

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190515884

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EULALIO NETO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190515884

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EULALIO NETO DA 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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: EULALIO NETO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005482-8

Conta: 000000601666-9

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190515884

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EULALIO NETO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 361.382.743-34 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Eulalio nito da Silva

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

5 - Nome completo: Eulalio nito da Silva 6 - CPF: 361.382.743-34
7 - Profissão: lavrador 8 - Endereço: AV. Sinhazinha Correia 9 - Número: 223 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santinho 12 - Cidade: Barras 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.100-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86.99982.3093

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 5482 8 CONTA: 601666 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

22 - 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, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de condições permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barras-PI 23/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO



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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190515884
Nome do(a) Examinado(a): Eulalio Neto da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Av Sinhazinha Correia, 223
Santinho Barras PI CEP: 64100-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1314318
Data local do acidente: [14/04/2019]
Data local do exame: [16/09/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMA FACE
FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: OSTEOSINTESE COM IMOBILIZADOR EXTERNO DA TIBIA ESQUERDA
TRATAMENTO CONSERVADOR DA FACE
Complicações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO
Data da Alta: 14/04/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU 3, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR (LIMITADO A 30 GRAUS).

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):



% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
 CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000936/2019-65

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Eduardo Silveira Costa

Data/Hora: 18/06/2019 - 10:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

PI 212, KM 01, Nº:

Complemento

536182

Data/Hora

14/04/2019 - 11:40

Bairro

PAQUETÁ

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EULALIO NETO DA SILVA

RG: 1314318

Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA

Pai: GREGORIO VICENTE DA SILVA

Endereço: AV SINHAZINHA CORREIA, Nº 223

Bairro: SANTINHO

Cidade: BARRAS

Telefone(s): 86-9551-6814

Mandado: 000

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA 125 FAN

Condutor: EULALIO NETO DA SILVA

RG: 1314318 Órgão: UF RG:

End: AV SINHAZINHA CORREIA Número: 223 Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: SANTINHO

Proprietário: ANTONIO CARLOS DE CARVALHO

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

Ano: Placa: Chassi:

2009 NIN4309

9C2JC4110AR565771

Renavam:

00188607307

Cor:

Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que foi vítima de acidente trânsito; QUE o noticiante estava pilotando a motocicleta descrita acima e ao tentar fazer um retorno a esquerda foi repentinamente colhido por uma outra motocicleta atingindo o noticiante que caiu e ficou lesionado; QUE foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital de Barras e em seguida transferido para o HUT em Teresina onde passou por cirurgia. Era o que tinha a declarar.

Eduardo Silveira Costa - Mat. 2861763
AGENTE DE POLÍCIA

Eulalio Neto da Silva
EULALIO NETO DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000936/2019-65

Delegado de Polícia



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 361.382.743-34 4 - Nome completo da vítima: Eulalio nito da Silva

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

5 - Nome completo: Eulalio nito da Silva 6 - CPF: 361.382.743-34

7 - Profissão: lavrador 8 - Endereço: AV. Sinhazinha Correia 9 - Número: 223 10 - Complemento:

11 - Bairro: Santinho 12 - Cidade: Barras 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.100-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86/99982.3093

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 5482 8 CONTA: 0601666 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

22 - 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, conforme requerimento apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
RUA COELHO DE RESOLUÇÃO, 455 LOJA C
CENTRO - VITORIA - ES - CEP: 61.002-470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barras-PI 23/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



PREFEITURA DE Barra

Juntos, construindo o futuro

AMBULÂNCIA ACIONADA: USB DATA: 14/04/19

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Pacatu

NOME DO PACIENTE: Paulo Neto do Silva

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: _____

SAÍDA DO P.A.: 12:30 CHEGADA AO LOCAL: 11:40

SAÍDA DO LOCAL: 11:50 CHEGADA AO HOSPITAL: 12:15

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

SL 12:21

CB 12:30

- 08- ☐ QUEDA
09- ☐ MAL SÚBITO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ JÁ REMOVIDO
☐ 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 120x40
PULSO 83
RESPIRAÇÃO 20

36.0

OBSERVAÇÕES: Acidente de trânsito com fraturas no
membrão inferior esquerdo

Atendente Joaquina

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.C.M.

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA

04 SET 2019

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: EULALIO NETO DA SILVA

CARTÃO DO SUS 123 4591 9371 0005	CPF 391.382.743-34	IDENTIDADE 1.314.318
DATA DO NASCIMENTO 22/05/1967	PROFISSÃO	SEXO M
ENDEREÇO: AV SINHAZINHA CORREIA		NÚMERO: 223
TELEFONE 99551-6814	MUNICÍPIO BARRAS	ESTADO PI
BAIRRO: SANTINHO		CEP:
FILIAÇÃO PAI: GREGORIO VICENTE DA SILVA MÃE: MARIA EVARISTA CORREIA		

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO
14/04/19

HORA: :

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente apresenta ~~fratura~~ ~~trauma~~ ~~em~~ ~~do~~ ~~refere~~
algia em MID, fratura exposta SIC, acidente
motociclístico. Nega HAS, DM e alergia me-
dicamentosa. Alcoolizado

GL: 133 mg/dL
PA: 120 x 90 mmHg
TP°C:
STO2: 93%
F.C: 123 bpm
P:

DIAGNÓSTICO

*Queixa de dor no abdômen, trauma no MIE. Fratura exposta?
Sem TCC. Exame físico: 15. Não há sinais de choque.
Sinais de trauma x. Exame físico normal - 14/04/19.*

TRATAMENTO REALIZADO

1- *KLORFENO 75 - 1AMP, 2W 13:35*
2- *TRAMAL 100 - 1AMP + 100ml SF 997; EV 17:30*
3- *Promedol - 1AMP + 100, EV 13:42*

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|
| () CONSULTA BÁSICA CURATIVO | () AEROSO | () RETIRADA DE PONTO |
| () DRENAGEM DE ABCESSO | () PRESSÃO ARTERIAL | () RAIO X |
| () RETIRADA DE CORPO ESTRANHO | () SUTURA CIRÚRGICA | () MOBILIZAÇÃO |
| () PEQUENA CIRURGIA | () ECG | |

DATA
14/04/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Edna Maria Correia
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

*Karoline P. do S.
Enfermeira
Conv. 505*

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:

20/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EULALIO NETO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05482-8

CONTA: 000000601666-9

Nr. Autenticação

BRDESCO2009201905000000000023705482000000601666253125 PAGO

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	03-06-2019	127	126,72

MARIA EVARISTO CORREIAS
AV. SINHAZINHA CORREIA 2558 223 SANTINHO
CPF: 00080454232349
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 319.313.19.33.492600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	27927	Atual:	27/05/2019
Anterior:	27800	Anterior:	26-04-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26-06-2019
Consumo Medido:	127	Emissão:	24-05-2019
Consumo Faturado:	127	Apresentação:	27-05-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posta	Código Fz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A391490		1.1.1.1	116

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
ABR/19 114	CONSUMO 127 A R\$ 0,868645 = 110,31
MAR/19 115	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 11,88
FEV/19 122	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 1,38
JAN/19 102	MULTA POR ATRASO 03/19-00 1,99
DEZ/18 109	JUROS POR ATRASO 03/19-00 1,16
NOV/18 131	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,10
OUT/18 144	
SET/18 124	
AGO/18 113	
JUL/18 113	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 127 - 0,624019

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11-05-2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO		B10F.8863.BCA2.SCBE.3001.800D.E073.D0F9						
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$						
Distribuição:	23,20	Base de Cálculo:	110,31 86,04					
Energia:	44,79	Alíquota ICMS:	22,00%					
Transmissão:	7,57	Valor do ICMS:	24,26					
Encargos:	3,70	Valor do PIS:	1,40%					
Tributos:	31,05	Valor do COFINS:	6,49%					
			5,58					
INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			PMIC	DICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Linha	7,27	14,53	29,06	3,86	7,73	15,45	4,14	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Consumo	CAMPO MAIOR			Período de				
				03/2019				40,12

ROT: 319.313.19.33.492600

83680000001 7 26720017000 4 000000000365 7 14100519008 9



SEQ.: 00121 UC: 0365141-0 DT.LEIT.: 27/05/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 27927 NORMAL TOTAL: 126,72 CARGA: 002
DT.VENC.: 03-06-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1361

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

86/99982.3093

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proudomio da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Eulalio Neto da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 361.382.743 / 34
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Eulalio Neto da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 361.382.743 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Henrique Dias</u>	Número: <u>790</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Vermelha</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64019-330</u>	Tel.(DDD): <u>86</u> <u>99405-11326</u>

Local e Data: TERESINA-PI 23/07/2019

Maria do Carmo Proudomio da Silva
Assinatura do Declarante



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, Antonio Carlos de Carvalho

RG nº 922.723, data de expedição 07/10/86,

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 340.048.743-00,

com domicílio na cidade de Barras, no Estado de

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

Av. Sinhazinha Correia, nº 2558,

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

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Eulálio nito da Silva, cujo o condutor era

Eulálio nito da Silva

Veículo: moto Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano: 2009

Placa: NIN-4309 Chassi: 9C27CU110AR565771

Data do Acidente: 14/04/19

Local e Data: Barras-PI 18/06/2019

Antonio Carlos de Carvalho

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

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

CNPJ: 06.842.751/0001-31 - CNS: 146320

RECONHEÇO POR SEMELHANÇA A FIRMA DE ANTONIO CARLOS DE CARVALHO, EM TEST. de DA VERDADE. DOU FÉ. BARRAS. 18/06/2019 08:54:15

Isadora Pacheco Fortes Silva
ISADORA PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE
Emp. R\$ 3,95 TJ R\$ 0,17 MP R\$ 0,10 Sel. R\$ 0,26 Total: R\$ 4,48



Isadora Pacheco Fortes Silva
E SCRIVENTE



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: USB DATA: 04/04/18

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Parque

NOME DO PACIENTE: Paulo Roberto da Silva

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: _____

SAÍDA DO P.A.: 11:30 CHEGADA AO LOCAL 11:40

SAÍDA DO LOCAL 11:50 CHEGADA AO HOSPITAL 12:15

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

Sl 12-21
CB 12-30

- 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 120x40
PULSO 63
RESPIRAÇÃO 20

120x40
63
20

OBSERVAÇÕES: Acidente de trânsito com fratura no
membrão inferior esquerdo

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.C.M.

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: EULALIO NETO DA SILVA

CARTÃO DO SUS	CPF	IDENTIDADE
123 4591 9371 0005	391.382.743-34	1.314.318
DATA DO NASCIMENTO	PROFISSÃO	SEXO
22/05/1967		M

ENDEREÇO: AV SINHAZINHA CORREIA **NÚMERO:** 223

TELEFONE	MUNICÍPIO	ESTADO
99551-6814	BARRAS	PI

BAIRRO: SANTINHO **CEP:**

FILIAÇÃO

PAI: GREGORIO VICENTE DA SILVA

MÃE: MARIA EVARISTA CORREIA

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO	HORA:
14/04/19	:

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente apresenta ~~fratura~~ em algo refere
algia em MID, fratura exposta SIC, acidente
moto ciclistico. Negs HAS, DM e alergias me-
dicamentosas. Alcoolizado

GL: 113 mg/dL
PA: 120 x 90 mmHg
TP°C:
STO2: 93%
F.C: 123 bpm
P:

DIAGNÓSTICO

Fratura de mão direita, trauma no MIE. Fratura exposta?
Sem TCC. ECG - mi 15. Não deve manusear
fratura com x. Examine a mão esquerda - 14/04/19

TRATAMENTO REALIZADO

1. KNOFENOL 75 - 1AMP @ 13:35
2. TRAMAL 100 - 1AMP + 100ml SF997, EV 13:38
3. Paracetamol - 1AMP + 100, EV 13:42

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() CONSULTA BÁSICA CURATIVO	() AEROSO	() RETIRADA DE PONTO
() DRENAGEM DE ABCESSO	() PRESSÃO ARTERIAL	() RAIO X
() RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	() SUTURA CIRÚRGICA	() MOBILIZAÇÃO
() PEQUENA CIRURGIA	() ECG	

DATA
14/04/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

Lúcia Maria
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Eulálio Neto da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508407

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

ORTOPEDIA
BUCCO

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EULALIO NETO DA SILVA		Prontuário: 508407	
Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA	Pai: GREGORIO VICENTE DA SILVA		
End. Resid.: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - BARRAS - PI - CEP: 64100-000			
Nascimento: 22/05/1967	Idade: 51a10m23d	Sexo: Masculino	Fone: 15-99601-9828
Responsável: LAICIO RODRIGUES DA SILVA	CNS: 708600566979785		
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 1314318 - SSP PI		
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Casado(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 717010	Entrada: 14/04/2019 20:33:19	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp):	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Fratura exposta	EXAME: Crânio DATA: 14/04/19 às 21:21	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: Paciente regulado de Barras - PI com fratura exposta em perna E após acidente de moto há 8h SIC. Nega alergias e comorbidades.		JAIR JOSÉ DE MOURA BRITTO COREM 209683 PI Em: 14/04/2019 20:48:36	

SSVV: (Hora: ____ : ____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Pct vítima de acidente motociclistico, há 8 horas, com uso de capacete. História de náuseas, vômitos. Nega perda de consciência, otorragia e rinorragia.

A: Vias aéreas pervias, pct fásico, sem colar cervical e prancha rígida;

B: AP: MV+ bilateralmente, sem RA, expansibilidade preservada; SaO2= 99%

C: AC: BNF, RR em 2T, sem sopros; Abdome indolor, sem sinal de peritonite; Pelve estável; Hemodinamicamente estável. Pulso 100 bpm

D: ECG = ; Pupilas isocóricas e fotorreagentes;

E: escoriações em cotovelo direito e membro inferior esquerdo imobilizado

Diagnóstico Inicial:

7

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

RAIO X REALIZADO

14/04/19

Técnico: [assinatura]

CID:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Do Centro Cirúrgico

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 14/04/2019 21:03:58

Fátima Brito
MEDICA
CRM 16957

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Eulálio Neto da Silva</u>		PRONTUÁRIO <u>508407</u>
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>		LEITO <u>235/247</u>
À CLÍNICA <u>Cardiologia</u>		
MOTIVO DA CONSULTA <u>- Avaliar risco cirúrgico</u>		
DATA: <u>15/04/19</u>		
		ASS. MÉDICO CONSULTANTE
PARECER		
<u>Paciente 51 anos, sem comorbidades.</u>		
<u>Nega uso de medicações.</u>		
<u>Assintomática cardiovascular.</u>		
<u>LAB: OK</u>		
<u>ECG: RS, ADRV</u>		
<u>Apresenta baixo risco cardiovascular diante do procedimento proposto.</u>		
<p>Dr. Hermano Pinheiro Cardiologia / Clínica Médica CRM-PI: 4202</p>		

NOME <u>Gláudio Neto da Silva</u>		IDADE <u> </u> anos		DATA <u>14/04/2019</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>23</u> hs <u>50</u> min		TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO		CIRURGIA REALIZADA	
SINAIS VITAIS		HORÁRIO		CIRURGIÃO	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		87/148		SAÍDA	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		93		100x60	
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)		98%		70	
TEMPERATURA AXILAR (°C)				3007.	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/MATRÍCULA		<u>Ana Celso</u>			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 04 SET 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Lapa II
 Centro - Norte CEP: 01134-000
 Teresópolis RJ

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK					
ATIVIDADE SCULAR		2	1	0	SAÍDA
Movimenta os quatro membros		2	1	0	2
Movimenta dois membros		1	1	0	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando		0	0	0	0
RESPIRAÇÃO		2	1	0	2
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente		2	1	0	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração		1	1	0	1
Tem apnéia		0	0	0	0
CIRCULAÇÃO		2	1	0	2
PA em 20% do nível pré-anestésico		2	1	0	2
PA em 20-49% do nível anestésico		1	1	0	1
PA em 50% do nível pré-anestésico		0	0	0	0
CONSCIÊNCIA		2	1	0	2
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço		2	1	0	2
Desperta, se solicitado		1	1	0	1
Não responde		0	0	0	0
SATURAÇÃO O ₂		2	1	0	2
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente		2	1	0	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%		1	1	0	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂		0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO					
ESCALA DE DOR					
TOTAL	02				
ASS.					

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

23:50 - Pte admitido na SRPA em POS de Fratura de tíbia (L) sob efeito de raqui-anestesia consciente, orientado, fôlego, eufórico e O₂.
 IV em curso Alapropreno, demais SSV estáveis.

Cristiane Tiburcio de Mello Ferreira
 COREN - PI 149441
 ENFERMEIRA

1404 19

Marcus Crisanto
 Anestesiologista
 CRM-PI: 3081 / CRM-MA: 7286

ESCRITAÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ACAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

OSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/04/19

NOME DO PACIENTE: Eulálio Neto da Silva	PRONTUÁRIO Nº: 508907
DIAGNÓSTICO: Fratura de fêmur	CIRURGIA: Fixação intramedular
ANESTESIA: Raque	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Yuri	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: Dr. Marcos Brisante	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Conceição	CPF Nº: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 740/715	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE Nº 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Drapon	UN	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: Raquel			

14
Assessoria Jurídica de Saúde
Município de Teresina - PI
SANEAMENTO
CONFERE COM O ORIGINAL



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Eulálio Neto da Silva

Sala:

Alergia: NBGAData: 14/04/19

Procedimento:

Fratura exposta de tíbia Esp.

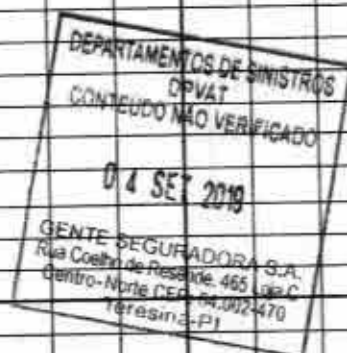
Cirurgião:

Yuri Sivago

Observações:

Agentes		Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1	midazolam		2,5 + 2,5 mg														
2	Prop. O.S.P.		20 mg														
3	morfina 1%		100 mg														
4	cefazolina		2G														
5	zanitidien		50 mg														
6	dexametasona		8 mg														
7	dipirona		2g														
8	cetoprofeno		100 mg														
9	Plasil		10 mg														
	Glucose 50%		10g														
11																	
12																	
13																	
	Oxigênio																
	AR/N2O																
	Volatil	%															

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.012-470
Teresina-PI



Acesso Vascular

- ☒ Periférico
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: DDH

SPO2 (%)	99-97-97-97-97		
ETCO2 (mmHg)			
SF	500 ml	500 ml	
Aces. Venoso			
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia: Monitorização, Autodo, ara, punções lombares mediana em L2-L3 com ag. 27G, 3ª tentativa, LCR cristalino, injeção de AL + opioide. Sem interferências.

Marcus Crisanto
Anestesiologista
CRM-PI 5081 / CRM-MA 7296

Anestesiologista



Braga & Braga

Importação e Exportação

0329

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ: 63607790000198		
FABRICANTE:		CNPJ:		
PACIENTE: <i>Prontuário: 508407.</i>		CNPJ:		
RG.HOSPITAL: <i>KUT.</i>		COD.SIG TAP: <i>0702030406.</i>		
DATA: <i>14/04/19</i>		USADO:		
PROCEDIMENTO: <i>fratura de tibia</i>		USADO:		
MEDICO: <i>Dr. Yuri Guago</i>		CPF:		
Produtos Utilizados/Implantados:		CRM:		
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD

01 Fixador Externo

01

ORCOSINTERE IND. E COM. LTDA
Rm: 474/00 Lote: 18F 005248
FIXADOR LAY FIX Q/ BARRA 350
FIXADOR EXTERNO LAYFIX
Registro ANVISA: 10228710005

Vale: 02/17/2020

ENTERO R
02/02/2019

Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 0501828973

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: *14/04/19*

Responsável pela Farmácia

Francisco
responsável pelo Preenchimento



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lda C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

236992

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **EULALIO NETO DA SILVA**

6 - Prontuário: 508407

7-CNS: 708600566979785

8-Nascimento: 22/05/1967

9-Sexo: Masculino

RG: 1314318- SSP PI-Exp:

1-Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA

12-Fone: 15-99601-9828

3-Resp: LAICIO RODRIGUES DA SILVA

14-Fone: 15-99601-9828

5-End: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000

6-Munic: BARRAS

17-Cod.IBGE: 220120

18-UF: PI

19-CEP: 64100-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0408050500

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030406

32 - Descrição do Procedimento Especial:

FIXADOR EXTERNO LINEAR

Quant. Soli-
cidada:

1

Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA

38-Profissional Responsável:

YURI JIVAGO FELIX

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

14/04/2019

40-No.Doc. Méd. Solic.:

001.663.217-61

41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Soluto fratura da tíbia
e tibia 9 litra tuba*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

800414
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CPF 1280 - CNS 47026395120001

(SOLIMAR BRITO)

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

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE EULALIO NETO DA SILVA Nº PRONT 08407 Nº LAUDO 0236992

- ☐ ALTA HOSPITALAR
- ☒ PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
- ☐ PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- ☐ PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- ☐ PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
- ☐ PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
- ☐ TRANSFERÊNCIA
- ☐ EVASÃO
- ☐ ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: 17.04.19


Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3531
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR


Auditor
CRM - 3531
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 196523

AIH: 2219100264579

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

123459193710005

NOME DO PACIENTE

EULALIO NETO DA SILVA

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

22/05/1967

M

508407

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

8694091497

NOME DA MÃE

MARIA EVARISTA CORREIA

RESPONSÁVEL

LAECIO RODRIGUES DA SILVA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

AV. SINHAZINHA CORREIA

NÚMERO / LOTE

S/N

BAIRRO

CENTRO SUL

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

BARRAS

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA, APÓS ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ 10 HORAS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S822 - FRATURA DA DÍFISE DA TÍBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DÍFISE DA TÍBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

14/04/2019

YURI RIVAGO FELIX

CPF: 00166321761

CRM:

DATA ADMISSÃO

14/04/2019 20:33

DATA ALTA

17/04/2019 16:26

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

FABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJÁ

CPF: 20171471334

CRM:

DATA ANÁLISE: 15/04/2019 08:20:36

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente		Eulálio Neto da Silva	
Diagnóstico pré-operatório		Fratura do fêmur - F	
Operação - Tipo		Lom / fixação interna do fêmur - F	
Cirurgião	1º Assistente	Yuri Augusto Félix Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 22093	
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesiado	Dr. Marcos Brito	Anestesia
Anestésico(a)		Raquel	
Data da Operação	Início	Fim	
14.04.19			
Diagnóstico Pós-operatório		013040178 - T009 + 0108050500 - 5822 fixador	
Relatório Imediato do Patologista		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO. 04 SET 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Anestesia + atropina m I.F.
- 2) Imposição de fixador de fêmur e tubos E - Lom por a poro medular exclusivamente (sem traqueia anterior e lateral fêmur F)
- 3) Redução + traqueia interna do fêmur E (Manobra) -
- 4) fechamento da ferida.
- 5) curativo.

Yuri Augusto Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 22093

Emilio Neto de Silva
55 anos
DN: 22-05-67
DATA: 25-04-53

LIBERADO N. 25

07K

VI

VA

08

5

07K

VI

VA

08

III

07K

VI

VA

08

I

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

AGÊNCIA SEGURADORA S/A
RUA CARLOS DE ALMEIDA, 100
CAMPUS - NITERÓI - RJ - 24.030-000



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

DEPARTAMENTO DE SVS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Figueiredo, 480 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código de Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	2369

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EULALIO NETO DA SILVA	6 - Prontuário: 508407
7-CNS: 708600566979785	8-Nascimento: 22/05/1967
9-Sexo: Masculino	RG: 1314318- SSP PI-E
1-Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA	12-Fone: 15-99601-982
3-Resp: LAICIO RODRIGUES DA SILVA	14-Fone: 15-99601-982
15-Ende: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000	
16-Munic: BARRAS	17-Cod.IBGE: 220120
	18-UF: PI
	19-CEP: 64100-000

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proc.Anterior 0408050500	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
21-Cod. Mudança Proced. 0415030013	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
27-CID Prin: 26-Diagnóstico: ?	28-CID Sec.: 29-CID C.A.S.

38-Profissional Responsável: YURI JIVAGO FELIX	40-Tp. Documento: CPF
4-Data Solicitação: 14/04/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 001.663.217-61
	41-Ass.Carimbo Med.Edi. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente vitima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura exposta em tibia E, realizado tto cirúrgico: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA 0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA 0408050500 S822.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria:	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: 020179
		Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CNS 17026395120001 Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(ANA QUEIROZ)



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

236992

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**236992****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **EULALIO NETO DA SILVA**

6 - Prontuário: 508407

7-CNS: 708600566979785

8-Nascimento: 22/05/1967

9-Sexo: Masculino

RG: 1314318 - SSP PI

10-Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA

12-Fone: 15-99601-9828

11-Resp: LAICIO RODRIGUES DA SILVA

14-Cor: Parda

13-Endereço: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000

16-Munic: BARRAS

17-Cod. IBGE: 220120

18-UF: PI

19-CEP: 64100-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

fratura da tíbia e fêmur
de Trauma HCS ± 10 Horas

21 - Condições que justificam a internação:

1/2 fêmur

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tíbia

24-CID Prim: 8822

25-CID Sec:

26-CID Terc:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408050500

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Tempo SUS: 4

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

001.663.217-61

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

YURI JIVAGO FELIX**14/04/2019**

35-Ass. Carimbo Med. Sp. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CEOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

F. Lacerda Rodrigues da Silva

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 717010

Consulta SUS:

Impressão: 14/04/2019 23:14:14

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 SET 2019GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PIYuri Jivago Felix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 230830/04/19
Marcondes Martins S. Moura
Médico Assistente - FMS - Teresina
CRM-PI 1250 - CNS 17026395120001
Carimbo (Rg. Conselho)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Emílio Neto da Silva IDADE _____ anos DATA 17/04/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17hs 25 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>103x62</u>	<u>103/76</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>60</u>	<u>62</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>puteri</u>	<u>saquel</u>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

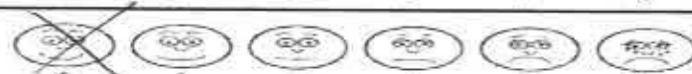
ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR		2	1	0	2	1	0	2	1	0
Movimenta os quatro membros		2	2	2	2	2	2	2	2	2
Movimenta dois membros		1	1	1	1	1	1	1	1	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando		0	0	0	0	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO		2	2	2	2	2	2	2	2	2
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente		2	2	2	2	2	2	2	2	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tem apnéia		0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO		2	2	2	2	2	2	2	2	2
PA em 20% do nível pré-anestésico		2	2	2	2	2	2	2	2	2
PA em 20-49% do nível anestésico		1	1	1	1	1	1	1	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico		0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA		2	2	2	2	2	2	2	2	2
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço		2	2	2	2	2	2	2	2	2
Desperta, se solicitado		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Não responde		0	0	0	0	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O ₂		2	2	2	2	2	2	2	2	2
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente		2	2	2	2	2	2	2	2	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%		1	1	1	1	1	1	1	1	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂		0	0	0	0	0	0	0	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

09

ASS.

Cristiane Thais de Mello Ferreira
COREN PI 49441
ENFERMEIRA

() SONDAS VESICAIS	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOG
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

17:35 - Paciente admitido na SRPA, em POI de fratura de TN2 (E)
sob efeito de sedação anestésica com ventilação mecânica, respirando
normalmente, SI O₂. HV em curso SSW estáveis

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

235/247

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] MORT [] NEU [] CIR [] MÉD



UNIDADE DE SAÚDE:

MÉDICO / CRM:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

23/119

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Laudo 197417

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 237179
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EULALIO NETO DA SILVA	6 - Prontuário: 508407
7-CNS: 708600566979785	8-Nascimento: 22/05/1967
9-Sexo: Masculino	RG: 1314318 - SSP PI
10-Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA	12-Fone: 15-99601-9828
11-Resp: LAICIO RODRIGUES DA SILVA	14-Cor: Parda
15-Endereço: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000	
16-Munic: BARRAS	17-Cod. IBGE: 220120
18-UF: PI	19-CEP: 64100-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Vômitos com Jx do sangue e Bileche e Jx de Alho</i>	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 04 SET 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Lq C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
21 - Condições que justificam a internação: <i>Venidole de TIO Loureiro</i>	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Acidose - Encefalopatia + Jx</i>	
23-Diagnóstico Inicial: (Informação Posterior)	24-CID-Prim: 25-CID Sec: 26-CID Terc:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 0415030013	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	Tempo SUS 9999
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 342.177.383-15	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: DURVAL TERCIO NUNES LEAL	34-Data Solicitação: 17/04/2019	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOE:
38-) Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Docum.: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49-Num. Documento:
50 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>[Assinatura]</i>	Usuário: (KARIA BATISTA) Consulta Local: 717012 Consulta SUS: Impressão: 17/04/2019 16:24:29

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 197417 AIH: 2219100274149
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 123459193710005	NOME DO PACIENTE EULALIO NETO DA SILVA	NASCIMENTO 22/05/1967	SEXO M	PRONTUÁRIO 508407
DOCUMENTO CPF 8694091497	TELEFONE 8694091497	NOME DA MÃE MARIA EVARISTA CORREIA	RESPONSÁVEL LAECIO RODRIGUES DA SILVA	
CEP AV. SINHAZINHA CORREIA	ENDEREÇO - LOGRADOURO AV. SINHAZINHA CORREIA			NUMERO / LOTE S/N
BAIRRO CENTRO SUL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO BARRAS	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA. APÓS ACIDENTE DE TRÂNSITO HA 10 HORAS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS):
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
--	--

CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 17/04/2019	DURVAL TERCIO NUNES LEAL CPF: 34217738315	CRM:
DATA ADMISSÃO 17/04/2019 16:26	DATA ALTA 18/04/2019 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
----------------------	------------------------	----------------------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	--------------------------

AUTORIZAÇÃO**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 97939400363	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA MIRIAM NEVES DA SILVA CPF: 34217738315	DATA ANALISE 17/04/2019 16:50:17	CRM	DATA ANALISE
--	---	--	------------	---------------------

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Eulálio Neto da Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fx de tornozelo e Bimaleolar + Fx de t. l. do E.</i>		
Operação - Tipo <i>Fixação de tornozelo e Bimaleolar + Fixação de t. l. do E.</i>		
Cirurgião	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Raquel</i>	Anestesista <i>Eduardo</i>	Anestesia <i>Raquel</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>17/04/19</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		<i>0108050300 5822</i> <i>↳ fixador</i> <i>0108050797 - 5826</i> <i>↳ para fuso</i>
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob coxim contínuo.
- 2) Anestesia + cateterismo + aplicação de gesso Etem.
- 3) Anestesia do membro lateral.
- 4) Redução fraturas + Fixação com fio intramedular.
- 5) Anestesia do membro medial.
- 6) Redução fraturas + Fixação com fios finos paralelos.
- 7) Fixação de t. l. do E. com fios finos distais.
- 8) Suturas.
- 9) Curativo.

DATA 17/04/19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Eulálio Neto do Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Razul</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dival</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Eduardo</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Razul</u>	CPF Nº: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>715</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>310</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Atodius de expom</u>	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOPI <u>Algodão 2</u>	UNID.	01					
<u>MONONYLON 2-0</u>	UNID.	05		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL							
VICRYL				CIRCULANTE: <u>W</u>			
PROLENE							

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

FICHA DE ANESTESIA

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

Name: Kulota W. J. & D. J. W.

Sala

Alergia: V ma

Date: 12/09/19

Procedimento: *Il flacone di sughero sigillato + vetro*

Observações:

Agentes		15			30			45			15			30			45			15			30			45		
1	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
2	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
3	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
4	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
5	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
6	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
7	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
8	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
9	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
10	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
11	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
12	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
13	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
14	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
15	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
16	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
17	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
18	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
19	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
20	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
21	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
22	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
23	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
24	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
25	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
26	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
27	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
28	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
29	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
30	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
31	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
32	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
33	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
34	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
35	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
36	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
37	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
38	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
39	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
40	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
41	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
42	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
43	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
44	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
45	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
46	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
47	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
48	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
49	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
50	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
51	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
52	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
53	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
54	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
55	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
56	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
57	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
58	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
59	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
60	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
61	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
62	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
63	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
64	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
65	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
66	Agente	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45			
67																												

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DEVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
04 SET 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Jd. C
Centro - N.º 1 CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Acesso Vascular

- o Periférico W.A.
Cat. Venoso na G
- o Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
- o Central

Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT n° _____
- LMA n° _____

Monitorização:

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

Anesthesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raquianestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: 50/1

SPO2 (%)	100	100	100	100	100	99	97	98
ETCO2 (mmHg)								
Acce. Venoso	100	—	500	—	—	—	—	—
Acce. Venoso								
Diuresis								
Perdas Sanguíneas								

Descrição da Anestesia:

Descrição da Anestesia:

BSA: Pouco de dentado, A + Ad no, com em 10-266
Quarta, CRD, Symp, injeção intratecal em anestesia

Eduardo Ramos
Anestesiologista
CRM 990

Dr. Eduardo Ramos
Anestesiologista
CRM 14997

Anesthesiologist



Braga & Braga

Importação e Exportação

0410

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE :		CNPJ:	
PACIENTE: EULALZO NETO DA SILVA		COD.SIG TAP:	
RG.HOSPITAL: 237279		USADO: 17/04/19	
DATA: ALTA:			
PROCEDIMENTO: 0404050500 + 0408050497		CRM:	
MEDICO: DR. DURVAL		CPF:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	Serie Lote	QTD

ORTOSINTERE IND. E COM. LTDA Rm. 4247/00 Lote 18605248 FIXADOR LAY FIX O2 BARRA 250 FIXADOR EXTERNO LAYFIX Registro ANVISA: 18223710095	Val. 09/07/2019	ENTRADA R 09/07/2019
---	-----------------	-------------------------

PARAF. ESPONJOSO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 04 SET 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Resende, 463 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
--

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: ____/____/____

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

2-CNES

5828856

Código da
Internação

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

23717

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **EULALIO NETO DA SILVA**

6 - Prontuário: 508407

7-CNS: 708600566979785

8-Nascimento: 22/05/1967

9-Sexo: Masculino

RG: 1314318- SSP PI-Ex

11-Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA

12-Fone: 15-99601-9828

13-Resp: LAICIO RODRIGUES DA SILVA

14-Fone: 15-99601-9828

15-Endere: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000

16-Munic: BARRAS

17-Cod. IBGE: 220120

18-UF: PI

19-CEP: 64100-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

20-Cod.Proced.Princip.

0408050500

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

31-Cod.Procedi-
mento Especial

32 - Descrição do Procedimento Especial:

FIXADOR EXTERNO LINEAR

Quant. Soli-
cidada:

0702030406

Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA

38-Profissional Responsável:

DURVAL TERCIO NUNES LEAL

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

17/04/2019

40-No.Doc. Med. Solic.:

342.177.383-15

Dr. Celso Arzoz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3915 JECI 13135

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Exame de laudo de fratura de tibia e fêmur com
uso de fixador externo.*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

Dr. Mariléa da Silva Leal
Assessora de Auditoria (ORCA) / FMS
CRM - PI - 2915 - CPF: 804.175.743 - 0
CNS: 9800162817384
(KARLA BATISTA)





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

2-CNES

5828856

Código da
Internação

4-CNES

5828856

237179

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: **EULALIO NETO DA SILVA**

6 - Prontuário: 508407

7-CNS: 708600566979785

8-Nascimento: 22/05/1967

9-Sexo: Masculino

RG: 1314318- SSP PI-Exp

11-Mãe: MARIA EVARISTA CORREIA

12-Fone: 15-99601-9828

13-Resp: LAICIO RODRIGUES DA SILVA

14-Fone: 15-99601-9828

15-Endere: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000

16-Munic: BARRAS

17-Cod. IBGE: 220120

18-UF: PI

19-CEP: 64100-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

1-Cod. Proce. Princip.

0408050497

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALÉOLAR / TRIMALÉOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO

31-Cod. Procedi-
mento Especial

0702030724

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM

Quant. Soli-
cidada:

2

Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA

38-Profissional Responsável:

DURVAL TERCIO NUNES LEAL

40-Tp. Documento:

CPF

40-No. Doc. Med. Solic.:

342.177.383-15

Dr. Carlos Antônio
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3013 TEOT. 13135

39-Data Solicitação:

17/04/2019

41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CSH)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Exercício físico de fortalecimento e equilíbrio

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

17 MAR 2019

Dr. Mariléa da Silva Leal
Sociedade de Auditoria (ORCAA) / FME
RM - PI / CPF: 804.175.743-1
CNS: 9810162817334
(KARLA BATISTA)

Ass. Conselho
Munic. de Saúde
SUS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO



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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EULALIO NETO DA SILVA** (Prontuário: 508407)
Endereço: RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 22/05/1967 Idade: 51a10m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 717010
Requisição: 943147 Solicitação: 14/04/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1194968 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 14/04/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

OBS: FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/04/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0726859

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.314.318 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/05/16

NOME EULALIO NETO DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA EVARISTA CORREIA
GREGORIO VICENTE DA SILVA

NATURALIDADE BARRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 22/05/1967

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 594 L 02 F 289

CPF EXP BARRAS-PI 18/11/13

TERESINA 361.382.743-34

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
361.382.743-34

Nome
EULALIO NETO DA SILVA

Nascimento
22/05/1967

CÓDIGO DE CONTROLE
7983.A11A.B0F9.F04F

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:12:51 do dia 27/08/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **361.382.743-34**

Nome: **EULALIO NETO DA SILVA**

Data de Nascimento: **22/05/1967**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **15:36:14** do dia **02/09/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **9D97.E46E.4786.D536**



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 TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

NOME
MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR
1457994 SSP PI

CPF
703.754.703-44

DATA NASCIMENTO
10/09/1971

FEIÇÃO
LUIZ PROCEDOMIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CATHAS
B

Nº REGISTRO
02851011130

VALIDADE
15/12/2022

PMHABILITAÇÃO
29/04/2003

OBSERVAÇÕES
A

Maria do Carmo Procedomio da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
20/12/2017


70615801046
PI320021300

ARAO MARTINS DO REGO LORAO
ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUÍ

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306323/19

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

CPF: 361.382.743-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: EULALIO NETO DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EULALIO NETO DA SILVA : 361.382.743-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190515884

Cidade: Barras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

Data do acidente: 14/04/2019

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACE
FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU 3, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR(LIMITADO A 30 GRAUS).

Resultados terapêuticos: LIMITACAO EM REGIAO DISTAL DA TIBIA ESQUERDA SEM DANOS NEUROLOGICOS DIAGNOSTICADOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190515884

Cidade: Barras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

Data do acidente: 14/04/2019

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACE
FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM DOR EM TORNOZELO E EM PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU 3, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, NÃO CONSEGUE FICAR MUITO TEMPO EM PÉ, COM LIMITAÇÃO NA DORSIFLEXÃO E NA FLEXÃO PLANTAR(LIMITADO A 30 GRAUS).

Resultados terapêuticos: LIMITACAO EM REGIAO DISTAL DA TIBIA ESQUERDA SEM DANOS NEUROLOGICOS DIAGNOSTICADOS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190515884 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EULALIO NETO DA SILVA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO. P23

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P13/23
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190515884 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EULALIO NETO DA SILVA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO. P23

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P13/23
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURACAO PARTICULAR

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

OUTORGANTE <u>Eulalio Neto da Silva</u>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <u>Casado</u>	Profissão: <u>Lavrador</u>
Identidade nº: <u>1.314.318 SSP/PI</u>	CPF nº: <u>361.382.743-34</u>	
Endereço:		
CEP: <u>64.100-000</u>	Telefone: <u>(86) 999823093</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: Bacharel em Direito
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI	CPF/MF nº: 703.754.703-44	
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,		
CEP: 64.019-330	Telefone: (86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () POR MORTE (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () DAMS, em acidente de transito ocorrido no dia 14/04/19 para a Vitima Eulalio Neto da Silva



Barras-PI 18/06/2019

Local e data

x Eulalio Neto da Silva

- Vitima ou Representante Legal -

ONPJ: 08.842.751/0001-31 - CNS: 148320

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE EULALIO NETO DA SILVA. EM TEST. Isadora Pacheco Fortes Silva DA VERDADE. DOU FÉ. BARRAS, 18/06/2019 08:59:44

Isadora Pacheco Fortes Silva
ISADORA PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE
Emol: R\$ 3,95 TJ, R\$ 0,77 MP, R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,28 Total: R\$ 4,98

Isadora Pacheco Fortes Silva
ESCRIVENTE

Selo de Fiscalização Contábil e Autenticidade
Reconhecimento de Firma
ABQ 77553

CARTÓRIO ÚNICO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306323/19

Vítima: EULALIO NETO DA SILVA

CPF: 361.382.743-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: EULALIO NETO DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EULALIO NETO DA SILVA : 361.382.743-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa