DEZ 2018  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
 Centro-Norte CEP: 64.002-470  
 Teresina-PI  
 Carimbo/Assinatura Sol. solicitante

PREScriÇÃO MÉDICA

**HUT** HABITAT  
URBANO  
TERRITORIAL  
**URGÊNCIA DE TERESINA -**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 3,9,18

|                   |                             |                |                        |
|-------------------|-----------------------------|----------------|------------------------|
| NOME DO PACIENTE: | <u>Aníbal de Matos Jún.</u> | PRONTUÁRIO N°: | <u>486 980</u>         |
| DIAGNÓSTICO:      | <u>Anemia crônica</u> (E)   | CIRURGIA:      | <u>2016 - 11/locup</u> |
| ANESTESIA:        |                             | Nº DA SALA:    | <u>01</u>              |
| CIRURGÃO:         | <u>LEANDRO</u>              | CPF N°:        | <u>167 786 918-41</u>  |
| AUXILIAR:         | <u>EST. MÉDICA</u>          | CPF N°:        |                        |
| ANESTESIA:        |                             | CPF N°:        |                        |
| INSTRUMENTADORA:  |                             | CPF N°:        |                        |

Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
CRM-PB 12608

## MATERIAL DE CONSUMO

| DESCRIBEÇÃO             | UND  | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO              | UND. | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|------|--------|-------|----------------------------|------|--------|-------|
| AGULHA 25XR             | UND  | 03     |       | LÂMINA DE BISTURI n: 24    | UND  | 01     |       |
| AGULHA 30XR             | UND  |        |       | LUVA N° 7.0                | PAR  | 03     |       |
| AGULHA 40X12            | UND  | 03     |       | LUVA N° 8.0                | PAR  | 03     |       |
| AGULHA RADIAL           | UND  |        |       | LUVA DE PROCEDIMENTO       | PAR  | 05     |       |
| ALCOOL 70%              | ML   | 50     |       | PVPI DE GERMANTE           | ML   | 200    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA |        |       | PVPI TÓPICO                | ML   | 100    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML   | 50     |       | PVPI TINTURA               | ML   |        |       |
| COMPRESSA               | PAC  | 04     |       | SERINGA 20CC               | UND. | 02     |       |
| EQUIPO MACHO-GOTA       | UND  |        |       | SERINGA 10CC               | UND. | 02     |       |
| ESPARADRAPO             | CM   | 80     |       | SERINGA 5CC                | UND. |        |       |
| ESCALPE N°              | UND  |        |       | SERINGA 3CC                |      |        |       |
| FORMOL                  | ML   |        |       | SORO FISIOLÓGICO           |      |        |       |
| GASES                   | PAC  | 04     |       | SONDA URETRAL              |      |        |       |
| JELCO N°                | UND  |        |       | eletródos                  |      |        |       |
| FIOS                    | UND. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA                 |      |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |      |        |       | escovas                    |      |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |      |        |       | cátilos plásticos          |      |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |      |        |       |                            |      |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |      |        |       |                            |      |        |       |
| ALCOFIL                 |      |        |       |                            |      |        |       |
| MONONYLON 3.0           | UND  | 02     |       |                            |      |        |       |
| FITA UMBILICAL          |      |        |       |                            |      |        |       |
| ICRYL 0                 | 11   | 02     |       |                            |      |        |       |
| PROLENE                 |      |        |       |                            |      |        |       |
|                         |      |        |       | ENFERMARIA:                |      |        |       |
|                         |      |        |       | CIRCULANTE: <u>Leandra</u> |      |        |       |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
13 DEZ 2018

GENTE SECURADORA S.A.  
Rua Conde de Resende 465 Lote C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Telf: 3221-1111



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Anônimo de Nomes Sóis

Diagnóstico pré-operatório

Fratura clavícula (E)

Operação - Tipo

Reparo clavícula

Cirurgião

LEANDRO

Dr. LEANDRO PONCE LEAL Assistente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 2608

MURIL (12.2)

2º Assistente

Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

3/9/18

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Metry n rodízios com prumo  
bimpr e intrapr; amputado  
fusos anteriores; deslocados p/ pr  
fissuras e endomas no frontão  
fixadas clavículas e metacarp  
Sutura por placa  
Custos



Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
CRM-PI 2608

### AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

|                                                                                  |                     |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| Nome:<br><i>Amoréi de Matos Sene</i>                                             | Prontuário:         | Data:<br><i>03/03/18</i> |
| Sexo:<br><input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. | Idade:<br><i>63</i> | Peso:<br><i></i>         |
| Procedimento(s) proposto(s):<br><i>anestesia letal no paciente esquerdo</i>      |                     | Altura:<br><i></i>       |

#### AMNESE

|                                               |                                         |                                         |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Patologias cardiocirculatórias                | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não            |
| Patologias respiratórias                      | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Antecedentes patológicos                      | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não            |
| Convulsão                                     | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Passado anestésico cirúrgico                  | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Transfusão sanguínea                          | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Uso de medicação                              | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| Alergia                                       | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| História familiar de complicações anestésicas | <input type="checkbox"/> Sim            | <input checked="" type="checkbox"/> Não |

#### EXAME FÍSICO

|                |                                                                                        |                             |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| VSO / S.C      | Pulso: <i>92</i> ( <input type="checkbox"/> arritmico)                                 | Mallampati: (1) (2) (3) (4) |
| Respiratório   | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Alterado: _____) |                             |
| Cardiovascular | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Alterado: _____) |                             |
| Neuroológico   | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Alterado: _____) |                             |
| Abdome         | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Alterado: _____) |                             |
| Vias aéreas    | <input checked="" type="checkbox"/> Possível VAD                                       |                             |
| Extremidades   | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( <input type="checkbox"/> Alterado: _____) |                             |

#### EXAMES COMPLEMENTARES

|         |          |            |  |
|---------|----------|------------|--|
|         | TP / RNI | Uréia      |  |
|         | TTPa     | Creatinina |  |
| questas | Glicemia | RX Tórax   |  |

DEPARTAMENTOS DE SUPRIMENTOS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ 2018

GENTE SEGUROADORA S.A.  
Rua Cândido de Resende, 468 - Lote 99 C  
Centro-Norte CEP: 64.012-470  
Tóledo/PR

Anestesia proposta: ( Geral  Outro: *bloqueio intratecal gástrico*)

SERVAÇÃO DE CRPA:

anestesiologista:

CRM:





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal

**Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito**



**PRF**



**Acidente nº 18050602B01**

489764

**INFORMAÇÕES GERAIS**

**BR:** 343      **KM:** 329,8 - Crescente      **Município:** TERESINA/PI

**Data:** 01/09/2018      **Hora:** 19:50

**Policial responsável pelo atendimento:** RICARDO FARIAS, matrícula 1515561

**ASPECTOS DO LOCAL**

**Tipo de via:** Principal      **Tipo de pavimento:** Asfalto      **Tipo de pista:** Simples

**Condição da pista:** Seca

**Estrutura viária:** Reta

**Localidade urbanizada:**  **Acostamento:**  **Canteiro central:**

**Condição meteorológica:** Céu Claro

**Fase do dia:** Plena Noite

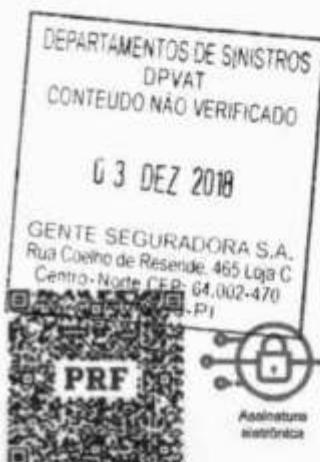
**NARRATIVA**

Segundo os levantamentos realizados no local, e os diversos testemunhos ouvidos, considerando ainda os vestígios na pista e nos veículos, conclui-se que o furgão FIAT/DUCATO, de placas PIL-4487, seguia o fluxo da BR-343, no seu sentido crescente, quando foi colidido frontalmente pela caminhonete CHEVROLET/S10, de placas OUD-2337, que seguia o fluxo decrescente da mesma rodovia, no momento em que esta iniciava uma ultrapassagem nas circunstâncias em que esta não era uma manobra possível.

**EVENTOS SUCESSIVOS**

| Ordem | Tipo de Evento  | Veículos Envolvidos |
|-------|-----------------|---------------------|
| 1     | Colisão frontal |                     |

BO CONFERIDO NO SITE DA PRF EM 30.11.18.



Documento assinado eletronicamente por RICARDO FARIAS, matrícula 1515561, Policial Rodoviário Federal, em 05/09/2018, às 22:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050602B01 e o número de controle 9B6270E2D3C7702BCB481BF8406E82



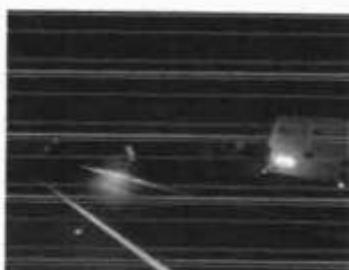
**Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito**  
**Acidente nº 18050602B01**

MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA



**PRF**

**IMAGENS PANORÂMICAS**



SENTO CRESCENTE



SENTO DECRESCENTE

**AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA**

**CROQUI DA CENA DO ACIDENTE**



Local preservado



ALTOS-PI

TERESINA-PI



Documento assinado eletronicamente por RICARDO FARIAS, matrícula 1515561, Policial Rodoviário Federal, em 05/09/2018, às 22:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.



Assinatura  
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050602B01 e o número de controle 9B8270E2D3C7702BCB481BF8406E82



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18050602B01**



**PRF**

**V1**



**PIL4487**

**Placa:** PIL4487 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** FIAT/DUCATO CARGO/2015

**Renavam:** 01064952426

**Chassi:** 93W244F2RG2156881

**Tipo de Veículo:** Caminhonete

**Espécie/categoria:** Carga/Particular

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

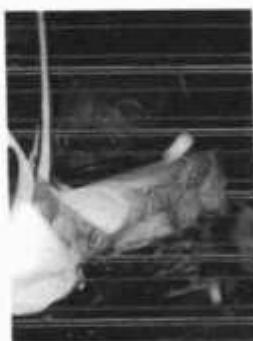
**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** ESTER BARBOSA DE SOUZA MATOS ME

**CPF/CNPJ:** 10.319.648/0001-89

**Endereço:** , TERESINA/PI

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/exoticagostobom@gmail.com



Documento assinado eletronicamente por RICARDO FARIAS, matrícula 1515561, Policial Rodoviário Federal, em 05/09/2018, às 22:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050602B01 e o número de controle 9B8270E2D3C7702BCB481BF8406E82



Assinatura  
eletrônica

**191**



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
Acidente nº 18050602B01

MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA



**PRF**

**V2**



**OUD2337**

**Placa:** OUD2337 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** CHEVROLET/S10 LT DD4/2013

**Renavam:** 00545610869

**Chassi:** 9BG148FH0DC488230

**Tipo de Veículo:** Caminhonete

**Espécie/categoria:** Especial/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Transitando na contramão de direção

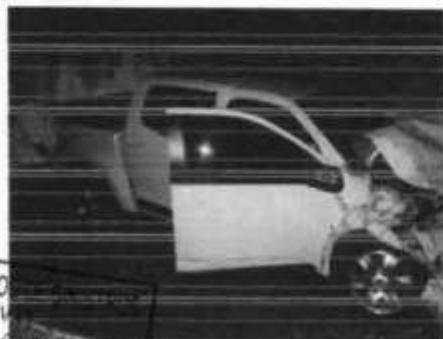
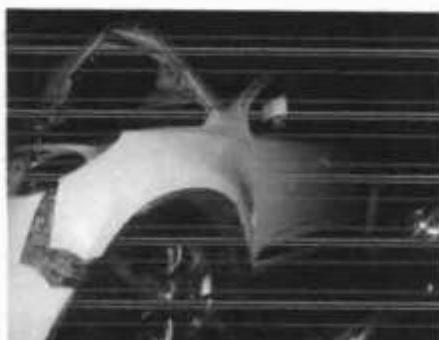
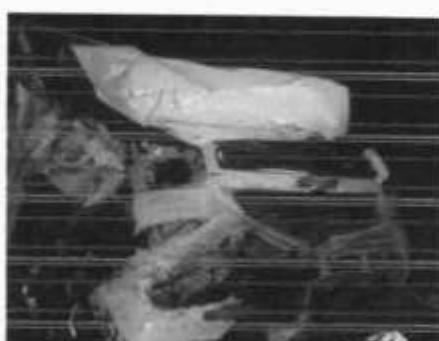
**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** LUIS M DE C FILHO EPP

**CPF/CNPJ:** 69.607.265/0001-59

**Endereço:** , TERESINA/PI

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



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RICARDO FARIAS, matrícula 1515561, Policial Rodoviário Federal, em 05/09/2018, às 22:27, conforme horário oficial da Previsão Climática (padrão no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015).

|                                                |
|------------------------------------------------|
| DEPARTAMENTO<br>DPI<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 3 DEZ 2018                                     |

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050602B01 e o número de controle 9B8270E2D3C7702BCB481BF8406E82



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18050602B01



**PRF**

**V1**



**AMARAL DE MATOS SENA**

CONDUTOR

**Placa do veículo:** PIL4487

**Marca/modelo:** FIAT/DUCATO CARGO

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** AMARAL DE MATOS SENA

**CPF:** 066.140.353-04

**Data de nascimento:** 11/07/1955

**Estado civil:** Casado(a)

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Lesões Leves

**Usava cinto de segurança:** Sim

**Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

### DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

**Tipo:** Habilitação Nacional    **Categoria:** C    **Data primeira habilitação:** 22/12/1977

**Nº Registro:** 01913343342    **UF:** PI    **Data de vencimento da habilitação:** 07/08/2023

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 15

### ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

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

**Condutor se recusou a realizar o teste:** Não    **Resultado:** 0

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não    **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

### DADOS DE CONTATO

**Endereço:** RUA JOAQUIM DIAS DE SANTANA, 3630, TRÊS ANDARES, TERESINA/PI

**Telefone/email:** 3213-1569 3228-2310/NÃO INFORMADO

### ENCAMINHAMENTO

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** Hospital ou clínica

**Informações complementares:** O condutor reclamava de fortes dores no tórax e abdômen e foi levado pela equipe da PRF ao HUT.



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RICARDO FARIAS, matrícula 1515561, Policial Rodoviário Federal, em 05/09/2018, às 22:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050602B01 e o número de controle 9B8270E2D3C7702BCB481BF8406E82



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18050602B01



**PRF**

**V2**



**LUIS MARIA DE CARVALHO FILHO**

**Placa do veículo:** OUD2337

**Marca/modelo:** CHEVROLET/S10 LT DD4

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** LUIS MARIA DE CARVALHO FILHO

**CPF:** 079.372.373-68

**Data de nascimento:** 10/01/1954

**Estado civil:** Divorciado(a)

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Lesões Leves

**Usava cinto de segurança:** Sim

**Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

### DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

**Tipo:** Habilitação Nacional      **Categoria:** AD      **Data primeira habilitação:** 09/09/1985

**Nº Registro:** 00646562500      **UF:** PI      **Data de vencimento da habilitação:** 31/08/2020

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 99

### ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

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

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não      **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

### DADOS DE CONTATO

**Endereço:** RUA IVAN TITO DE OLIVEIRA, 1311 A, LOURIVAL PARENTE, TERESINA/PI

**Telefone/email:** 86 9.9964-3111/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RICARDO FARIA, matrícula 1515561, Policial Rodoviário Federal, em 05/09/2018, às 22:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050602B01 e o número de controle 9B8270E2D3C7702BCB481BF8406E82



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA



# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18050602B01

**PRF**

### RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

**Veículo:** V1 / FIAT/DUCATO CARGO

**Placa:** PIL4487

**Nome do agente:** RICARDO FARIAS

**Nº BOAT:** 18050602B01

**Matrícula do agente:** 1515561

**Data:** 01/09/2018

| Item | Descrição do item                      | Item danificado no acidente |       |       |
|------|----------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|
|      |                                        | SIM*                        | NÃO** | NA*** |
| 1    | Painel corta-fogo                      | X                           |       |       |
| 2    | Longarina dianteira esquerda           | X                           |       |       |
| 3    | Caixa de roda dianteira esquerda       | X                           |       |       |
| 4    | Estrutura da soleira esquerda          | X                           |       |       |
| 5    | Air Bags Frontais                      | X                           |       |       |
| 6    | Air Bags Laterais                      |                             | X     |       |
| 7    | Estrutura da coluna dianteira esquerda | X                           |       |       |
| 8    | Estrutura da coluna central esquerda   |                             | X     |       |
| 9    | Estrutura da coluna traseira esquerda  |                             | X     |       |
| 10   | Caixa de roda traseira esquerda        |                             | X     |       |
| 11   | Assoalho central esquerdo              | X                           |       |       |
| 12   | Longarina traseira esquerda            |                             | X     |       |
| 13   | Assoalho portamalas ou caçamba         |                             | X     |       |
| 14   | Longarina traseira direita             |                             | X     |       |
| 15   | Caixa de roda traseira direita         |                             | X     |       |
| 16   | Estrutura da coluna traseira direita   |                             | X     |       |
| 17   | Estrutura da soleira direita           |                             | X     |       |
| 18   | Estrutura da coluna central direita    |                             | X     |       |
| 19   | Estrutura da coluna dianteira direita  | X                           |       |       |

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RICARDO FARIAS, matrícula 1515561, Policial Rodoviário Federal, em 05/09/2018, às 22:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050602B01 e o número de controle 9B8270E2D3C7702BCB481BF8406E82

191



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18050602B01**



**PRF**

| Item | Descrição do Item               | SIM* | NÃO** | NA*** |
|------|---------------------------------|------|-------|-------|
| 20   | Assoalho central direito        |      | X     |       |
| 21   | Caixa de roda dianteira direita | X    |       |       |
| 22   | Longarina dianteira direita     | X    |       |       |

**Total geral (SIM + NA): 10**

**Dimensão da monta:** Grande

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V2 / CHEVROLET/S10 LT DD4

**Placa:** OUD2337

**Nome do agente:** RICARDO FARIAS

**Nº BOAT:** 18050602B01

**Matrícula do agente:** 1515561

**Data:** 01/09/2018

|      |                                        | Item danificado no acidente |       |       |
|------|----------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|
| Item | Descrição do Item                      | SIM*                        | NÃO** | NA*** |
| 1    | Painel corta-fogo                      | X                           |       |       |
| 2    | Longarina dianteira esquerda           | X                           |       |       |
| 3    | Caixa de roda dianteira esquerda       | X                           |       |       |
| 4    | Estrutura da soleira esquerda          | X                           |       |       |
| 5    | Air Bags Frontais                      | X                           |       |       |
| 6    | Air Bags Laterais                      |                             | X     |       |
| 7    | Estrutura da coluna dianteira esquerda | X                           |       |       |
| 8    | Estrutura da coluna central esquerda   | X                           |       |       |
| 9    | Estrutura da coluna traseira esquerda  |                             | X     |       |
| 10   | Caixa de roda traseira esquerda        |                             | X     |       |
| 11   | Assoalho central esquerdo              |                             | X     |       |
| 12   | Longarina traseira esquerda            |                             | X     |       |

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RICARDO FARIAS, matrícula 1515561, Policial Rodoviário Federal, em 05/09/2018, às 22:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050602B01 e o número de controle 9B8270E2D3C7702BCB481BF8406E82



**Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito**  
**Acidente nº 18050602B01**



MINISTÉRIO DA  
 JUSTIÇA E  
 SEGURANÇA PÚBLICA

**PRF**

| Item | Descrição do item                     | SIM* | NÃO** | NA*** |
|------|---------------------------------------|------|-------|-------|
| 13   | Assoalho portamalas ou caçamba        |      | X     |       |
| 14   | Longarina traseira direita            |      | X     |       |
| 15   | Caixa de roda traseira direita        |      | X     |       |
| 16   | Estrutura da coluna traseira direita  |      | X     |       |
| 17   | Estrutura da soleira direita          |      | X     |       |
| 18   | Estrutura da coluna central direita   |      | X     |       |
| 19   | Estrutura da coluna dianteira direita | X    |       |       |
| 20   | Assoalho central direito              |      | X     |       |
| 21   | Caixa de roda dianteira direita       | X    |       |       |
| 22   | Longarina dianteira direita           | X    |       |       |

**Total geral (SIM + NA): 10**

**Dimensão da monta:** Grande

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RICARDO FARIA, matrícula 1515561, Policial Rodoviário Federal, em 05/09/2018, às 22:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18050602B01 e o número de controle 9B8270E2D3C7702BCB481BF8406E82



*OK*  
*Orte*  
*Cir. Geral OK*

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

|                                       |                                                                           |                                |                          |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Nome: AMARAL DE MATOS SENA            |                                                                           | Pai: JOAO MATO SENA            | Imp: 01/09/2018 21:31:00 |
| Mãe: ANALIA EVANGELISTA DA SILVA SENA | End. Resid.: RUA 24 JANEIRO 647 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000 | Prontuário: 486980             | User: DANIELLE VIEIRA    |
| Nascimento: 11/07/1955                | Idade: 63alm21d                                                           | Sexo: Masculino                | Senha: ACES              |
| Responsável: IRIS MAGNA               |                                                                           | CNS: 898003464543961           |                          |
| Profissão: MOTORISTA                  |                                                                           | Documento: CPF: 066.140.353-04 |                          |
| G. Instrução: Médio Incompleto        |                                                                           | E.Civil: Casado(a)             |                          |
| End. Local.: - - -                    |                                                                           |                                |                          |

~~NEURO~~ → OK

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                   |                           |                                        |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|
| Idige: 682169                                                     | Data: 01/09/2018 21:17:58 | Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE P.R.F. |
| Vitivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL | Convênio: S U S           |                                        |
| Acid. Trab.: Sim                                                  | Acid. Trajeto: Sim        | Acid. Trab. Típico: Não                |
|                                                                   |                           | CID Secundario: V499                   |

### DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                                   |                                  |                                                        |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------|
| Final/Sintoma:<br>LAUMA TORACOABDOMINAL                                                           | Evento Principal:<br>Dor intensa | Destino:<br>CIRURGIÃO GERAL                            | Classificação:<br>Laranja |
| eve História:<br>ATO DE DOR. (8) EM TORAX APOS COLISAO COM AUTOMOVEL. ERA MOTORISTA DE AUTOMOVEL. |                                  | Profissional Clas. Risco:<br>DANIELLE VIEIRA<br>267041 |                           |
|                                                                                                   |                                  | Em: 01/09/2018 21:31:10                                |                           |

### DADOS CLÍNICOS:

Paciente caiu de veículo automóvel (colisão frontal) há ± 1h, não ingereu bebida alcoólica, consciente, orientado, A1VA perfeito, verbalizado, sem estalo cerebral, B1MV(+) bilateral, s/r ruídos sanguíneos, C1AC - RR em ZT, bulhos nervosistérios, alerjor plácido, eletro, pele etiada, D) Glasgow - 15, E) Repre der em outro F, evanescem tentáculos Cranio + Cervi

\_\_\_\_ mmHg      Pulso: \_\_\_\_\_      FC: \_\_\_\_\_ bpm      Temp: 09/09/18 21:31:10

### INDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solução TC de coluna cervical, RX de tórax, RX de clavícula

### TIPO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /

HORA: : :

|                                                                                                                      |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO                                                       |                                             |
| 63 DEZ 2018                                                                                                          | Se Internação, indique o Procedimento e CID |
| GENTE SEGURADORA S.º PROCEDIMENTO<br>Rua Coelho de Resende, 255 LOJA C<br>Centro-Norte CEP: 64002-470<br>Teresina-PI |                                             |
| CID                                                                                                                  |                                             |
| Dra. Marília L.O.<br>Cirurgião Geral<br>CRM-PB#71                                                                    |                                             |

Início Magno de Brito Seng  
inatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

**Beneficiário 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

Nome completo da vítima

066.140.353-04

Amaral De matos Sena

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

|                                         |                                        |                                  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| Nome completo<br>Amaral De matos Sena   | CPF titular da conta<br>066.140.353-04 | Profissão<br>Promotora De Vendas |
| Endereço<br>Rua Joaquim Dias de Santana | Número<br>3630                         | Complemento<br>Casa              |
| Bairro<br>Tres Andares                  | Cidade<br>Teresina                     | Estado<br>PI                     |
| Email                                   | CEP<br>64016-590                       |                                  |
| Telefone (DDD)<br>(86) 3303-4104        |                                        |                                  |

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**

|                                                        |                                                        |                                                         |                                                        |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

3606  56284

(Informar dígito se existir)

56284  9

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Teresina, 29 de Novembro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

