

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: 27/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILDEVAM MATOS DA COSTA E SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03563

CONTA: 000000020796-7

Nr. da Autenticação 75381C68B932C759

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190037671 **Cidade:** Jerumenha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILDEVAM MATOS DA COSTA E **Data do acidente:** 12/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A SILVA

PARECER

Diagnóstico: Fratura Exposta do 5º Dedo da Mão Direita.

Descrição do exame físico: Paciente com fratura exposta do 5º dedo da mão direita, apresentando ao exame físico, cicatriz cirúrgica, dor local, diminuição da força muscular, deformidade e limitação dos movimentos da articulação local.
5º dedo da mão direita: ADM da articulação metacarpofalângica - Flexão - 0 a 20º. Extensão - 0 a 7º. Abdução - 0 a 5º. Adução - 0 a 5º.

Resultados terapêuticos: Paciente com fratura exposta do 5º dedo da mão direita; realizado tratamento cirúrgico; realizado tratamento fisioterápico; evolui com dor local, diminuição da força muscular, deformidade, e limitação dos movimentos da articulação local.

Alta médica definitiva: 22/11/2018;

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador (limitação funcional intensa da articulação metacarpo-falangeana do 5º dedo da mão direita).
Procedida avaliação médica na cidade de Floriano.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

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, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190037671

Vítima: GILDEVAM MATOS DA COSTA E SILVA

Data do Acidente: 12/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BENTO ALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILDEVAM MATOS DA COSTA E SILVA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: GILDEVAM MATOS DA COSTA E SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003563

Conta: 0000020796-7

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Clínica Ortopédica de Floriano

SOARES & MENDES LTDA.

CNPJ (MF) Nº 05.511.132/0001-00

DR. JOÃO SOARES JÚNIOR

Técnico Responsável - CRM-PI 2433

RELATÓRIO MÉDICO.

Relato para os devidos fins que, Gildevan Matos da Costa e Silva, portador da ID 10.10828-93, CPF 372.774.133-34, teve atendimento no HTN onde foi diagnosticado fratura mão direita onde foi tratado cirurgicamente. O paciente informa que sofreu acidente de motocicleta no dia 12/08/2018, teve alta definitiva no dia 22/11/2018, encontra-se após a alta com dor, edema aos esforços, diminuição da movimentação da mão direita de aproximadamente 30%, contratura em flexão do 4º e 5º dedos da mão direita e informa diminuição da força muscular da mão direita de aproximadamente 60%.

CID S62.3

Dr. João Soares Junior
Ortopedia-Traumatologia
CRM: 2433

Floriano, 22 de novembro de 2018.



CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Funcionario: MARIACLARA

Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA

Nasc.: 31/10/1969 Idade: 48 ANOS, 9 MESES, 12 DIAS Profissão:

End.: 13 JUNHO, 288 -

Cor: PARDA

Telefone: () -

Bairro: ALTO

Mãe: JOSONA MACHADO DE MATOS SILVA

Cidade: JERUMENHA/PI

CPF: - RG: - SUS: 898003938825571

Civil: CASADO(A) CEP: 648300

Pai: JOAO LUIZ DA COSTA E SILVA

Clinica: **ORTOPEDIA**

Documento: 0000 HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsavel: GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 180X120

Procedimentos

12/08/2018 18:01 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

12/08/2018 18:05 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clinico/fisico:

Vitens de exame de rotina e de
exames de rotina ()

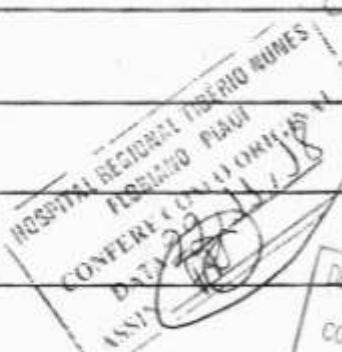
Diagnostico provavel:

Fx suspeita ()

Medicação:

Jd. nitrofurano fagocitico
Assinatura: Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 4315
Ass. Técnico

Procedimentos/exames realizados:



IN-08. Notificado pelo P.N.R. ()

CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Funcionario: MARIA CLARA

Hipo: LUNGSULIA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha **115**

CPF: - RG: SUS: 898003938825571

Civil: CASADO(A)

CEP: 648300

Cidade: JERUMENHA/PI

Pal: JOAO LUIZ DA COSTA E SILVA

GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA

Nasc.: 31/10/1969 Idade: 48 ANOS, 9 MESES, 12 DIAS Profissão:
End.: 13 JUNHO, 288 - Bairro: ALTO
IBGE: 2205300 Cor: PARDA Mãe: JOSONA MACHADO DE MATOS SILVA

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 0000 - ALDERIZA GOMES DO NASCIMENTO

Responsável: GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA - O MESMO

Procedimentos

12/08/2018 18:01 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco

Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

PACIENTE VITIMA DE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA MAO D + MULTIPLAS ESCORIAÇÕES

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 180X120 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

MEDICAÇÃO USUAL

VALSARTANA

CONDUTA

AO CLINICO



copiador

Aprendizado	1064346
Data:	12/08/2018
Horas:	19:02

BOLETIM DE ADMISSÃO

177043 - GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 31/10/1969 - 48 ANOS, 9 MESES, 12 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA

Enfermaria: E01- EXTRAS

Leito: EX02

Convênio: SUS

Médico: 4315 - FELIPE NUNES DE ALMEIDA

S/CPF: RG: C/N: SIS Prenatal:

E-Dereço: 13 JUNHO, Nº 288 - CEP: 64830000

Bairro: ALTO

CEP: 2205300- JERUMENHA/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: JOÃO LUIZ DA COSTA E SILVA

Mãe: JOSONA MACHADO DE MATOS SILVA

Responsável: GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA - () -- O MESMO

Diagnóstico Inicial - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Duraria de Acompanhante:

Sim

Não

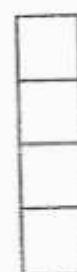
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

ASSISTENTE SOCIAL

Nelma Maria Alves da Silva Borges
Assistente Social
CRESS-2991 22ª Região/PI

Resultado Adm.: ____ / ____ / ____

Alta: ____ / ____ / ____



Curado
Melhorado
Inalterado
Piorado



Removido
Pedido
Evasão
Indisciplina

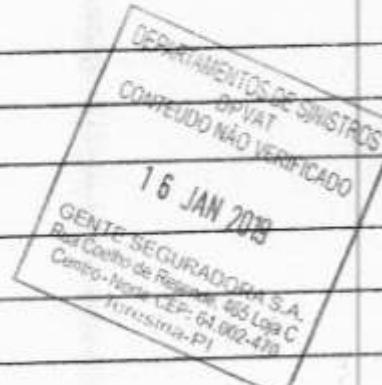


-48 Horas
+48 Horas
Obito

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável



FELIPE NUNES DE ALMEIDA



Hospital Regional Tibério Nunes



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

CHAMADA OPERATORIA

Nome do Cliente: GILVER VAN MECITO SOA COSTA E SILVA Data de nascimento: 34/11/01

Prontuário: 177043 Enf/ Leito: S-06 66550 Data do Procedimento: 12/08/1

Procedimento Cirúrgico:

Pulseira de Identificação: () Sim () Não Horário SSW: _____ T: 37 FC: 26 bpm FR: 94 lpm PA: 121/101

Glicemia Capilar: 166 mg/dl Acesso Venoso: () Periférico () Central (especificar local, calibre e nº de dias) QD

SNG () SNE () Drenos (especificar): _____ Jejun () Sim () Não A partir das:

Avaliação Pré-Anestésica: () Sim () Não Avaliação Cardiológica: () Sim () Não Utiliza Anticoagulante: () Sim () Não Último horário:

Sítio Cirúrgico Demarcado: () Sim () Não Adomos Relirados: () Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: () Sim - Retirada ()

Aljerizado: () Sim () Não Tricotomia: () Sim () Não Camisola, gorro e pro-pés: () Sim () Não

Mergias: () Sim Qual: () Não Exames essenciais disponíveis: () Sim () Não

Vulnicobiano Profilático: () Sim () Horário: _____
ronduário completo com ficha de internação () Sim () Não

OBSEVAÇÕES:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 64
Centro-Norte CEP: 64047-000
Teresina-PI

Flora do Encaminhamento ao CC:

Assinatura e carimbo:

Bento

ENFERMEIRO

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI

PREScrição MÉDICA	ALAS	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA	
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
Se Cesar Matos 721 81	23C				
ETA LIVRE					
LCO HIDROLISADO					
NITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	06				
:FALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	24	06			
PIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	24	06			
ATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	24				
YAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
EXANE 40MG - 04 AMP SC X/8/DIA					
ASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
IMPATORIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg					
JURATIVO					
SVV + CCGG ASSIN.					

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI**

ALTA PRESCRIÇÃO MÉDICA 13/05/18	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA	
			RELATÓRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
ATLIVRE			Nº 30; Realizado exame	
CO HIDROLISADO			ED da mão direita; Véu preto	
NITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			PR = 120X80 mmHg.	
FALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			20:37' Bon repouso no leito,	
IRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			calmo, orientado, sem queixa	
ATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS			Var olfato normal. PA = 120 X 80 mmHg.	
AMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
EXANE 40MG - 01 AMP SEC X/DA				
SIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
TOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
RATIVO		ON		
N + CCGG	Dr. Consegundes P Filho			
	Ortopedia Traumatologia			
	CRM: 25777			
	16 JAN 2019			
	DEPARTAMENTOS DE ENFERMAGEM CONTENDO NÃO VERIFICADO			
	GENTE SEGURO DRA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Centro, Flórida CLP, 64002-470			

FOLHA DE EVOLUÇÃO DE CURATIVO DA CLÍNICA:

ONTUÁRIO: _____ PACIENTE: _____

ENF: _____ LEITO: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO EM: 13 / 08 / 2013		EVOLUÇÃO DO CURATIVO EM: / /
alizado curativo em região (es) <u>nao ro de mao da mao</u> . Profundidade aprox: <u>10cm</u> . Tamanho aprov: <u>4</u> . Necrose branca/cinza()Esfacelo amarelo ()Tecido preto. Tecido granulação (). Exsudato ()sim ()não, tipo () c/odor/()s/odor _____. Realizado limpeza com SF 0,9%. <u>Cobertura: Sobre o tecido amarelo, com algodão</u> . OBS _____		Lesão(es) <u>Realizado curativo em região (es)</u> . Necrosado: <u>de tamanho aprov: Profundidade aprox: 10cm</u> . Tecido <u>Necrosado</u> : <u>()Necrose branca/cinza()Esfacelo amarelo ()Tecido preto. Tecido granulação (). Exsudato ()sim ()não, tipo () c/odor/()s/odor _____. Realizado limpeza com SF 0,9%.</u> Cobertura: <u>Sobre o tecido amarelo, com algodão</u> . OBS _____
ASS./COREN DO TÉCNICO	ASS./COREN DO ENFERMEIRO	ASS./COREN DO ENFERMEIRO
EVOLUÇÃO DO CURATIVO EM: / /		EVOLUÇÃO DO CURATIVO EM: / /
lizado curativo em região (es) <u>Alago do dedos (cefaloferr)</u> . Profundidade aprox: <u>10cm</u> . Tamanho aprov: <u>4</u> . Necrose branca/cinza()Esfacelo amarelo ()Tecido preto. Tecido granulação (). Exsudato ()sim ()não, tipo () c/odor/()s/odor _____. Realizado limpeza com SF 0,9%. <u>Cobertura: Sobre o tecido amarelo, com algodão</u> . OBS _____		Lesão(es) <u>Realizado curativo em região (es)</u> . Necrosado: <u>de tamanho aprov: Profundidade aprox: 10cm</u> . Tecido <u>Necrosado</u> : <u>()Necrose branca/cinza()Esfacelo amarelo ()Tecido preto. Tecido granulação (). Exsudato ()sim ()não, tipo () c/odor/()s/odor _____. Realizado limpeza com SF 0,9%.</u> Cobertura: <u>Sobre o tecido amarelo, com algodão</u> . OBS _____
ASS./COREN DO TÉCNICO	ASS./COREN DO ENFERMEIRO	ASS./COREN DO ENFERMEIRO
EVOLUÇÃO DO CURATIVO EM: / /		EVOLUÇÃO DO CURATIVO EM: / /
izado curativo em região (es) <u>mano aq</u> . Profundidade aprox: <u>10cm</u> . Tamanho aprov: <u>4</u> . Necrose branca/cinza()Esfacelo amarelo ()Tecido preto. Tecido granulação (). Exsudato ()sim ()não, tipo () c/odor/()s/odor _____. Realizado limpeza com SF 0,9%. <u>Cobertura: Sobre o tecido amarelo, com algodão</u> . OBS _____		Lesão(es) <u>Realizado curativo em região (es)</u> . Necrosado: <u>de tamanho aprov: Profundidade aprox: 10cm</u> . Tecido <u>Necrosado</u> : <u>()Necrose branca/cinza()Esfacelo amarelo ()Tecido preto. Tecido granulação (). Exsudato ()sim ()não, tipo () c/odor/()s/odor _____. Realizado limpeza com SF 0,9%.</u> Cobertura: <u>Sobre o tecido amarelo, com algodão</u> . OBS _____
ASS./COREN DO TÉCNICO	ASS./COREN DO ENFERMEIRO	ASS./COREN DO ENFERMEIRO
TIPOS DE COBERTURAS		TIPOS DE COBERTURAS
ESPIUMA ALGINATO	PETRÓLUM CARVÃO	PAPILHA
GEL		

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI

correto

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA	
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
				HORÁRIO MEDICAÇÃO	
ESTA LIVRE					
CO HIDROLISADO					
NITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
FALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
IRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
ATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
AMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
EXANE 40MG - 01 AMP SC X/DIA					
ASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
PTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
RATIVO					
VV + CCGG					



filho
Dr. Consegundo P. Filho
Ortopedia / Ortopedologia
CRM: 2542 Tel: 7348

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI**

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓ-PI**

18/01/2010

ME 61 Anos
PA 150x70
P
RESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA LIVRE

ALÁ

ENF. OU APT.

ORTOPÉDIA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO MEDICAÇÃO

09:00

OBSERVAÇÕES

DIETICO HIDROLISADO

ZANTIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

ZEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

ZIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (dorsal)
TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (dorsal)

TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)

ZEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA ~ 09:00

ZAPLISIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)

ZAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg

ZURATIVO

ZSVV + CCGG

Alcides Henrique

16 JAN 2010

Dr. Alcides Henrique
Ortopedista

Dr. Alcides Henrique
Ortopedista

scam em 24.55 UV: P.A = 120x70;
P = 84g R: 155 TAC: 36, 10°C - ~~tempo~~ 110/03

tempo de leitura: 10min
tempo de leitura: 10min
ACD 8453
ACD 8453

DEPARTAMENTOS DE SENS. FOS
DOVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Gilderson Matos da costa e Silva Reg. Same 177043
Cirurgia: Fratura exposta do 5º pododíntro Sala: 05
Cirurgião: Dra. Filipe Auxiliar: Dr. Celso
Instrumentador: José da C. Circulante: Joséudina
Data: 12 / 08 / 2018 Início: 19:54 Término: _____ Duração: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	UNIDADE	SUBTOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLIRIO				
11	CEFALOTINA 1g		02 Frascos		
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON				
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL	Fontanila	01 Amp		
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA				
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL				
25	KETALAR				
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%				
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCTOCINA				
31	PLASIL	cetamina	0,1 Fresco		
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		05 Frascos		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				

DEPARTAMENTOS DE SUSPENSOS
CONTENDO NÃO VERIFICADO
16 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Ribeirão de Pires - SP - 12519-000
Centro Norte CEP: 12519-000-010
Taubaté - SP

Floriano - Piauí
Folha de Anestesia

Nome: Gildemar Matos da Costa e Silva Registro: 177043

Enf.: _____ Leito: _____ Apto.: _____

Data	P. Arterial	P脉	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
12.08.18						
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinatia	Hemoglobina	Hemotócrito	Glicemia	Dos. Uréia

Exame de Urina

Função Respiratória

Sistema Circulatório

Eletrocardiograma

Sistema Respiratório

Assina Bronquite

Sistema Digestivo

Sistema Urinário

Estado Mental

Corticóides Ataráxicos

Diagnóstico Pré-Operatório

Riso

Pré-Meditação (Agentes e Doses)

Aplicado As:

TOTAL DE DOSES

Agentes anestésicos	Oxigênio	
	1	
	2	
	3	
LÍQUIDO	Soluto 600 400 Sangue 300 200 Outros 100	(50) (50)

Temperatura °C

Arterial V A

P脉

Início e Fim Anestesia X

Início e Fim Operação

Respiração O

SÍMBOLO

Técnica: Anti block axilar com US

Incidentes - Acidentes

DURAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINUSROS
COTIDIANO NÃO VERIFICADO
16 JAN 2010
GENTE SECURADORA S.A.
RUA 01 DE DEZEMBRO, 660
CEP: 64000-000
TÉLEFONE: 085-3222-1000

DURADURA 100

U Duração 200

SEQUÊNCIA

Dendrite 10

Fenol 100

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

Anestesiologista: Holanda Paul
Conselho: Ortopédica
Data: 01/10/2017

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146
4 - CNES
2365146

64346

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
H98003938825571

8 - DATA DE NASCIMENTO
31/10/1969

5 - Nº DO PRONTUÁRIO
177043
9 - SEXO
Masc X 1 Fem
11 - FONE DE CONTATO
(89) 9446-8885

10 - NOME DA MÃE
JOSONA MACHADO DE MATOS SILVA
12 - ENDEREÇO
13 - JUNHO, 288 - ALTO
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ERUIMENHA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2205300

15 - UF
PI 16 - CEP
64830000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Tumor no abdômen d^r - const.

AIH DIGITADA

Procedimentos

1 - 0413040240

2 - 0408020533

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Festas Jun

73

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fest. 5 - tumor no

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDARIO 23 - CAUSAS ASSOC.

5-62.3

V394

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tumor no abdômen

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPEDIA

(URGÊNCIA)

() CNS (x) CPF

00796720355

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

FELIPE NUNES DE ALMEIDA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/08/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Felipe Nunes de Almeida

7

27 - INFORMES E Radiologista

4315

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

()

AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NÚM. DO PROFISSIONAL - AUTORIZADOR

CEMUDOU DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. CRÉDITO EMISSOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSPE

M000000001

68805

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

078 977 823 67

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

48 - N.º DO REGISTRO DO CONSULTOR

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N

MANGUINHA - FLORIANO / PI - CEP: 64800-000

Telefone: (89) 3522-1489 | (89) 3522-1323

BOLETIM CIRURGICO

1064346 - GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA

Data: 12/08/2018

Diag Cirúrgico: Fractura de MTC - luxação de 55

Cirurgia: LMC + redução + cirurgia

Descrição da Cirurgia:

(CDTH) sob bloqueio de anest.

(B) Ressecção articular compon. interna

(B) LMC exartado d 38 0,91.

(7) Redução e estabilização d 38 16

LME

9 Sutura

3 Curativo

Cirurgião:

Felipe Viana de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 4315

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

Anestesia:

RAQUI

CAUDAL

GERAL

TRONCULAR

OUTRAS:



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

GABRIEL FERREIRA, S/N
MANGUINHA - FLORIANO/PI
(89) 3522-1489

Resumo de Alta / Transferência

1064346 -GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA

Data: 12/08/2018 Leito: EX02

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos

1- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____/____/____

2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos / Exames Invasivos

1- _____ Data: ____/____/____

2- _____ Data: ____/____/____

3- _____ Data: ____/____/____

Condições de Alta / Transferência

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Destino: Residência Atendimento domiciliar Transferência para: _____

Observação: _____



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	372 774 133-34	GILDEEVAN MOTOS DA COSTA E SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E ENDEREÇO DE MORADA DA PESSOA FÍSICA (INCLUIENDO CEP) - OBRIGATÓRIO			
Nome completo:		372 774 133-34	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	URBANO	Cidade:	JERIMENHA
E-mail:	Estado:		
CEP:			64.830-000
Tel.(DDD):			

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSSO 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 - ASSINAR UMA DAS OPÇÕES DE CONTA

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (207) | <input type="checkbox"/> Itaú (342) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (204) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nossa do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA:

AGÊNCIA: 3563

CONTA: 001 00020993

(Inserir 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 ABSÉNCIA DE LAUDO IML - PRECISAMENTE PARA CONFERIRIA 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 na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO - PRECISAMENTE PARA CONFERIRIA 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 (nai nacer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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: 11/01/2019 FLORIANO
Name:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

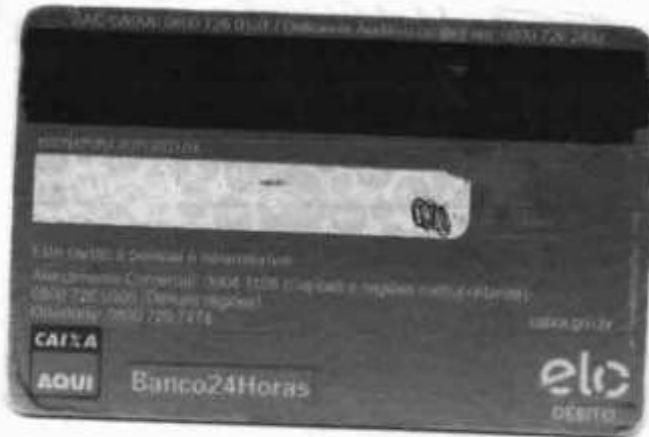
Assinatura

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 intuito teor do concedido, antes do preenchimento e assinatura.

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 268877.000078/2018-85

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Stanley Rossine Gonçalves Andrade

Data/Hora: 12/12/2018 - 11:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE JERUMENHA

12/08/2018 - 16:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

495563

Município

JERUMENHA

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

BR 343 NA ENTRADA DA CIDADE DE JERUMENHA, N°:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GILDEVAN MATOS DA COSTA LIMA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: JOSINA MACHADO DE MATOS E SILVA

Pai: JOÃO LUIZ DA COSTA E SILVA

Endereço: JERUMENHA, N° S/N

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: JERUMENHA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

15 JAN 2019

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

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

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

1 - HONDA BIZ 110I

PIN5718

01099541457 Vermelha

Condutor: GILDEVAN MATOS DA COSTA LIMA

End: JERUMENHA Número: S/N Complemento:

Cidade: JERUMENHA UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

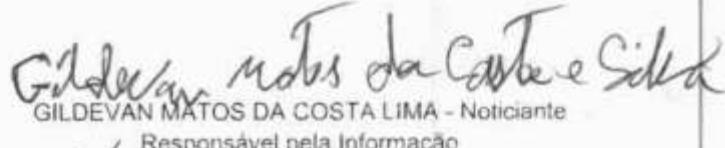
Proprietário: ELIZETE MARIA DA CONCEIÇÃO

Cidade: TERESINA UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu nesta delegacia para informar que no dia 12 de agosto de 2018, por volta das 16:30h estava pilotando a moto Honda Biz 110 cor vermelha, 2016/2016 placas PIN-5718 (proprietário Elizete Maria da Conceição 046.759.543-75) na BR 343, na entrada da cidade de Jerumenha-PI quando apareceu um cachorro na via e acabou por colidir com o animal, perdendo o controle da motocicleta; QUE foi socorrido por familiares e levado diretamente para Hospital Tibério Nunes na cidade de Floriano-PI; QUE teve lesões na mão direita, na perna direita e demais partes do corpo, com debilidades, conforme atestados, prontuários e exames médicos apresentados nesta oportunidade; QUE passou dias internado em tal hospital, tendo sido submetido a procedimento cirúrgico permanecendo ainda sequelado; QUE este noticiante é policial militar. QUE de ordem do delegado Moises Aragão Linhares, lavrou a presente ocorrência. Era o que tinha a registrar.


Stanley Rossine Gonçalves Andrade - Mat. 2991136
ESCRIVÃO DE POLÍCIA


GILDEVAN MATOS DA COSTA LIMA - Noticiante
Responsável pela Informação

LINPJ: UG.553.564/U103-b2
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Funcionario: MARIACLARA

Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA

Nasc.: 31/10/1969 Idade: 48 ANOS, 9 MESES, 12 DIAS Profissão:
End.: 13 JUNHO, 288 - Bairro: ALTO
Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: JOSONA MACHADO DE MATOS SILVA

CPF: - RG: - SUS: 898003938825571

Cidade: JERUMENHA/PI

Civil: CASADO(A)

CEP: 64830

Clinica: **ORTOPEDIA**

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsavel: GILDEVAN MATOS DA COSTA E SILVA O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 180X120

Procedimentos

12/08/2018 18:01 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
12/08/2018 18:05 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Vermeiro - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clinico/fisico:

Vitens de consulta paciente na clinica
fran - m. ⑦

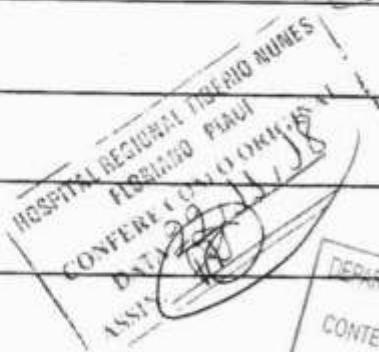
Diagnostico provavel:

Fx ^{metatarso} sinistra ⑦

Medicação:

Jd. nitrofurano fenantrolina
Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 4015
Ass. Técnico

Procedimentos/exames realizados:



In os. Volvidado pelo P.N.H. Fran