

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

19/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531, 25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO SARAIVA FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05792-4

CONTA: 000000032018-8

Nr. Autenticação

BRDESCO1910201705000000000023705792000000032018253125 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170534149

Cidade: Cabeceiras do Piauí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO SARAIVA FILHO

Data do acidente: 07/07/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA DISTAL DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PERNA E EM TORNOZELO DIREITO AO DEAMBULAR, COM EDEMA LOCAL, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUIE CORRER, ANDA COM MULETAS, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2017

Carta nº: 11842036

A/C: JOAO SARAIVA FILHO

Sinistro: 3170534149 ASL-0385517/17
Vítima: JOAO SARAIVA FILHO
Data Acidente: 07/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO SARAIVA FILHO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005792-4

Conta: 0000032018-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





SUS 10727116476.00001

 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO - BARRAS - PI BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIO E DE URGENCIA 		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE <u>João Saraiva Filho</u>		
DATA DE NASCIMENTO <u>28 09 1946</u>	PROFISSÃO	SEXO MASC ☒ FEM ☐
FILIAÇÃO		
PAI <u>João Saraiva da Moura</u>		
MÃE <u>Delegacia Saraiva</u>		
ENDEREÇO <u>São Bento</u>		
MUNICÍPIO <u>Cabocuro</u>	ESTADO <u>PI</u>	CEP
DADOS SOBRE ATENDIMENTO		
DATA DO ATENDIMENTO		
HORA		
MOTIVO DO ATENDIMENTO		
<u>Pte. rubra dor em MID após acidente de</u> <u>tráfego. Menor Hx. DM e exames médicos</u> <u>normais.</u>		
<u>P.A. 160x100 mmHg.</u>		
<u>Enfermeiro</u>		
DIAGNOSTICO <u>OREN-PI: 369.308</u>		
<u>FRATURA ABERTA / FEMUR</u>		
<u>PIE</u>		

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS	
<u>Rx de pulso (D)</u>	
TRATAMENTO REALIZADO	
<u>Ultrassom # 012</u> <u>pro am</u>	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
CONSULTA BÁSICA ☐	CURATIVO ☐
AEROSOL ☐	RETIRADA DE PONTO ☐
DRENAGEM DE ABCESSO ☐	PRESSÃO ARTERIAL ☐
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO ☐	
PEQUENA CIRURGIA ☐	
SUTURA SIMPLES ☐	
TERAPIA MEDICAMENTOSA ☐	
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO ☐	
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE	
<u>[Assinatura]</u>	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL	
<u>[Assinatura]</u>	

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002-970

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
D.P.S.I.
CONTROLE NA VERIFICAÇÃO
DATA: 01/01/2002

BLATRAS

HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS NELO

Pleia Meneses Soc. - Centro
 CEP: 64.150-000 - Centro - Fone: (33) 3742-4330
 CNAJ: 12.027-706001-07 - CNAJ: 12.027-706001-07 - CNAJ: 12.027-706001-07



HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS NELO

Sus 10 72 71 16 476 0000

FOLHA DE ADMISSÃO

Rg. 70.975

Folk 994641136

Nome do Paciente

Nº Registro

João Saraiva Filho

800676

Sexo

Data Nascimento

Nome da Mãe

M

28-09-1946

Georgina Saraiva

Nome do Pai

Responsável

João Saraiva de Moura

Endereço

Município

Rua São Bento

Cabeceiras

Procedência

Data de Internação

Data de Alta

Tipo de Alta

07-07-17

12-07-17

Transferido

Responsável

Endereço

RESUMO DA ATUA

Diagnóstico

Procedimento Realizado

Anamnese

Set. 11.07.2017 para HPM função em
 PRTOVA para REANIMAR paciente com
 uma única lesão extensa

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 03/001, 2017
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Assinatura Médica
 12/07/2017
 12/07/2017

MEDICO

Entre em...



Phone: (86) 3242-1336 / Fax: (86) 3242-1114

CNPJ: 06.553.564/0002-19

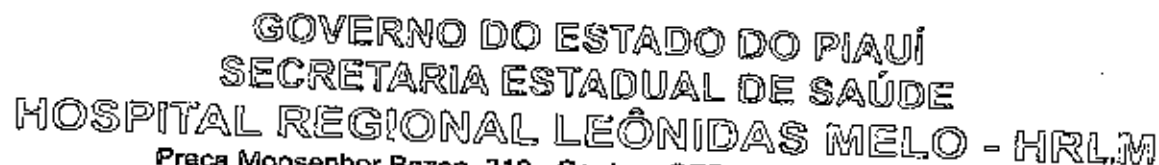
E-mail: hrleonidasmelo@hotmail.com



FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: <u>M. S. SILVA</u>		ENFERMARIA/LEITO <u>04-02</u>	FOLHA DE PRESCRIÇÃO
NOME DO MÉDICO: <u>DR. V. M.</u>			Nº PRONTUÁRIO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES
	<i>Prontuário 11/12/17</i> <i>Prontuário 11/12/17</i>		<i>Prontuário 11/12/17</i> <i>Prontuário 11/12/17</i>
27	<i>Prontuário 11/12/17</i> <i>Prontuário 11/12/17</i>		<i>Prontuário 11/12/17</i> <i>Prontuário 11/12/17</i>
27	<i>Prontuário 11/12/17</i> <i>Prontuário 11/12/17</i>		<i>Prontuário 11/12/17</i> <i>Prontuário 11/12/17</i>
17	<i>Prontuário 11/12/17</i> <i>Prontuário 11/12/17</i>		<i>Prontuário 11/12/17</i> <i>Prontuário 11/12/17</i>



Praça Monsenhor Bozon, 210 - Centro - CEP: 64.100-000 - Barras-PI
Fone: (86) 3242-4326 / 3242-4327

Fone: (86) 3242-1336 / Fax: (86) 3242-1114

CNPJ: 06.553.564/0002-19

E-mail: hrleonidasmelo@hotmail.com



HOSPITAL GENERAL
LEONARDO ARIAS

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: JOÃO VICTOR DA SILVA

ENFERMARIA/LEITO

Nº PRONTUÁRIO

NOME DO MÉDICO:

Copy 111

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES
11/04/2017	Agente de Saúde F. de B. e R. e R. (F. de B. e R.) 1) 1000mg Paracetamol 2) 1000mg Paracetamol + 100mg IPR + 100mg IPR 3) 1000mg Paracetamol + 100mg IPR + 100mg IPR 4) 1000mg Paracetamol + 100mg IPR + 100mg IPR 5) 1000mg Paracetamol + 100mg IPR + 100mg IPR	(M) 11/04/2017	1) 1000mg Paracetamol + 100mg IPR + 100mg IPR 2) 1000mg Paracetamol + 100mg IPR + 100mg IPR 3) 1000mg Paracetamol + 100mg IPR + 100mg IPR 4) 1000mg Paracetamol + 100mg IPR + 100mg IPR 5) 1000mg Paracetamol + 100mg IPR + 100mg IPR

DEPARTAMENTU DDE SINDICATU OPVAT	03 OUT. 2017	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465, loja 4 3ª. Av. Nandacip, 6A.002279
-------------------------------------	--------------	--



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - HRLM

Praça Monsenhor Bozon, 210 - Centro - CEP: 64.100-000 - Barras-PI
Fone: (86) 3242-1336 / Fax: (86) 3242-1114
CNPJ: 06.553.564/0002-19
E-mail: hrleonidasmelo@hotmail.com

Vigilância
Sanitária



FOLHA DE PRESCRIÇÃO

NOME DO PACIENTE:

NOME DO MÉDICO:

ENFERMARIA/LEITO

Nº PRONTUÁRIO

04 / 01

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO

OBSERVAÇÕES

10/01/2017

1) Mela HRLM
2) Mela HRLM com 100mg de ampicilina
3) HCL de ampicilina
4) Lidocaina 2% SC 1ml
5) Vitamina K 1ml
6) Vitamina K 1ml
7) Vitamina K 1ml
8) Vitamina K 1ml
9) Vitamina K 1ml
10) Vitamina K 1ml

1) Mela HRLM
2) Mela HRLM com 100mg de ampicilina
3) HCL de ampicilina
4) Lidocaina 2% SC 1ml
5) Vitamina K 1ml
6) Vitamina K 1ml
7) Vitamina K 1ml
8) Vitamina K 1ml
9) Vitamina K 1ml
10) Vitamina K 1ml

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRÁFICO
COLETO DE IMÓVEL VERIFICADO
03 OUT. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 455 Loja 6
Centro - Niterói CEP: 24.020-000



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - HRLM

Praça Monsenhor Bozon, 210 - Centro - CEP: 64.100-000 - Barras-PI

Fone: (86) 3242-1336 / Fax: (86) 3242-1114

CNPJ: 06.553.564/0002-19

E-mail: hrleonidasmelo@hotmail.com

Cirurgia Saneadora



HOSPITAL REGIONAL
LEÔNIDAS MELO

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

OME DO PACIENTE: <i>Roberto Almeida</i>	ENFERMARIA/LEITO: <i>04/02</i>	Nº PRONTUÁRIO
OME DO MÉDICO:		

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO	OBSERVAÇÕES
1	<i>11 Frasco Dito e glând</i>		
2	<i>1 Dito Lopermida</i>		
3	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 6/6h</i>		
4	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
5	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
6	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
7	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
8	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
9	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
10	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
11	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
12	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
13	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
14	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
15	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
16	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
17	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
18	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
19	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
20	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
21	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
22	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
23	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
24	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
25	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
26	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
27	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
28	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
29	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
30	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
31	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
32	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
33	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
34	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
35	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
36	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
37	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
38	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
39	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
40	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
41	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
42	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
43	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
44	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
45	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
46	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
47	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
48	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
49	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
50	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
51	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
52	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
53	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
54	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
55	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
56	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
57	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
58	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
59	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
60	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
61	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
62	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
63	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
64	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
65	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
66	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
67	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
68	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
69	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
70	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
71	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
72	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
73	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
74	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
75	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
76	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
77	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
78	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
79	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
80	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
81	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
82	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
83	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
84	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
85	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
86	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
87	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
88	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
89	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
90	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
91	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
92	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
93	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
94	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
95	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
96	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
97	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
98	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
99	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		
100	<i>1 Dito 500mg - 1cp, vo, 12/12h</i>		

Dr. Antônio H. (Cirurgião) 0421

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja 1
3º Andar - Monte CEP: 64.072-470

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DE VIGILÂNCIA
CONTENDO PROVERBIALMENTE

11:35 PA=170X6mmHg
Comunicação médica o mesmo
Análise médica
19:35 PA=140X80mmHg
Paciente idoso segue sem
queixas algias no momento.
Resumido: Sinais de vitalidade

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA

LAUDO MÉDICO PARA JUSTIFICAÇÃO UF:

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE OXIGENADORES
☒ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTAL
☐ VACINA ANTI RH

HOSPITAL MUNICIPAL LEÔNIDAS MELO

PACIENTE: João Samirio Filho

PROCEDIMENTO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: DR. TALLEYRAND

JUSTIFICATIVA:

PACIENTE NECESSITA DE ACOMPANHANTE

DATA 08/07/17

Dr. Talleyrand José Paes de Sousa
CRM 30611
CPF 133.052.152-03

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 OUT. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.05247C

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR:

DATA ____/____/____

ASSINATURA - CPF



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL LEONIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:	Para: <i>H P M</i>
Nome da pessoa encaminhada: <i>MAR GARCIA RIBEIRO</i>	Registro: <i>2017070724526</i>
Motivo do encaminhamento: <i>ref. ex. exames laboratoriais HbA1c / glicose glicemia @</i>	

Observações:

--

Data: <i>12.02.17</i>	Résp. p/ encaminhamento: <i>[assinatura]</i>	Obs: Deve ser arquivado no centro de Saúde Unidade Mista e Hospital Local ou Regional
-----------------------	--	--

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para:
Nome do Cliente:	Registro Original:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]
03 OUT. 2017

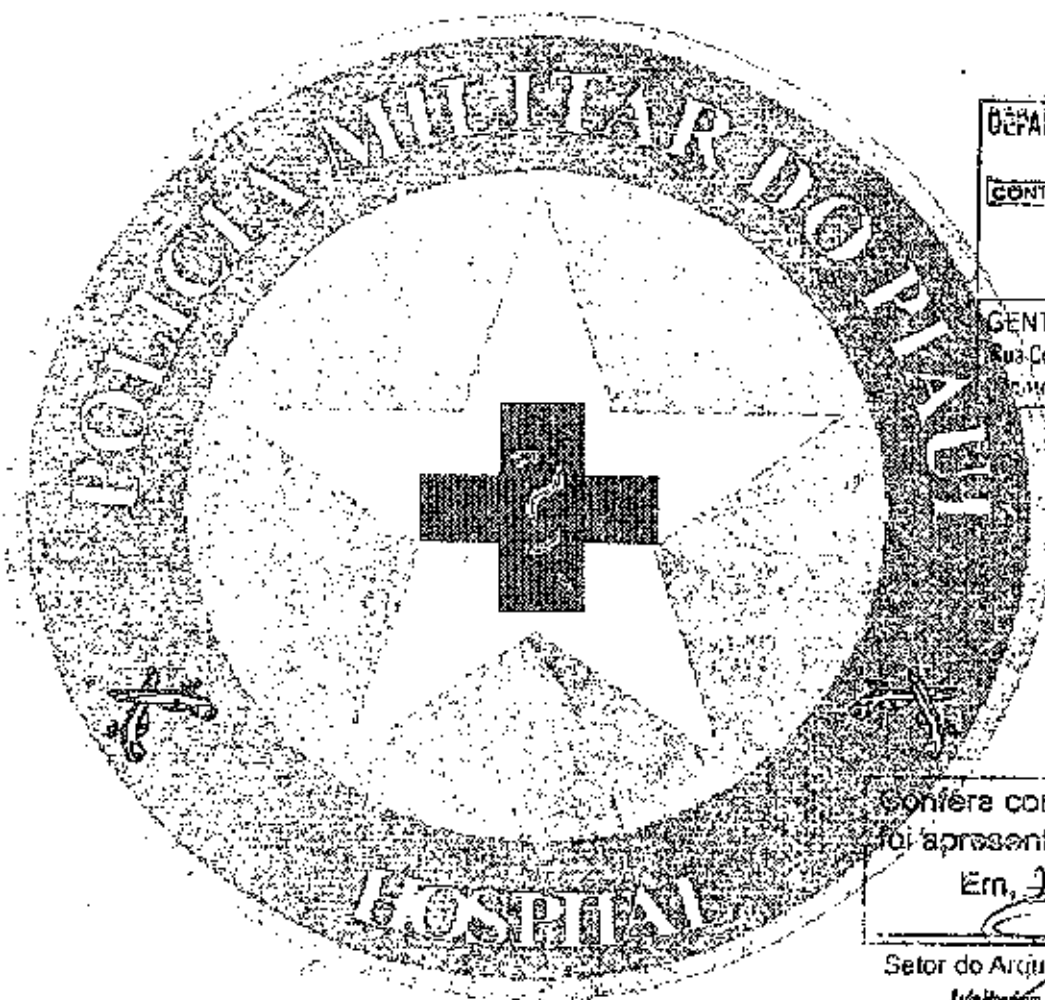
Diagnóstico e Orientações:

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.007-740

Data: <i>12/02/17</i>	Résp. p/ diagnóstico: <i>[assinatura]</i>	Obs: Esta ficha deverá ser devolvida ao Hospital de origem através do Gráfico Paciente devidamente fechada.
-----------------------	---	---



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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 OUT, 2017

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Bairro - Norte CEP: 64.052470

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

Em, 26/09/17

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

Luiz Henrique Vasconcelos dos Santos
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI
RG: 108108183-2 Matr. 144959

NOME DO PACIENTE:

João Sampaio Filho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

257464/17

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERVENÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR

3 - Nome do estabelecimento executor:
HOSPITAL POLICIA MILITAR

5 - Nome: **JOAO SARAIVA FILHO**

7 - CNS: **107271164760000**

11 - Mãe: **GEORGINA SARAIVA**

13 - Resp: **JOAO VITOR NUNES SARAIVA**

15 - Endere: **POVOADO SAO BENTO**

16 - Munic: **CABECEIRAS DO PIAUI**

8 - Nascimento: **28/09/1946 02:00**

9 - Sexo: **M** CPF: **85-9.95707209**

12 - Fone: **85-9.95707209**

14 - Cor: **PARDA**

17 - Cod. IBGE: **220205** 18 - UF: **PI**

19 - CEP: **64105-000**

8 - Prontuário: **267464**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Queda
você a terra*

21 - Condições que justificam a internação:

SA

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

AX

23 - Diagnóstico Oficial:

Fratura de fêmur

24 - Cid Princ.: **S82.3**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Asa.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.: _____

27 - Procedimento Solicitado:

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Caracter.: **02**

Ident.: **1**

31 - Documento:

CPF

32 Doc. Med. Solic.:

85265386491

Tempo SUS

33 - Nome Profissional / Assistente

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

12/07/2017

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE, Empresa

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimbo (R3 Carimbo)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

João Vitor Nunes Saraiva

Usuário: **MARIA DORES**

Consulta Local:

Consulta SUS: **201707070000**

Impressão: **13:44:00**

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

CNS 1.1

AIH Nº: **02171000000000000000**

UNIDADE: **HOSPITAL DA POLICIA MILITAR**

DATA: **12/07/2017**

VALOR: **100,00**

VALOR: **100,00**

VALOR: **100,00**

VALOR: **100,00**

107271164760000
85-9.95707209
267464

Atendimento

399371



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	FICHA DE PRONTUÁRIO		12/07/2017
SIM ☐ NÃO ☐	Nome: JOAO SARAIVA FILHO		Pront.: 267484
IDEM OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 28/09/1946 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM ☐ NÃO ☐	Atendimento: 399371	Enfermaria: POSTO II	ENF 203 LEITO
CLÍNICA	Leito: 203		
	Pai: JOAO SARAIVA DE MOURA		
	Mãe: GEORGINA SARAIVA		
Médico Assistente	RG: 70975		
	Residência:		
Permanência			
CLÍNICA			

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames	DEPARTAMENTO DE SINISTROS a Que Foi Submetido.
<i>Doença</i>	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
	03 OUT. 2017
	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Cerro - Norte CEP: 64.062-70

DIAGNÓSTICO		
Provisório:	<i>Doença</i>	CID: <i>38.2</i>
Principal:	<i>Doença</i>	CID: <i>38.2</i>
Procedimento:	<i>Doença</i>	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo. Patológico
<i>Doença</i>		<i>Doença</i>

TRATAMENTO			
Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico	<i>Doença</i>	<i>Doença</i>	☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO		
Data/Hora de Internação	Data da Alta	Data de Hospitalização
12/07/2017 13:07:17	30/07/2017	/ /

ALTA		
Saída	Transferência	Óbito
☒ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico	☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE <i>Doença</i>	Assinatura: <i>Doença</i>
-------------------	---------------------------

ren. 28.07.96



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 28 / 07 / 96
Nº DO PRONTUÁRIO 263464 SALA 05
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

(1) F 12 vs h
(2) 2 - M 9 u
(3) A A - r - c
(4) F 12 vs h
(5) h - f - r - c
(6) h - f - r - c
(7) h - f - r - c
(8) h - f - r - c
(9) h - f - r - c
(10) h - f - r - c

Dr. Carlos Lima Júnior
Ortopedia/Traumatologia
CRM 2313

Loja Heringer e Companhia Ltda
Rua do Comércio, 100 - Fone: 0311-2111
RG: 10315733-0/14059

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Marcos

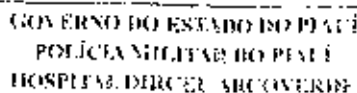
Circulante: Mario / Pêlo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 OUT. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosme de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002476



BOLETIN DE ANESTESIA

DATA: 25-07-17
Nº DO PROCESSO: 087454-07
CÓD DA CIRCUNTA

João Sampaio Filho
 PROD. João Fial Tibia, Diretor
 GRAM. Edmar
 INSTR. Marcos
 RIA
 70 M. 254 II
 203-91
 149
 07

ORIGENIO
1997
5000 - 5000

1907-1907

④ Imp. in Δ in 125 sec 10 mg
 ⑤ fountain 25 mg / Reg

Gefäßlose Sp.
 Spinose Sp.
 Schützen Lapp.
 Chelidonium 4mg
 Menthol 1mg
 Ev.
 //

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
1 PRIVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

0:3 OUT. 2017

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

1000

இந்தியாவில் அரசியல்

දිග්ගාමය: 200 ක්. අග්නිදිශා

Requ: L-Ly, 25%, liquor caro A+B

~~SECRET~~
PAGE
~~SECRET~~

~~XXXXXX~~

Artemisia	_____	Amp
Asplen. adn.	_____	Amp
Asplen. m.	_____	Amp
Betula	_____	Amp
Bismuthum	_____	Amp
Celastrum	_____	Amp
Columba	_____	Fr
Cynodactylon	_____	Fr
Cladonia	_____	Amp
Cnidium	_____	Fr
Cyananthus	_____	Amp
Cypripedium	_____	Amp
Dactylis	_____	Amp
Daphne	_____	Amp
Dioscorea	_____	Amp
Dracopis	_____	Amp

[illegible]

Makazodon	01	r
Aksharabazal		f
Kleasina Panu	af	Anu
Harcan		209
Norabupi 0.5%		f
Nubam		Anu
Candana	P. 0.5% V	F
Gadacina 0.5% Kshar		56
Mosambika		F
Diprosoma		F
Ondrastraha	at	Anu
Paku Gai		F
P. utinaka		Anu
Proced		f

Telephone	01
Post office	01
Electricity	01
Gas	01
Water	01
Drainage	01
Sanitation	01
Fire	01
Police	01
Health	01
Education	01
Religion	01
Amusement	01
Other	01

சிறைகளில் பி.டி.ஓ.களை நியமிக்க வேண்டும்

Posto Henrique A. Nascimento
MÉDICO
CRM-PI 4016



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 62340
PACIENTE: JOAO SARAIVA FILHO
NOME DA MÃE: GEORGINA SARAIVA
DATA DO NASCIMENTO: 28/09/1946
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 26/07/2017
DATA DO LAUDO: 31/07/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fraturas cominutivas, desalinhadas, localizadas nas extremidades distais da fibula e tibia, esta fixada por placa e parafusos metálicos.

Esporão retrocalcâneo.

Aumento do volume e da densidade das partes moles perimaleolares.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fraturas cominutivas, desalinhadas, localizadas nas extremidades distais da fibula e tibia, esta fixada por placa e parafusos metálicos.

Esporão retrocalcâneo.

Aumento do volume e da densidade das partes moles perimaleolares.

OBS: Tala gessada.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
03 OUT. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.007470

Localizado e identificado o conteúdo
em 03/10/2017
13/10/2017

Dra. Lúcia de Sampaio
CRM-Piauí 4173

LÚCIA RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3218-1520

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



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 62340
PACIENTE: JOAO SARAIVA FILHO
NOME DA MÃE: GEORGINA SARAIVA
DATA DO NASCIMENTO: 28/09/1946
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 26/07/2017
DATA DO LAUDO: 31/07/2017
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fraturas cominutivas localizadas nas extremidades distais da fíbula e tíbia, esta fixada por placa e parafusos metálicos.

Aumento do volume e da densidade das partes moles da perna.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fraturas cominutivas localizadas nas extremidades distais da fíbula e tíbia, esta fixada por placa e parafusos metálicos.

Aumento do volume e da densidade das partes moles da perna.

OBS: Tala gessada.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
BPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 JUL 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

LAUDO DE RADIOGRAFIA
DE 26/07/2017
45


Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-PI 4173
LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 60544

PACIENTE: JOAO SARAIVA FILHO

NOME DA MÃE: GEORGINA SARAIVA

DATA DO NASCIMENTO: 28/09/1946

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 13/07/2017

DATA DO LAUDO: 17/07/2017

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura completa, desalinhada, oblíqua, na diáfise distal da tibia e da fibula.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Esporão retrocalcâneo e subcalcâneo.

Calcificações ateromatosas em trajetos vasculares.

* Correlacionar com dados clínicos.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 03 OUT. 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.052-470

Luiz Antônio de Sousa Costa
CRM-PI 3326
R. 2. 1532-153


Naira Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhéus - Teresina-PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.158/0002-25

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

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83 - DECRETO Nº 80.290/83

703.754.703-4

TERMINAÇÃO PI

EXP. MIGUEL ALVES-PI 01/07/05

CERT. NASC. 24366 L 51 F 01V

DOC. ORIGEM

MIGUEL ALVES-PI

DATA DE NASCIMENTO 10/09/1971

MARIA HELENA DA SILVA

LUIZ PROCEDOMIO DA SILVA

FILIAÇÃO

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

REGISTRO GERAL

1.457.994

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/07/13

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CONTÊÚDO NÃO VERIFICADO

03 OUT. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Rio de Janeiro - RJ CEP: 20.024-010

ARTAMENTO DE BOMAS

DEPARTAMENTO DE BOMAS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0017104

SIGNATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCH _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, João Saraiva Filho
PORTADOR(A) DO RG Nº 70.975 EXPEDIDO POR SSP/PI EM 18/10/17
CPF 017372383-87 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Peão
E RENDA MENSAL DE R\$ Peão (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Saraiva Filho, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta tanto de depósito quanto de crédito);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

03 OUT, 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
SUA DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Loja C
CNPJ nº 06.022.276

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5792 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 32018-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

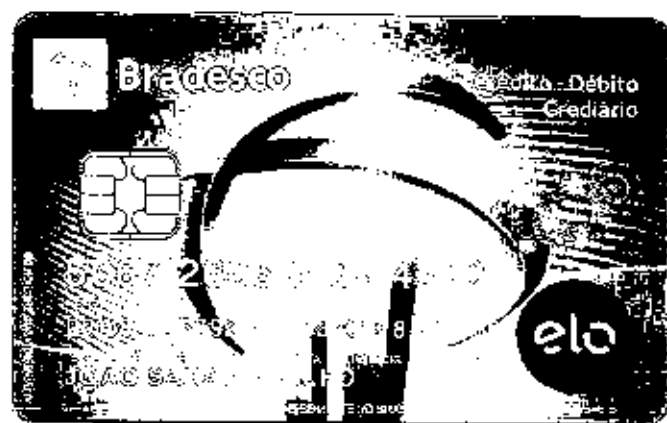
Labereiras, 02 de outubro de 17
LOCAL E DATA

João Saraiva Filho
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0321204.



DEPARTAMENTO DE SIMULAÇÃO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 OUT. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.092470

