

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: 000000000566-6

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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



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, Mário do Socorro Benevides Carvalho,

RG nº 1.134.748, data de expedição 30/12/13,

Órgão SSPIPI, portador do CPF nº 016.034.613-45,

com domicílio na cidade de Barras, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

localidade Mato do Cachorro, nº SIN,

complemento Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado 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: 9C2JC6900JR310099

Data do Acidente: 06/01/19

Local e Data: Barras PI 20/02/2019

Mário do Socorro Benevides Carvalho

Assinatura do Declarante

Edson Carvalho Benevides

Assinatura do Condutor

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





SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: U.S.B DATA: 06/01/2019
LOCAL DA OCORRÊNCIA: PT Barras à Botolha
NOME DO PACIENTE: Carlos Vale de Carvalho
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

SH 18:22
CB 18:28

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

- LERTA ☒
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDE A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

- IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐

FALA:

- NORMAL ☐
CONFUSA ☒
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

- ORTE ☒
RACO ☐
USENTE ☐
☐

SANGRAMENTO:

- AUSENTE ☐
MÍNIMO ☐
MODERADO ☒
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL 100x20
PULSO 59
RESPIRAÇÃO 16
SP02 96
91.13
36.5°C

OBSERVAÇÕES: paciente masculino vítima de edificação de meio em placa
apresentando corte profundo no queixo e acima do olho direito
e corte profundo em MTD (pele) consciente, orientado.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ 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. de M

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

Ticiano Santos da Costa
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
SUS 7064472329/13

COREN PI 00182037

DEPARTAMENTO 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

Hospital Regional
Leônidas Melo

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

[illegible]



PIAÚ
10 DO ESTADO

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO

Hospital Regional
Leônidas Melo

CNPJ: 06.553.564/0002-19
Praça Monsenhor Bosen, 210 - Centro, CEP: 64100-000
Barras-Pi, Fone: (86) 3242-1544
E-MAIL: hrcionidasmelo@gmail.com

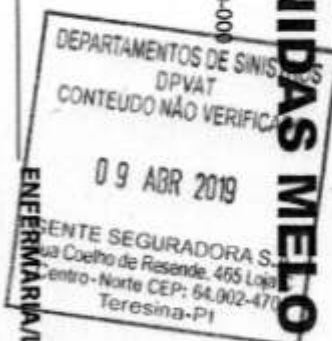
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
09 ABR 2019
AGENTE SEGURADORA S.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: AMÉLIO VILAS BOAS

NOME DO MÉDICO: ALMEIDA

Nº PRONTUÁRIO



ENFERMARIA/LEITO 04-04

ATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO ADM. MEDICAMENTOS	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
	Aspirina 100mg 1x1		1825 Paciente em observação
	Paracetamol 500mg 4x4		em clínica cirúrgica
	Insulina 113 mg/dia		relatório de evolução
			em sala de espera (52411)
			deve ser observado por enfermeiro
			caso necessário, acionar o médico
			para avaliação e tratamento
			de acordo com o plano de
			tratamento.
			04-100V80mmHg - GC=113mg/dl
			4402 96/64, Glic: 36,5°C
			Tratamento de Sinais Vitais por
			Aux. Enfermagem
			COREN-PI 52551
			SUS-704 22.12.8747.7.82



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: U.S.B DATA: 06/01/2020

LOCAL DA OCORRÊNCIA: PT. Barras - J. Batilha

NOME DO PACIENTE: Carlos Vale de Carvalho

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 23/06/1973

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 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 ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

- IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐

FALA:

- NORMAL ☐
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

- FORTE ☒
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

- AUSENTE ☐
MÍNIMO ☐
MODERADO ☒
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL: 102 x 80
PULSO: 59
RESPIRAÇÃO: 16

OBSERVAÇÕES

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ 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: M.R. de M.

Teciano Santos da Costa
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

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

SUS-898 0089 01491686

 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - BARRAS - PI BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIO E DE URGENCIA					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
NOME DO PACIENTE <i>Carlos Vale de Carvalho</i>					
DATA DE NASCIMENTO <i>23.06.73</i>		PROFISSÃO		SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	
FILIAÇÃO					
PAI <i>Francisco Vale Carvalho</i>					
MÃE <i>Maria Eunice de Carvalho</i>					
ENDEREÇO <i>Loc Mato Cochovo</i>					
MUNICÍPIO <i>Barras</i>		ESTADO <i>PI</i>		CEP	
DADOS SOBRE ATENDIMENTO					
DATA DO ATENDIMENTO <i>06.01.19</i>		HORA		<i>Assinatura de Souza, Rodrigo</i> <i>Enfermeiro</i> <i>Coren - PI 19.351</i> <i>SUS: 161201360</i>	
MOTIVO DO ATENDIMENTO					
<i>Vítima de Acidente Motorístico, trazido pelo SAMU. Lesão contusa quixo. Suspeita de fratura do fêmur.</i>					
PA= <i>100 x 80 mmHg</i>		SUSPITO DE FRATURA			
GC= <i>113 mg/dl</i>		LABORATÓRIO			
SAT= <i>96%</i>		DIAGNOSTICO			
FE= <i>59 bpm</i>		<i>Tipa HAS, DM, Alcoolismo</i>			
<i>Alcoolizado, vítima de trauma frontal.</i>					

um 3º procedimento p.e.



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



Hospital Regional
Leônidas Melo

SUS

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME

Carla Jane de Carvalho

IDADE

SEXO

MASC.

FEM.

CLÍNICA

AMBULATÓRIO

INTERNO

ENDEREÇO

DADOS CLÍNICOS

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)

Ac. para monitorar

Rx Cirurgia

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

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)

DEPARTAMENTO 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

Carla Jane de Carvalho
CNPJ nº 06.521.133/00
CNPJ nº 06.521.133/00
CNPJ nº 06.521.133/00



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

NOME DO PACIENTE: Carlos Vale de Carvalho

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".

1

**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

ORTO

~~NEURO~~

Rui Gerd - OK

BOLETIM DE ENTRADA (BE)NHEO 14.40
07/11/19

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: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Déficit neurológico agudo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE ENCAMINHADO DE BARRAS COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEGUIDO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA (SIC) E OTORRAGIA ESQUERDA, EVOLUINDO COM DOR E MOBILIDADE PREJUDICADA DE CLAVICULA DIREITA. APRESENTANDO LESÃO EM FACE. ECG = 15. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.		Em: 06/01/2019 22:30:38

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja 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/m ²	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE COLISÃO AUTOMOBILÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 6 HORAS. , REERE PERDA DE CONSCIÊNCIA, OTORRAGIA, DOR EM OMBRO D, COM PERDA DA MOBILIDADE. NEGA VÔMITO. A) VIAS AERIAS PÉRVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. B) MV + BT, SEM RA. C)BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN INOCENTE, PÉLVE ESTÁVEL.F D) GLASGOW: 15, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA, PUPILAS FOTOREFLEXAS E ISOCÓRICAS E) MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES, EM FACE.

RAIO-X REALIZADO

RAIO-X REALIZADO

Distância:

Técnico:

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares: (1131125) - T.C. DE CRÂNIO (1131126) - T.C. DE COLUNA CERVICAL (1131127) - TORAX PA E PERFIL

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:		
Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA: :

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3918 TEOT. 13135ALEXANDRE SANTANA OLIVEIRA GALVAO
CRM PI 5861 Em: 06/01/2019 22:53:54



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 477061982	Nº REGULAÇÃO: 55747	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7569963 - CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - (86) 3233-9049		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA 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 VÁRIOS FERIMENTOS CONTUSOS: REGIÃO MENTONIANA, REGIÃO TEMPORAL DIREITA E CONTUSÃO COM ESCORIAÇÃO REGIÃO CLAVICULAR DIREITA COM FRATURA OSSEA, OTORRAGIA OUVIDO ESQUERDO ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA: NÃO NECESSITA HEMOGLOBINA (0 A 50 G/DL OU NÃO INFORMADO): NÃO INFORMADO GLICEMIA (0 A 500 MG/DL OU NÃO INFORMADO): 113 MG/DL ESCALA DE GLASGOW (0 A 15 OU NÃO INFORMADO): 14 SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO (0 A 100 % OU NÃO INFORMADO): 96% FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (0 A 80 RPM OU NÃO INFORMADO): 19 IPM FREQUÊNCIA CARDÍACA (0 A 180 BPM OU NÃO INFORMADO): 59 BPM PRESSÃO ARTERIAL (EM MMHG OU NÃO INFORMADO): 100 X 80 MMHG

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:

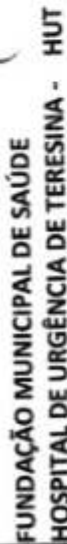
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:



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

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





Corvidor externo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Carlos Vitor de Camargo

Diagnóstico pré-operatório

Fratura Clavícula (D) + fratura Antebraço (E)

Operação - Tipo

RAFI-Clavícula + fixação percutânea

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

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O curado

Relatório Imediato do Patologista

Φ

Acidente Durante a Operação

Φ



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

- Paciente sob anestesia - Anestesia e Antipsiquiatria
- Aceno sobre Clavícula (D) - flutuação
- Redução e fixação da Placa Rec. e Placas 3.5
- Remoção - Suturas ps. planos - Curativo - Tipologia
- Anestesia Antipsiquiatria pe (E) - Redução
- Fixação percutânea artros. L. x L. e L. x L.
- Curativo.

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 Vole do Carvalho Sala: Alergia: Nega Data: 08/01/19
Procedimento: Fratura clavícula @ + antebraço Cirurgião: Ceio Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Lido 2% CV	01	20ml											
2 Ropiv	01	20ml											
3 Aforolona	02	02g											
4 Bupivacaína	01	10											
5 Plavet	01	10											
6 Dexta	01	10											
7 Dipirone	02	2g											
8 Probenid	01	100											
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
N2O													
Volatil	%												



Acesso Vascular

- Periférico mão
- 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
- Raqui-anestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito: dorsal

SPO2 (%)	98 / 98 / 98 / 98 / 98 / 98 / 98 / 98
ETCO2 (mmHg)	
Aces. Venoso	
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	



Descrição da Anestesia:

Dr. Luiz Mamede D. de Castro
Anestesiologista/DOR
CRM-Pi 10000



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: 23/05/1973 Idade: 45a6m14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 701702
Requisição: 908477 Solicitação: 06/01/2019 Solicitante: ALEXANDRE SANTANA OLIVEIRA GALVAO
Controle: 1131125 Convênio: S U S

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 HIPERDENSO 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.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 07/01/2019

JÓRIO NEIVA DE MOURA SANTOS

CPF: 867.604.833-91 4146

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

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: S U S

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 ESPONDILOSE 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



JÓRIO NEIVA DE MOURA SANTOS

CPF: 867.604.833-91 4146

Profissional Responsável



do mesmo: 06/01/19

TC de nome: Marcelo

TC de nome: Marcelo: 87 anos o/pou/lemb

cd. a qual sempre a reger
- gite de sangue

Dr. João Alfredo
Neurologia
CRM 13.135

070519

Paciente vítima de acidente de motocicleta
com quadro de fr de clavícula de fr r^o e l
(fr de 2º d^o + fr de 3º d^o)
cd ① Ferimentos

07.01.19

Paciente em PSE, referiu ap^o dor em região
de ombro/clavícula D. Ausculta pulmonar sem
alterações, Rx de tórax sem sinais de pneum
Pneumotórax. Sem conduta de urgência geral no
momento.

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

cd alta de urgência geral + encaminhado a ortopedia.

Dr. Renata Aguiar
MEDICA
CRM-PI 6894

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




CARLOS VALE DE CARVALHO
ASSINADO EM TERESINA

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 1.368.579
DATA DE EXPIRAÇÃO 04.09.1992
NOME CARLOS VALE DE CARVALHO
FILIAÇÃO Francisco Vale Carvalho
Maria Eunice de Carvalho
Barras-PI 23. junho 1973
SEX MASC Nasc 15.902, fls 98v, liv 16-A
exp em Barras PI, 14.01.1992
Pedro Gomes de Moraes
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29.08.83

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 ECONOMIA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CIC
Nº DE INSCRIÇÃO 536362953 49
NOME COMPLETO CARLOS DO VALE CARVALHO
NASCIMENTO 23-06-73
ASSINATURA Carlos do Vale Carvalho
TERA VALORADO DEVIDENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CIVIL E DE SERVIDOR PÚBLICO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS
PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DO DEPARTAMENTO DA RECEITA FEDERAL
CAMPO DO AGENTE CARVALHO
03.06.01-0
21.08.92
ARF-CAMPO MAIOR-PI
Procurador das Finanças Públicas
NOME MATRICULA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO
REGULADO POR INSTRUÇÃO NORMATIVA DO SRF

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**

Digito Verificador: **00**



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.)

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

Nome: MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAS: 1457994 SSP PI

CPF: 703.754.703-44 DATA NASCIMENTO: 10/09/1971

RELACÃO: LUIS PROCEDONIO DA SILVA, MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT: B

Nº REGISTRO: 02851011130 VALIDEZ: 15/12/2022 P/ HABILITAÇÃO: 29/04/2003

OBSERVAÇÕES: A

Assinatura do Titular: Maria do Carmo Procedonio da Silva

LOCAL: TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO: 20/12/2017

Assinatura do Registrador: ARÃO MARTINS DO REGO LORRÃO

70615801046
PI320021300

PIAUI

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

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: 536.362.953-49 Nome completo da vítima: Carlos vale de Carvalho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Carlos vale de Carvalho CPF: 536.362.953-49

Profissão: Lavrador Endereço: localidade moto do cachorro Número: S/N Complemento: _____

Bairro: Zona Rural Cidade: Barras Estado: RJ CEP: 64.100-000

E-mail: _____ Tel (DDD): 86/99982-3093

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 3436 CONTA: 0566 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda 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 a Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da indenização, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 ABR 2019

GENE SEGURO S.A.
Cidade de Recife, 465 Lda C
CNPJ nº 06.908.640/02-470

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 - RJ 08/04/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

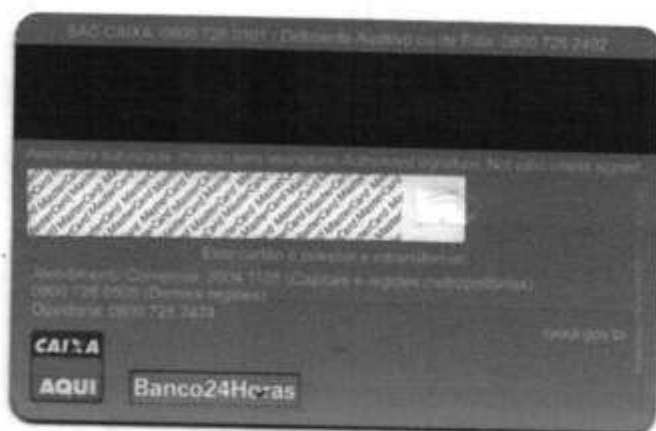
2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.





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

515705

Data/Hora

DP DE BARRAS

06/01/2019 - 17:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

PROXIMO A PONTO DE RIO LONGÁ, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLOS VALE DE CARVALHO

ID: 1368579 SSP PI

Vilão: FRANCISCA VALE CARVALHO

Endereço: LOCALIDADE MATO CACHORO, Nº

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:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA 125 FAN

OEG7391 9C2JC6900JR310099

01149622811

Vermelha

Condutor: EDSON CARVALHO BENAVIDES

End: BARRAS - PI Número: Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro:

Proprietário: MARIA DO SOCORRO BENEVIDES CARVALHO

Cidade: BARRAS UF: PI 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 LONGÁ, 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 DESMAIOU E FOI SOCORRIDO POR VIZINHOS E POR EDSON, QUE RPATICAMENTE 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. 2851941
AGENTE DE POLÍCIA

CARLOS VALE DE CARVALHO - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000244/2019-17

Delegado de Polícia





SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



PREFETURA DE Barras

Justiça, construindo o futuro

AMBULÂNCIA ACIONADA: U.S.B DATA: 06/01/2019

LOCAL DA OCORRÊNCIA: PT Barras à Batalha

NOME DO PACIENTE: Carlos Vale de Carvalho

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

SH 18:22
CB 18:28

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

- LERTA ☒
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDE A DOR ☐
SEM 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

SPO₂ 96
94.3
36.5°C

OBSERVAÇÕES: paciente masculino vítima de edificação de mão e mola
apresentando corte profundo no queixo e acima do olho direito
e corte profundo em MTB (pé) com ferimento, orientado.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ 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: U.S.B

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

Ticiano Santos da Costa
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
SUS: 708.607.732-9/13
COREN PI 081.821.051



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO 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**

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

[illegible]