

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: 24/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS DO VALE CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 00000000566-6

Nr. da Autenticação DF9388E14565987A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267048 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS DO VALE CARVALHO **Data do acidente:** 06/01/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DE FACE
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
TRAUMA CORTO CONTUSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.
FRATURA DE ARTELHOS DE PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CLAVÍCULA - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS // PÉ - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA. AOS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO E DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO E DÉFICIT FUNCIONAL LRESIDUAL DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

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 residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total		17,5 %	R\$ 2.362,50	

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, 01 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267048 **Vítima: CARLOS DO VALE CARVALHO**

Data do Acidente: 06/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS DO VALE CARVALHO

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CARLOS DO VALE CARVALHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003436

Conta: 000000566-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorno 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,



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria do Socorro Benevides Carvalho,
RG nº 1.134.748, data de expedição 30/12/13,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 016.034.613-45,
com domicílio na cidade de Barras, no Estado de
Piáni, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
localidade Mata do cachorro, nº 511,
complemento Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Carlos Vale de Carvalho, cujo o condutor era
Edson Carvalho Benevides.

Veículo: Moto Modelo: Honda/CG 125 I FAN Ano: 2018

Placa: OEG-7391 Chassi: 9C2JG6900JR310099

Data do Acidente: 06/01/19

Local e Data: Barras PI 20/02/2019

Assinatura do Declarante

Edson Carvalho Benevides

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

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



CNPJ: 08 942 761/0001-31 - CNIS: 148320

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DO SOCORRO
BENEVIDES CARVALHO EM TESTE real DA VERDADE. DOU FÉ. BARRAS
20/02/2019 11:13:20

Matheus Pessa Silva Souza

MATHEUS PESSOA SILVA SOARES - ESCRIVENTE
Sms: R\$ 1,85/TJ: R\$ 0,17/MP: R\$ 0,10/Selo: R\$ 0,28 Total: R\$ 4,90





SUS

**SAMU BARRAS
REGISTRO DE OCORRÊNCIA**



PREFEITURA DE
Barras
Juntos, construindo o futuro

AMBULÂNCIA ACIONADA: 11.5.B

LOCAL DA OCORRÊNCIA: DJ Barras à Botelha

DATA: 06/10/2019

NOME DO PACIENTE: Jairzinho de Oliveira

SEXO: M F

IDADE: 23/06/1973 - 45 anos

SAÍDA DO P.A.: 17:21

CHEGADA AO LOCAL 17:27

SAÍDA DO LOCAL 17:30

CHEGADA AO HOSPITAL 17:39

- 01- ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 02- AGRESSÃO FÍSICA
- 03- URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
- 04- ENVENENAMENTO
- 05- AFOGAMENTO
- 06- QUEIMADURAS
- 07- CHOQUE ELÉTRICO

- 08- QUEDA
- 09- MAL SÚBITO
- 10- URGÊNCIA OBSTÉTRICA
- 11- OUTROS
- 12- JÁ REMOVIDO
- 13- FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

- ALERTA
- RESPONDE A COMANDO
- RESPONDE A DOR
- NEM RESPOSTA



PUPILA:

- IGUAIS
- DESIGUAIS

- FALA:
- NORMAL
 - CONFUSA
 - NENHUMA



PULSO RADIAL:

- ORTE
- RACO
- USENTE
-

- SANGRAMENTO:
- AUSENTE
 - MÍNIMO
 - MODERADO
 - INTENSO

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL 102x80
- PULSO 59
- RESPIRAÇÃO 16

SP0² 96
9.115
T36.5 °C

OBSERVAÇÕES: Paciente masculino vítima de edema de meia esquerda, apresentando forte prurido no queixo e acima do olho direito e forte prurido em mamilos. Consciente, orientado.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ASPIRAÇÃO
- OXIGÉNIO
- REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR
- CURATIVOS
- IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- PRANCHA LONGA
- PRANCHA CURTA
- KED
- COLAR CERVICAL
- ASSIST. OBSTÉTRICA

OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- MELHORADO
- PIORADO
- INALTERADO

ÓBITO:

- ANTES DO SOCORRO
- ANTES DO TRANSPORTE
- NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: H.R.fo.m

Ticiano Santos da Costa
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
SUS: 701440225228442

COREN PI 081 8210-8000
CORRISTA

Assinatura de Ticiano Santos da Costa
Cobertura de 1º e 2º grau - ENE
SUS: 161440225228442

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL



**GOVERNO
DO PIAUÍ**

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELOS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

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



Hospital Regional
Leônidas Melo

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <i>Carlos Vale de Carvalho</i>	LEITO / ENFERMARIA	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO: .	04/04	.



auí
IO DO ESTADO

HOSPITAL REGIONAL LEÓNIDAS MELO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional
Leônidas Melo



Praça Monsenhor Boson, 210 - Centro, CEP: 64100-000
Barras-PI Fone:(86) 3242-1544
E-MAIL: hreleondasmato@gmail.com

NOME DO PACIENTE: Amorim de Oliveira

NOME DO MÉDICO: J. M. P. M. N.º PRONTUÁRIO _____



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA:

U.S.B

DATA: 06/10/2018

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

PT Barras s/n Boa Vista

NOME DO PACIENTE:

Carlos Vilete de Oliveira

SEXO: M F

IDADE: 23/10/1973

SAÍDA DO P.A.: 17:21

CHEGADA AO LOCAL 17:27

SAÍDA DO LOCAL 17:30

CHEGADA AO HOSPITAL 17:39

- 01- ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 02- AGRESSÃO FÍSICA
- 03- URGÊNCIA PSQUIÁTRICA
- 04- ENVENENAMENTO
- 05- AFOGAMENTO
- 06- QUEIMADURAS
- 07- CHOQUE ELÉTRICO

SH

CB

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA



RESponde a comando



RESponde a dor



SEM RESPOSTA



PUPILA:

IGUAIS



DESIGUAIS



FALA:

NORMAL

CONFUSA

NENHUMA

PULSO RADIAL:

FORTE



FRACO



AUSENTE



SANGRAMENTO:

AUSENTE



MÍNIMO



MODERADO



INTENSO



SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL

102x80

5P0²

PULSO

59

9113

RESPIRAÇÃO

16

736,1

OBSERVAÇÕES

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ASPIRAÇÃO
- OXIGÉNIO
- REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR
- CURATIVOS
- IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- PRANCHA LONGA
- PRANCHA CURTA
- KED
- COLAR CERVICAL
- ASSIST. OBSTÉTRICA

 OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- MELHORADO
- PIORADO
- INALTERADO

ÓBITO:

- ANTES DO SOCORRO
- ANTES DO TRANSPORTE
- NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO:

H.R. 10.77

Técnico Santos do Cossim
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2019

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

SCS - 898 0089 01491686

 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - BARRAS - PI BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATÓRIO E DE URGENCIA		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE		
<i>Enior Vale de Carvalho</i>		
DATA DE NASCIMENTO <i>23.06.73</i>	PROFISSÃO	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
FILIAÇÃO		
PAI <i>Francisco Vale Carvalho</i>		
MÃE <i>Maria Eunice de Carvalho</i>		
ENDERECO <i>Lac Matto Cochone</i>		
MUNICÍPIO <i>Barras</i>	ESTADO <i>PJ</i>	CEP
DADOS SOBRE ATENDIMENTO		
DATA DO ATENDIMENTO <i>06.01.19</i>	HORA <i>14:19:35</i>	Local de Socorro: <i>Padddy Enfermeiro</i> Coren - PI: <i>161261690</i> SUS: <i>161261690</i>
MOTIVO DO ATENDIMENTO		
<i>Vítima de Acidente Motociclistico, fraturado pelo SAMU.</i> <i>PA = 100x80 mmHg.</i> <i>Suspeita de fratura ilíaca D.</i> <i>GP = 113 mg/dL.</i> <i>SpO₂ = 96%.</i> <i>FE = 59 bpm.</i>		
DIAGNÓSTICO		
<i>Nigg HAS, DM, Alergia medicamentosa.</i> <i>Alcoolizado, vítima de corte frontal.</i>		



GOVERNO
DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SUS
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



REQUISIÇÃO DE EXAMES



GOVERNO
DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SUS
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME	Aline Mirella Chaves		
IDADE	SEXO	<input type="checkbox"/> MASC.	<input type="checkbox"/> FEM.
	CLÍNICA	<input type="checkbox"/> AMBULATORIO	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNADO

ENDEREÇO

DADOS CLÍNICOS
Avenida Morumbi

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)
Rx Carnaval

DATA / / ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA / /

ESTE EXAME É PAGO PELO SUS É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA
CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS
PRAÇA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3221-1440 / TERESINA-PI

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Log C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Nelson



NOME DO PACIENTE: Carlos Vale de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 499074

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".



ORTO

~~DEFERIDO~~

Mir. Geral - OK

BOLETIM DE ENTRADA (BE) NHECO 1940
07/01/19

Imp: 06/01/2019 22:53:56
(User: ALEXANDRE SANTANA)
(Estação: TRAUMA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: CARLOS VALE DE CARVALHO

Prontuário: 499074

Mãe: MARIA EUNICE DE CARVALHO

Pai: FRANCISCO VALE CARVALHO

End.Resid.: MATO DO CACHORRO - ZONA RURAL - BARRAS - PI - CEP: 64100-000

Nascimento: 23/06/1973 Idade: 45a6m13d

Sexo: Masculino Fone: 86-99435-1005

Responsável: MARIA DO SOCORRO

CNS: 898001901491686

Profissão: LAVRADOR

Documento: RG: 1368579 - SSP PI

G. Instrução: Não informado

E.Civil: Casado(a)

End.Local.: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 701702

Entrada: 06/01/2019 22:19:18

Convênio: SUS

Proced: 0301060029

Motivo da Procura

(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOCICLISTA)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DRIVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

*DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

TRAUMA MAIOR

Déficit neurológico agudo

09 ABR 2019

Cor:

Laranja

Breve História Clas. Risco:

PACIENTE ENCAMINHADO DE BARRAS COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEGUINDO DE PERDA DE CONSCIENCIA (SIC) E OTORRAGIA ESQUERDA, EVOLUINDO COM DOR E MOBILIDADE PREJUDICADA DA CLAVÍCULA DIREITA. APRESENTANDO LESÃO EM FACE. ECG = 15. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

GENTE SEGUROADORA S.A.

Rua Costa de Rezende, 465 Lote C

Centro-Norte CEP: 64.002-470

Teresina-PI

ROMAK BEZERRA HOLANDA

COREM 222664 PI

Em: 06/01/2019 22:30:38

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m² Pulso: bmp Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE COLISÃO AUTOMOBILÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 6 HORAS., REERE PERDA DE CONSCIENCIA, OTORRAGIA, DOR EM OMBRO D, COM PERDA DA MOBILIDADE. NEGA VÔMITO.

A) VIAS AEREAIS PÉRVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RIGIDA.

B) MV + BT, SEM RA.

C) BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN INOCENTE, PELVE ESTAVEL.F

D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTORREFLEXAS X ISOCÓRICAS.

E) MÚLTIPHAS ESCORIAÇÕES, EM FACE.

RAIO-X-RPAT
ADOO

X-RPAT
ADOO

DATA:
120

TIPO:
100%

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

Exames Complementares:

(1131125) - T.C. DE CRANIO

EXAMES: RENAL INCL.
TAC COMPUTADORIZADA

(1131126) - T.C. DE COLUNA CERVICAL

(1131127) - TORAX PA E PERFIL

EXAME: TORAX/C. Cervical

DATA: 06/01/2019 22:30:38

Prescrição Médica:

Klaus Júlio Ribeiro Fonseca
CONFERE LUCAS FONSECA
CONFIRMO
Kle

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: : :

[Signature]

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3918 TEOT. 13135

Assinatura Paciente ou Responsável

ALEXANDRE SANTANA OLIVEIRA GALVÃO
CRM PI 5861 Em: 06/01/2019 22:53:54



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 477061982	Nº REGULAÇÃO: 55747	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7569963 - CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR - (86) 3233-9049		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO:	NEUROLOGIA	
PACIENTE:	CARLOS VALE CARVALHO	NASCIMENTO: 23/06/1973

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE ALCOOLIZADO ACIDENTADO QUEDA MOTOCICLETA COM VARIOS FERIMENTOS CONTUSOS:REGIÃO MENTONIANA ,REGIÃO TEMPORAL DIREITA E CONTUSÃO COM ESCÓRIAÇÃO NA REGIÃO CLAVICULAR DIREITA COM FRATURA OSSEA ,OTORRAGIA OUVIDO ESQUERDO,ASSISTÊNCIA VENTILATORIA: NÃO NECESSITAHESMOGLOBINA (0 A 50 G/DL OU NÃO INFORMADO); NÃO INFORMADO GLICEMIA (0 A 500 MG/DL OU NÃO INFORMADO); 113MG/DL ESCALA DE GLASGOW (0 A 15 OU NÃO INFORMADO); 14 SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO (0 A 100 % OU NÃO INFORMADO); 96% FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (0 A 80 RPM OU NÃO INFORMADO); 19 BPM FREQUÊNCIA CARDÍACA (0 A 180 BPM OU NÃO INFORMADO); 59 BPM PRESSÃO ARTERIAL (EM MMHG OU NÃO INFORMADO); 100X80MMHG

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): TRAUMATISMO INTRACRANIANO NÃO ESPECIFICADO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 06/01/2019 19:15:32



MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Carlos Vitor de Carvalho
fratura Clavícula (1) + fratura Cefalóidea (2)
RAFI - Clavícula + fraturas percutâneas (2)

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

08/01/19

Ínicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Ourno

Relatório Imediato do Patologista

∅

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Acidente Durante a Operação

∅



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Parâmetros sobrantes - Anexos e Antevisão
- Aceno fêmur Clavícula (1) - luxação
- Redutor e fixador os planos Frc e flxão 3,5
- Remoções - fêmur ps planos - Cervicais - Típicas
- Anexos Antevisão pej (2) - Redutor
- Fixação multânea articular L + R articulada
- Osteosí.

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Carlos Vile da CunhaProcedimento: Fratura clavícula + artelhosPeso: 60Cirurgião: Caió

Sala:

Alergia: negeData: 08/01/69.

Observações:

Agente	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Lido 2% CV	01	20ml											
2 Ropiv 1%	01	20ml											
3 Apsolana	02	02g											
4 Gentadina	01	10											
5 Planet	01	10											
6 Dexa	01	10											
7 Depomed	02	2g											
8 Prophenid	01	100											
9													
10													
11													
12													
13													
Urgâncio													
N2O													
Volut	%												

Acesso Vascular

- Periférico prévio
- Cat. Venoso nº G
- Dificuldade aces. venoso
- Gastos cateteres
- Central _____

Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT nº _____
- LMA nº _____

Monitorização:

- Cardioscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO2
- Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianesthesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito: dorsal

SPO2 (%)	PS / PS / PS / PS / PS / PS
ETCO2 (mmHg)	

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:



Dr. Luiz Mamede D. de Castro
Anestesiologista/DOR
Anestesiobiólogo



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS VALE DE CARVALHO** (Prontuário: 499074)

Endereço: MATO DO CACHORRO - ZONA RURAL - BARRAS - PI CEP: 64100-000

Nascimento: 23/06/1973 Idade: 45a6m14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 701702

Requisição: 908477 Solicitação: 06/01/2019

Solicitante: ALEXANDRE SANTANA OLIVEIRA GALVÃO

Controle: 1131125 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 06/01/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- DIMINUTO FOCO HIPERDENOZO EM PROJEÇÃO DO PEDÚNCULO CEREBELAR ESQUERDO.
- FOCO DE FRATURA ALINHADA DA PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA.
- FRATURA DA ATM ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

TERESINA - PI 07/01/2019

(JORGE AUGUSTO)

JÓRIO NEIVA DE MOURA SANTOS

CPF: 867.604.833-91 4146

Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS VALE DE CARVALHO** (Prontuário: 499074)
 Endereço: MATO DO CACHORRO - ZONA RURAL - BARRAS - PI CEP: 64100-000
 Nascimento: 23/06/1973 Idade: 45a6m14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 701702
 Requisição: 908478 Solicitação: 06/01/2019 Solicitante: ALEXANDRE SANTANA OLIVEIRA GALVAO
 Controle: 1131126 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 06/01/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- LEVE ESPOUNDILOSE CERVICAL.
- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICais BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 07/01/2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

JÓRIO NEIVA DE MOURA SANTOS

CPF: 867.604.833-91 4146

Profissional Responsável

Kleber Júnior Pimentel
 Matrícula: 0004
 SAMU-PI
 CONFERE COM O ORIGINAL

[Handwritten signature]

Polo ensaio: 06/01/19

TC de rotula mental

TC de rotula central. Si não o per/lost

Cd. da gata sempre a vez
- gota de sucoze

Dr. João Alfredo
Neurologista
CRM-PI 1000

07.01.19.

Paciente ritmo de andar de estocada.
com quadro de fx de ilíaco e fx pré-fx
(fx do 2º dedo + luxação do 3º dedo)

(D) Tertwege

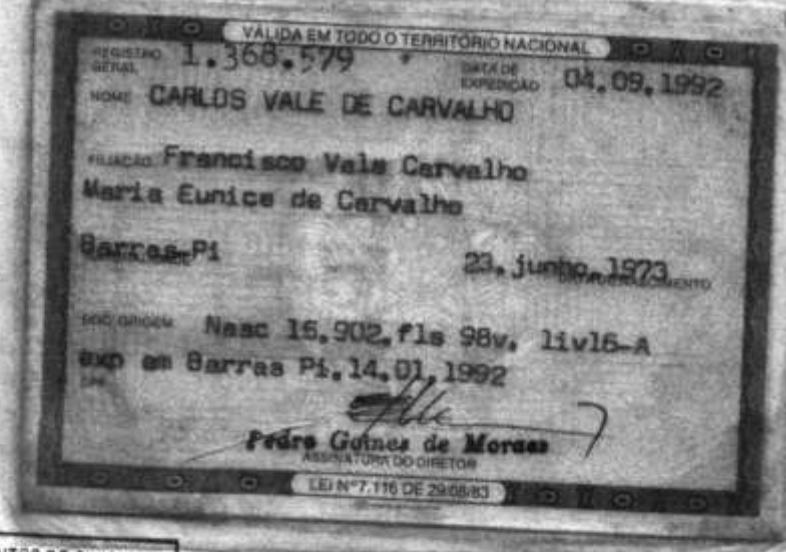
07.01.19

Paciente com PBO, internado após dor em região
de ombro/clavicula. D. suscita pulmão com
alterações, Paolo e de bôias com ruidos de pleura/
pneumotórax. Sua conduta é de emergência geral no
momento.

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3918 TEOT: 13135

ev. alta de cirurgia geral + encaminho a ortopedia.

Dr. Renato Aguiar
MEDICA
CRM-PI 5894



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

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



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **536.362.953-49**

Nome: **CARLOS DO VALE CARVALHO**

Data de Nascimento: **23/06/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/11/1992**

Dígito Verificador: **00**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI

Comprovante emitido às: **10:49:54** do dia **09/04/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A446.6086.64B6.57A4**



Este documento não substitui o "[Comprovante de Inscrição no CPF](#)".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	536.362.953-49	Carlos vale de Carvalho	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		CPF:	536.362.953-49
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Lavrador	Totalidade moto do cachorro	S/N	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona Rural	Barras	PB	64.100-000
E-mail:	(61) 9982-3093		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3436

CONTA: 0566

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento de identidade e CPF, permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância, nem a renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DERADA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
GENTE DE SEU
SEGURO S.A.
Cep 58010-000
l 09 ABR 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Barras - PB 08/04/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

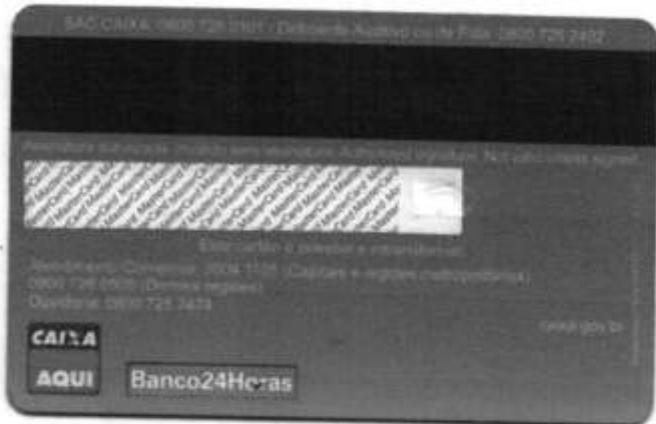
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000244/2019-17

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 18/02/2019 - 00:37

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

PROXIMO A PONTO DE RIO LONGA, Nº:

Complemento

515705

Data/Hora

06/01/2019 - 17:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLOS VALE DE CARVALHO

RG: 1368579 SSP PI

Vis: FRANCISCA VALE CARVALHO

Endereço: LOCALIDADE MATO CACHORRO, N°:

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

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

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA 125 FAN

Ano: Placa: Chassi:

2016 OEG7391 9C2JC6900JR310099

Renavam:

01149622811

Cor:

Vermelha

Condutor: EDSON CARVALHO BENAVIDES

End: BARRAS - PI Número: Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro:

Proprietário: MRIA DO SOCORRO BENEVIDES CARVALHO

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

INFORMA QUE NO DIA 06/01/2019, POR VOLTA DAS 17:00 HRS, ESTAVA SE DESLOCANDO NA MOTOCICLETA DE SUA ESPOSA, QUE ERA CONDUZIDA PELO NACIONAL EDSON CARVALHO BENEVIDES; QUE AO SE APROXIMAR DA PONTE DO RIO LONGA, FORAM BRUSCAMENTE FECHADOS POR UM CAMINHÃO, FAZENDO COM QUE EDSON PERDESSE O CONTROLE DA MOTOCICLETA E ATINGISSE UM PLACA DE TRÂNSITO, CAINDO NA VIA, QUE O NOTICIANTE DESMAIU E FOI SOCORRIDO POR VIZINHOS E POR EDSON, QUE PRATICAMENTE NÃO TEVE FERIMENTOS; QUE FOI TRAZIDO PARA HOSPITAL DE BARRAS - PI DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA - PI; QUE FICOU MAIS DE 24 HORAS INTERNADO NO HUT DEVIDO A FRATURAS NA CLAVÍCULA E NO DEDO DO PÉ ESQUERDO, TENDO SIDO FEITO NA CLAVÍCULA.

Geraldo Magela Veras Neto - Mat: 2861941
AGENTE DE POLÍCIA

CARLOS VALE DE CARVALHO - Noticiante
Responsável pela Informação



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

1156 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000244/2019-17

Delegado de Polícia





**GOVERNO
DO PIAUÍ**



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELOS

Hospital Regional
Leônidas Melo

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE: <i>Carlos Vale de Carvalho</i>	LEITO / ENFERMARIA 04104	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:		