

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
361.382.743-34 Eulálio Neto 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: Eulálio Neto 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: 66.100-000  
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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5482 CONTA: 0601666 (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

- 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, sem laudo IML, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as 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 consentença com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

04 SET 2019

RUA GOIABEIRAS, 465  
CENTRO - BARRAS - CE  
CEP: 64.002-470  
CORREIO MUNICIPAL

## 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

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Barras - PI 23/10/2019  
Eulálio Neto da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190515884  
Nome do(a) Examinado(a): Eulálio 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: OSTEOSSINTESE 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:

**AQ 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 FORCA 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. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

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

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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  
CRM/PI - 5058  
SaudeSEG



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

1059 v. 1.0

**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

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

536182

Data/Hora

14/04/2019 - 11:40

Endereço

PI 212, KM 01, Nº:

Complemento

Bairro

PAQUETÁ

Ponto de Referência



**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: EULALIO NETO DA SILVA

RG: 1314318

Mae: 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

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

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental 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: Cor:  
00188607307 Preta

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que foi vítima de acidente de 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

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



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

1059 v. 1.0

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:

4 - Nome completo da vítima:

361.382.743-34 Eulálio Neto 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:

6 - CPF:

361.382.743-34

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

lavrador

AV. Sinhazinha Correia

223

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Santinho

Barras

PI

66.100-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

86/99987-3093

## 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,0021 - 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

5482

8

CONTA: 0601666

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT à que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já é 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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, uma vez que a apresentada, 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.

DRVAZ  
ENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelhinho da Rocha, 456, Centro  
CEP: 64.002-470  
Tocantins/PA

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

## 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  Não31 - 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 - 1<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Barroas - PI 23/10/2019

Eulálio Neto da Silva

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

AMBULÂNCIA ACIONADA: USB DATA: 14/04/19LOCAL DA OCORRÊNCIA: Poço do RioNOME DO PACIENTE: Edilcio Neto da SilvaSEXO:  M  F IDADE: \_\_\_\_\_SAÍDA DO P.A: 14:20 CHEGADA AO LOCAL 14:40SAÍDA DO LOCAL 14:50 CHEGADA AO HOSPITAL 15:15

- |  |  |
|--|--|
| 01- <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO | 08- <input type="checkbox"/> QUEDA               |
| 02- <input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA                 | 09- <input type="checkbox"/> MAL SÚBITO          |
| 03- <input type="checkbox"/> URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA           | 10- <input type="checkbox"/> URGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 04- <input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO                   | 11- <input type="checkbox"/> OUTROS              |
| 05- <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO                      | 12- <input type="checkbox"/> JÁ REMOVIDO         |
| 06- <input type="checkbox"/> QUEIMADURAS                     | DEPARTAMENTOS DE SINISTROS<br>DPVAT              |
| 07- <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO                 | CONTEÚDO NÃO VERIFICADO                          |
- SL 14:21 CB 14:30 15:15

## NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA	<input type="checkbox"/>
RESponde a comando	<input type="checkbox"/>
RESponde a dor	<input type="checkbox"/>
SEM RESPOSTA	<input type="checkbox"/>

## PUPILA:

IGUAIS	<input checked="" type="checkbox"/>
DESIGUAIS	<input type="checkbox"/>

## FALA:

NORMAL	<input type="checkbox"/>
CONFUSA	<input type="checkbox"/>
NENHUMA	<input type="checkbox"/>

## PULSO RADIAL:

FORTE	<input type="checkbox"/>	AUSENTE	<input type="checkbox"/>
FRACO	<input type="checkbox"/>	MÍNIMO	<input type="checkbox"/>
AUSENTE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>

## SANGRAMENTO:

## SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL	<u>120x80</u>
PULSO	<u>123</u>
RESPIRAÇÃO	<u>20</u>

14:13 14:13 86,0

OBSERVAÇÕES: Acidente de trânsito com fratura no membro inferior engessado

Andrade Joaquim

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO
<input type="checkbox"/> OXIGÉNIO
<input type="checkbox"/> REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR
<input checked="" type="checkbox"/> CURATIVOS
<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

<input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA LONGA
<input type="checkbox"/> PRANCHA CURTA
<input type="checkbox"/> KED
<input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL
<input type="checkbox"/> ASSIST. OBSTÉTRICA

OUTROS

## CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

<input type="checkbox"/> MELHORADO
<input type="checkbox"/> PIORADO
<input type="checkbox"/> INALTERADO

## ÓBITO:

<input type="checkbox"/> ANTES DO SOCORRO
<input type="checkbox"/> ANTES DO TRANSPORTE
<input type="checkbox"/> NO TRANSPORTE

H.R.C.M.

HOSPITAL DE DESTINO:

Karoline Costa da Silva  
Infraestrutura  
Cel. 501-163

RK  
SOCORRISTA

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL



**GOVERNO  
DO PIAUÍ**  
[www.pi.gov.br](http://www.pi.gov.br)

[www.pi.gov.br](http://www.pi.gov.br)

**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO  
PRAÇA MONSENHOR BOZON,210  
CNPJ: 06.553.564/0002-19 FONE: (86) 3243-  
BARRAS-PI**

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

## **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
<b>DATA DO NASCIMENTO</b> 22/05/1967	<b>PROFISSÃO</b>	<b>SEXO</b> M
<b>ENDEREÇO:</b> AV SINHAZINHA CORREIA		<b>NÚMERO:</b> 223
<b>TELEFONE</b> 99551-6814	<b>MUNICIPIO</b> BARRAS	<b>ESTADO</b> PI
<b>BAIRRO:</b> SANTINHO	<b>CEP:</b>	
<b>FILIAÇÃO</b>		
<b>PAI:</b> GREGORIO VICENTE DA SILVA		
<b>MÃE:</b> MARIA EVARISTA CORREIA		

## **DADOS SOBRE ATENDIMENTO**

**DATA DO ATENDIMENTO** 14/04/19 **HORA:** :

## MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente apresenta ~~gastro~~ ~~es~~ dígo refre algio em MID, fratura exposta SIC, acidente moto elástico. Nega HAS, DM e alergia me dicamentica. Alcoolizado

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

## **DIAGNÓSTICO**

**DIAGNÓSTICO**

PACIENTE DE NOVO CIRURGIA / TRAUMA NO MIE. PRIMOS EXISTEM? SEM TCG. CINTA N.º 15. NÃO HÁ NENHUM  
FATOR ATIVO - FUMAR NOS PONTOS - ALIMENTO.

#### **TRATAMENTO REALIZADO**

(1) *Pseudosimulium* sp. - 1 lamp, *GW* 13:35  
(2) *Tanymalus* sp. 100 - 1 lamp + 100m, *SPG97*, *GW* 13:35  
(3) *Prosimulium* sp. - 1 lamp + 100, *GW* 13:35

## **PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

- CONSULTA BÁSICA CURATIVO       AEROSO       RETIRADA DE PONTO  
 DRENAGEM DE ABCESSO       PRESSÃO ARTERIAL       RAIOS X  
 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO       SUTURA CIRÚRGICA       MOBILIZAÇÃO  
 PEQUENA CIRURGIA       ECO DE PONTO

**DATA**

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE**

*Eduardo Marins Carvalho* ASSINATURA DO PACIENTE

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL**

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: 00000601666-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO20092019050000000002370548200000601666253125 PAGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

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: 0008045423249  
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 319.313.19.33.492600

DATAS 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

DATOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

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

HISTÓRICO kWh/mês/ano consumo

Mês/ano	Consumo	DESCRIPÇÃO DA CONTA
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 E/OU TRIBUTOS:  
R\$ 127 - 0,624819

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 11-06-2019. O rec. assinatura por cima ensalvar também a inclusão do nome do consumidor na CEPAH. 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

Você pode entrar em contato com a sua fatura entre dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, através em contato pelo número de telefone e/ou endereço.

RESERVADO AO FISCO B1DF . 8B63 . BCA2 . 5CBE . 3001 . 800D . F073 . DDF9  
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ INPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	23,20	Base de Cálculo:	110,31	86,04
Energia:	44,79	Aliquota 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:	1,21	5,58

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC	FIC	DMIC	DCRI			
Horário	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	7,27	14,53	29,06	3,86	7,73	15,45	4,14
Realizado	0,00			0,00		0,00	
Conforme	CAMPO MAIOR				Prazo de Repetição	03/2019	40,12

ROT: 319.313.19.33.492600

SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$

**0365141-0** 126,72

MÊS FATURADO VENCIMENTO

**05/2019** 03-06-2019

Nº da Nota Fiscal: 022375160 FCAM

8368000001 7 26720017000 4 0000000365 7 14100519008 9





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu maria do carmo procudomio da Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754-703-114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Eulálio neto da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 361.382.743-34  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Eulálio 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 Lider-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>Venâncio</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64019-330</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(86) 99405-11326</u>

Local e Data: teresina-PF 23/10/2019

maria do carmo procudomio da Silva  
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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, Antônio Carlos de Carvalho,

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

Órgão SSP / PJ, 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

Antônio Carlos de Carvalho

Assinatura do Declarante

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

CNPJ: 06.842.751/0001-31 - CNH: 146320

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

Isadora Pacheco Fortes Silva - ESCREVENTE  
R\$ 0,00 TJ R\$ 0,77 MP R\$ 0,00 Selos: R\$ 0,28 Total: R\$ 4,98



Isadora Pacheco Fortes Silva  
ESCREVENTE



# SUS

## SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: USB DATA: 14/10/2018LOCAL DA OCORRÊNCIA: PanambiNOME DO PACIENTE: Edilcio Neto da SilvaSEXO:  M  F IDADE: \_\_\_\_\_SAÍDA DO P.A.: 11:30 CHEGADA AO LOCAL 11:40SAÍDA 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

- 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

120x80

PULSO

123

RESPIRAÇÃO

2086,0OBSERVAÇÕES: Acidente de trânsito com fratura no  
interno da perna esquerdaHondinho Zamparini

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ASPIRAÇÃO  
 OXIGÉNIO  
 REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR  
 CURATIVOS  
 IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- PRANCHA LONGA  
 PRANCHA CURTA  
 KED  
 COLAR CERVICAL  
 ASSIST. OBSTÉTRICA

 OUTROS

## CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- MELHORADO  
 PIORADO  
 INALTERADO

- ANTES DO SOCORRO  
 ANTES DO TRANSPORTE  
 NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO:

H.R.C.M.Karoline da Silva  
Informações 503-163Ricardo

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO  
PRAÇA MONSENHOR BOZON,210  
CNPJ: 06.553.564/0002-19 FONE: (86) 3242-1544  
BARRAS-PJ**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
04 SET 2019

## **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	MUNICIPIO 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 ~~gastro~~ esôfago repleto algo em MID, fratura exposta SIC, acidente moto e elástico. Nega HIS, DM e alergia medicamentosa. Alcoolizado

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

## **DIAGNÓSTICO**

SEM 100. CENS. NO. 15. NEAR THE MOUNTAIN  
FLOOR ON A SLOPE OF GRASS AND BUSHES.

#### **TRATAMENTO REALIZADO**

1) New found 75 - 1nm, EW 4335  
2) Trans Mal 100 - 1nm + 100m, SF 997; EW 173  
3) romania - 1nm + 10, EW 4342 D

## **PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

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

**DATA**

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE**

**Lânia maria inwua** ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Eulálio Neto da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508407

**SERVÍCIO 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

*Hospital de Urgência de Teresina*  
*ORTOPEDIA*  
*BRAÇO*

## 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
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:

Dígo: 717010	Entrada: 14/04/2019 20:33:19	Convênio: SUS	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR	AUT DR. ZENON ROCHA		

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Final/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Fratura exposta	EXAME: Crânio	Cor: Amarelo
		DATA: 14/04/19	
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.			
JAIRÓ JOSÉ DE MOURA BRITOSA COREN 209683 PI Em: 14/04/2019 20:48:36			

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	Pulso: bmp	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 pélvias, pct fásico, sem colar cervical e prancha rígida;  
 B: AP: MV+ bilateralmente, sem RA, expansibilidade preservada; SaO<sub>2</sub>- 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 isocôricas e fotorreagentes;  
 E: escoriações em cotovelo direito e membro inferior esquerdo imobilizado

Diagnóstico Inicial: ?	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTENDO NÃO VERIFICADO	RAIO X REALIZADO
Exames Complementares:	04 SET 2019	DATA: 14/04/19 Técnico: <i>[Assinatura]</i>

Prescrição Médica:  <i>Do Centro Cirúrgico</i>	GENTE SECURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
--	---

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

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NEURO COELHO MOITA  
CRM 4330 Em: 14/04/2019 20:48:36

*Fátima Brito*  
MEDICO

**REQUISIÇÃO DE PARECER**

NOME	Eulálio Neto da Silva	PRONTUÁRIO	508407
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	Ocupado
À CLÍNICA	Cardiologia	235/247	
MOTIVO DA CONSULTA			

- Avaliar risco cirúrgico



Gardiano Chemberger  
CRM-PI 3013-PT  
CRM-PI 6003-PA

DATA: 15/04/19

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

**PARECER**

Paciente 51 anos, sem comorbidades.

Nega uso de medicações.

Antecedentes cardiovasculares.

LAB: OK

ECG: RS, ADHV

Aparente baixo risco cardiovascular diante do procedimento proposto.

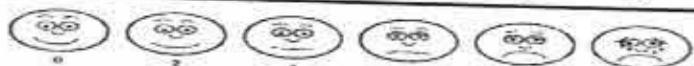
Dr. Hermano Pinheiro  
Cardiologia / Clínica Médica  
CRM-PI: 4202

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

## ENTRADA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - POS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Gilberto Neto da Silva IDADE \_\_\_\_\_ anos DATA 14/04/2019  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 23 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA( ) GERAL( ) RAQUE( ) BLOQUEIO( ) PERIDURAL( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO				CIRURGIÃO
	ADMISSÃO		SAÍDA		
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>87 / 48</u>				<u>100x60</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>93</u>				<u>70</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>98%</u>				<u>3007</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/ MATRÍCULA	<u>Ana Celia</u>				
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK					
ATIVIDADE SCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	SAÍDA
	Movimenta dois membros	1	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	<input type="checkbox"/>
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	A apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	0	0	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	<input type="checkbox"/>
	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR	Desperta, se solicitado	1	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Não responde	0	0	0	<input type="checkbox"/>
ADMISSÃO	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
ASSISTÊNCIA	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	0	<input type="checkbox"/>
	TOTAL	<u>03</u>			
ESCALA DE DOR	 				

( ) SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

23/04 - Pte admitido na SRPA em POS de Fratura de tíbia e fíbre, sob efeito de raqueianesthesia consciente, orientado, passivo, eupneico e 100% O<sub>2</sub>. HV em curvo. Algod hipotônico, demais SGN intactos.

*Cristiane Tiburcio de Mello Ferreira*  
COREN - PI 149441  
ENFERMEIRA

*REALIZADO*  
*14/04/19*

ESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA
	HORÁRIO
	ANESTESIOLOGISTA

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

ESTO: [ ] [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 14 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] MORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD]

*Marcus Crisânto*  
CRM-PI 3081 / CRM-MA 7260



## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/04/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Eulálio Nebanda Silverio</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>508307</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fistula Sodogênica</u>	CIRURGIA:	<u>fixação fistula</u>
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Yuri</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Marcos Brisanto</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Conceição</u>	CPF Nº:	

DEPARTAMENTOS DE SINISTRA  
DA VAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 466, Loja C  
Centro - Maria CEP: 64.002-470  
a-p/

## 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 701715	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				ENFERMARIA:
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Rox</u>
PROLENE				





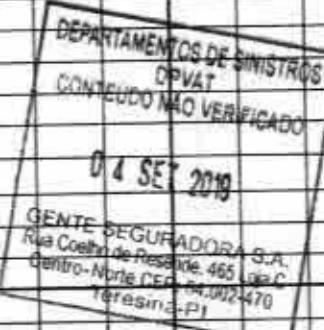
## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Eulálio Neto da Silva Sala: Alergia: Nega Data: 14/04/19  
Procedimento: Fratura exposta de tibia Esg. Cirurgião: Yuri Tiago Observações:

Intrafemurta cirúrgico

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 midazolam		25	25	mg									
2 epi. 0.5 P.		10	mg										
3 morfina IT		100	mcg										
4 cefazolina		2G											
5 zanifídica		50	mg										
6 dexametasona		8	mg										
7 dipirona		27											
8 cetroprofeno		100	mg										
9 Plazil		10	mg										
10 glicose 50%		10	g										
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatile	%												



GENTE SEGURO  
Rua Coelho de Resende, 465  
Centro-Norte CEP 64.002-4470  
Teresina-PI

## Acesso Vascular

- Periférico  
 Cat. Venoso nº \_\_\_ G  
 Dificuldade aces. venoso  
 Gastos \_\_\_ cateteres  
 Central \_\_\_

## Via Aérea

- Catester nasal  
 IOT nº \_\_\_  
 LMA nº \_\_\_

## Monitorização:

- Cardioscopia  
 PANI  
 Oxímetro de pulso  
 ETCO2  
 Outros

## Anestesia:

- Geral Venosa  
 Geral Balanceada  
 Raquianesthesia  
 Peridural  
 Bloqueio Periférico  
 Outros

Decúbito: TDA

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

Descrição da Anestesia: Monitorização, oxímetro, art. punhos lombares mediana em L2-L3 com og. 27G, 3<sup>o</sup> feutafiva, LCE ceftalino, injeção de AL + opioide. San inferior-grenhas.

Marcus Crisanto  
Anestesiologista  
CRM-PI 8081 / CRM-MG 199

Anestesiologista



# Braga & Braga

## Importação e Exportação

0329

### COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&amp;BRAGA

CNPJ:63607790000198

FABRICANTE:

CNPJ:

PACIENTE:

Prontuário: 508407.

RG.HOSPITAL:

Eulálio Neto da Silva

COD.SIG TAP: 0702030406.

DATA:

14/04/19

ALTA

USADO:

PROCEDIMENTO:

Fratura de tibia

MEDICO:

Dr. Yuri Guapo

CPF:

CRM:

Produtos Utilizados/Implantados:

NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote		QTD
01 Fixador Externo				01	

01 Fixador Externo

01

ORTOMINERG IND. E COM. LTDA  
Ref.:0747/02 Lote:18P005248  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 360  
FIXADOR EXTERNO LAYFIX  
Registro ANVISA: 10229710006

Vál. 03/07/2023  
ESTERIL. R  
03/02/2018  
Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 0501828073

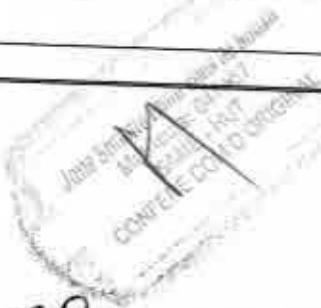
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2018

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



Francisco

Responsável pela Farmácia

Responsável pelo Preenchimento



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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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**

CLIENTE SEGURODORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Lote 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:**

11-Mãe: **MARIA EVARISTA CORREIA**

12-Fone: **15-99601-9828**

13-Resp: **LAICIO RODRIGUES DA SILVA**

14-Fone: **15-99601-9828**

15-Ender: **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**

31-Cod.Proced.Princip.

30 - Procedimento Principal / Descrição:

**0408050500**

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍbia**

31-Cod.Procedi-  
mento Especial

**0702030406**

32 - Descrição do Procedimento Especial:  
**FIXADOR EXTERNO LINEAR**

Quant. Soli-  
cida:

**1**

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável:

**YURI JIVAGO FELIX**

40-Tp. Documento:

**CPF**

*Yuri Jivago  
Ortoped/11-04-2019  
Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)*

41-Data Solicitação:

**14/04/2019**

42-No.Doc. Méd. Solic.:

**001.663.217-61**

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

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Soluto abuso de fáceis  
extensão de interna tubo.*

**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/auditória

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

*800414  
Marcondes Marinho S. Moura  
Médico Auditóri@MS - Teresina  
CRM/PI 200 - Ass. Carimbo (Rg.Conselho)*

(SOLIMAR BRITO)



Teresina

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485 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 108407 Nº LAUDO 236992

- 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

Dr. Sérgio Leal Teixeira  
CRM - 3131  
Médico Técnico - HUT

DATA: 12/09/19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR



DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



16/09/2019 11:05



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 196523  
AIH: 2219100264579

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE  
123459193710005 EULALIO NETO DA SILVA

NASCIMENTO 22/05/1967 SEXO M PRONTUÁRIO 508407

DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE  
8694091497 MARIA EVARISTA CORREIA

RESPONSÁVEL

LAECIO RODRIGUES DA SILVA

CEP ENDEREÇO - LOGRADOURO  
51300-000 AV. SINHAZINHA CORREIA

NUMERO / LOTE

BAIRRO COMPLEMENTO MUNICÍPIO  
CENTRO SUL BARRAS

S/N

UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA, APOS ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ 10 HORAS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Camilo de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PICONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(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/DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

## CARÁTER

URGENCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

14/04/2019

YURI RIVAGO FELIX

DATA ADMISSAO

14/04/2019 20:33

DATA ALTA

17/04/2019 16:26

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CRM:

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO /  
AUDITORIAFABIENNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA  
CPF: 20171471334

CRM:

DATA ANALISE: 15/04/2019 08:20:36

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

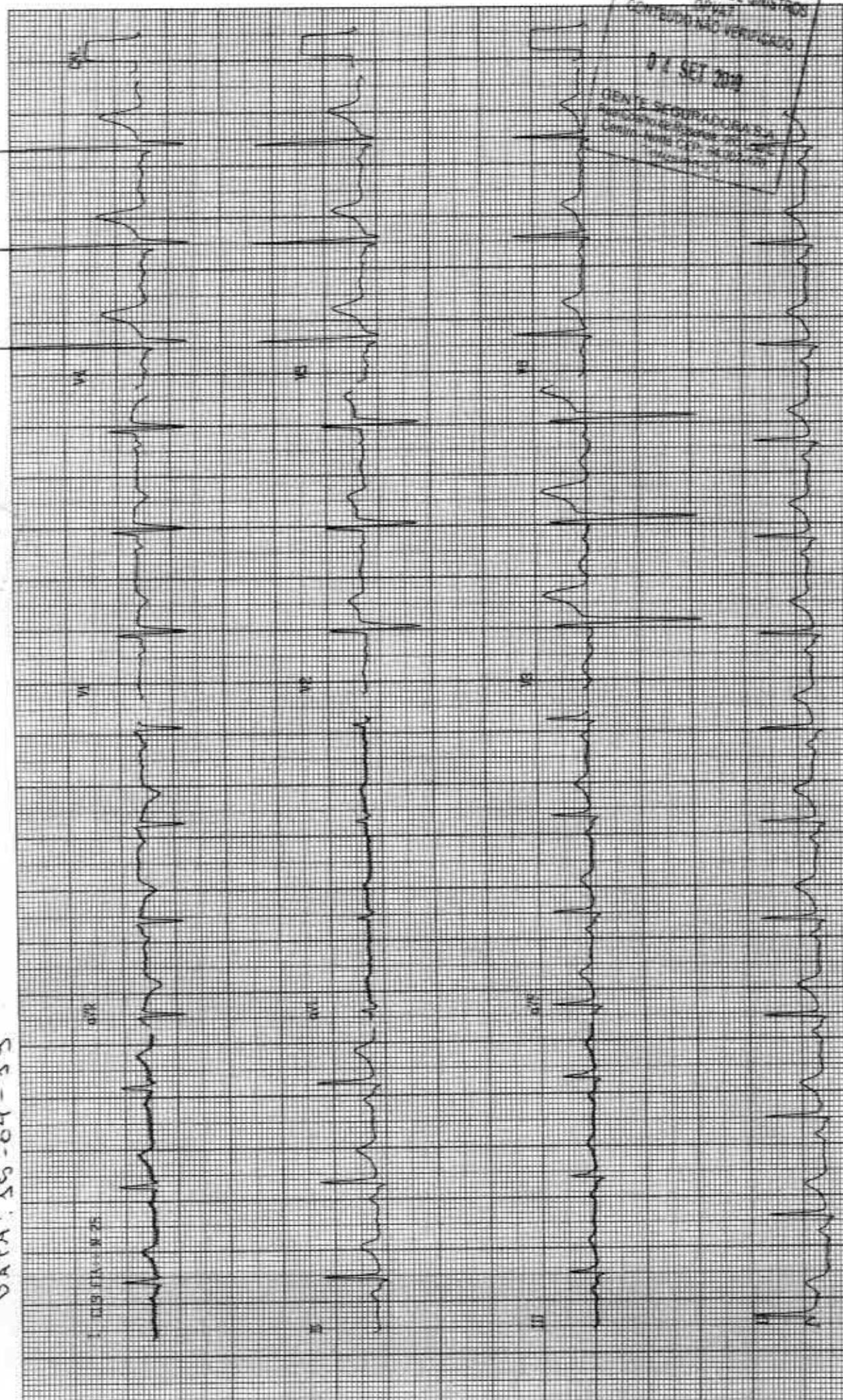


**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Eulálio Neto da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura Coluna Vértebra - F2		
Operação - Tipo	Losc / Tratamento Vértebra		
Cirurgião	Dr. Yuri	1º Assistente	
2º Assistente	Yuri Júlio Félix Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 12208	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Conceição	Anestesista	Dr. Marcos Brilhante Raque
Anestésico(a)			
Data da Operação	14.04.19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	013040478 - T009 + 0108050500 - 5822		
Relatório Imediato do Patologista	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO.  04 SET 2019	fixador	
Acidente Durante a Operação	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cogho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI		
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
<p>1) Operação - extremitade inferior 2) Injeção + fechamento da Fratura Coluna da Vértebra e fáscia E - Ligar a ferida imediatamente (sem tempo anterior) e fechar ferida E 3) Fechamento + traçar fratura Vértebra (Tornar fáscia E - 4) ferimento da ferida 5) curativo.</p>			
Yuri Júlio Félix Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 12208			

Endolito N. do Sílva

51 anos  
DN: 82-05-67  
DATA: 55-04-19





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

DEPARTAMENTOS DE GESTÃO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
04 SET 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485, Lote C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES  
**5828856**

Código da  
Internaçā

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

4-CNES  
**5828856**

**2369**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome:	<b>EULALIO NETO DA SILVA</b>			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-Ender:	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. Procd. Anterior <b>0408050500</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA</b>
21-Cod. Mudança Proced. <b>0415030013</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO</b>
27-CID Princ: ?	28-CID Sec.: 29-CID C.AS

38-Proissional Responsável: <b>YURI JIVAGO FELIX</b>	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
4-Data Solicitação: <b>14/04/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>001.663.217-61</b>	<i>Dr. Marcos Augusto Ribeiro de A. Varanda Médico Auditor - HUT 0415030013 Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)</i>

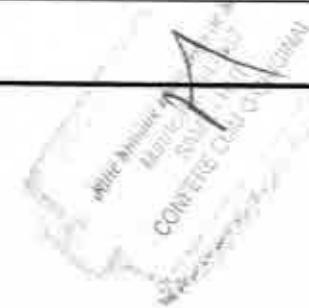
**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura exposta em tibia'E, realizado tto cirúrgico: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA 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:		
50- Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
		<i>07-04-19 Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CNPJ: 26.011.517/0001-00 Ass. Carimbo (Rg. Conselho)</i>

(ANA QUEIROZ)



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

196593

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	236992

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fratura de Diáfise da Tibia e que ainda  
de Trecho de 10 cm ± 10 Horas.

21 - Condições que justificam a internação:

1f fum

DEPARTAMENTOS DE SINISTRA  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

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

Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tibia

24-CID Prin:

5822

25-CID Sec:

16-CID T-sec:

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 466 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

**0408050500 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

14/04/2018

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( <input checked="" type="checkbox"/> ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-( <input checked="" type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Típico			
38-( <input checked="" type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado    () Empregador    () Autônomo    () Desempregado    () Aposentado    () Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: 47-Data Autorização:

48-Documento: 49-Num. Documento:

() CNS    () CPE

30/04/19  
Marcondes Martins S. MOVA  
Médico Assistente - FMS - Teresina  
CRM-PI 17026395120001  
Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **(SOLIMAR BRITO)**  
Consulta Local: **71010**  
Consulta SUS:  
Impressão: **14/04/2019 23:14:14**



INSTITUIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO INÉDITA

HOSPIURGÊNCIA

16

**Dr. Giordano Cronemberger / Ortopedia e Traumatologia / Dr. Yuri Uivago Félix / Ortopedia e Traumatologia / Dr. Ricardo S. Valeteca / Ortopedia e Traumatologia / Dr. Paulo H. L. Pessca Filho / Ortopedia e Traumatologia /**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SPRA

NOME Eduardo Neto da Glaucia

IDADE                   anos

DATA 1710

HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 25 min

#### **CIRUGIA REALIZADA**

## CIRURGIA REALIZADA

HORÁRIO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO					
	ADMISSÃO			SAIDA		
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	103x62			103/76		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	60			62		
SATURAÇÃO DE O2 (%)	98%			99%		
TEMPERATURA AXILAR (O° C)				04 SET 2019		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470		
NOME/ MATRÍCULA	Julia			Teresina-PI		
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK						
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob corriente	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Ao apresenta disonéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Escala de Dor Alta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
TOTAL	09			10		
ASS.	Ass. de enfermeira GOMES, P. (4944) ENFERMEIRA			Natalia		

EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM

0 DE ENFERMAGEM:  
17:15 - Pcte admitido na SRPA, em POI de natureza de TN2 (E)  
sob efeito de xaguanestript. consciente, orientado, faroso, com  
nício, S1 O2. HV em curso SSW estáveis

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

ENCAMINHAMENTO | EXTERNO | SALA DE GESSO | IMAGENS E GRÁFICOS |

100

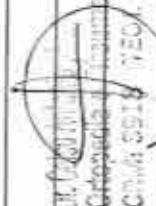
ANESTESIOLOGISTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
<i>Pedro Neto da Celia</i>		<i>01/09</i>		<i>235</i>	<i>247</i>	
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:				
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
170419		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
1 Dexta Quel 2 Nitrogl 1000 ml 6 14 got leceu 3 Kollut 15 gr 6/6 h 4 Dipinacuol exp + AD 6-6/6 h 5 Neuraxil 100 mg, 100 ml de Sfozit 6/6 h 6 Rorundiun or exp + AD 6-6/6 h 7 Phenox 40 mg ST 1X/dia						
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO <b>04 SET 2019</b>						
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 469 Loja C Centro Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI						
PLANO X REALIZADO! <b>DATA: 04/09/2019</b> Técnico: <i>.../...</i>						
						



**HUT**  
TERESINA - HUT  
Hospital Universitário de Teresina

**HOSPITAL**  
**AL DE**  
**GENC**

# **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA/NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LETRAS	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	508407	22/05/1967	51	Ortopédica	235	247	OBSERVAÇÕES
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>								
DI : 14/04/2019 FRAT TIBIA E								
18/04/19								
1	Dieta oral livre							
2	jelco salinizado							
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
4	Omeprazol 40mg 1comp VO 1xdia							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
7	lexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
8	Curativos diários							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DAVAT  
CONTENDO NAO VERIFICADO

04 SET 2019

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



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

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA. APOS ACIDENTE DE TRÂNSITO HA 10 HORAS.

## CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.000-470  
Teresina-PI

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

## CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S82 - 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

URGENCIA

## 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 VIOLENCIA)

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))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA  
CPF: 07939400362

CRM:

DATA ANALISE: 17/04/2019 16:58:17

CPF:

CRM:

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Eulálio Neto da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Fx de tímpano e Bicanal + Frx de d.lho c.		
Operação - Tipo	<u>Branca</u> de orelha e Bicanal + Fissur. de fx de d.lho c.		
Cirurgião		1º Assistente	
2º Assistente	Ortopedista Neurocirurgião CRM: 373 RG: 13195	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Raquel	Anestesista	Eduardo
Anestésico(a)	Raquel		
Data da Operação	17/04/19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	Osteosíntese S 822 b fixada Osteosíntese S 826 b parafuso		
Relatório Imediato do Patologista	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b> </div>		
Acidente Durante a Operação	04 SET 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI		
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia. 2) Acesso + contorno + exposição de pele e tecido 3) Acessos ao seio do lobo lateral 4) Reduzir frangos + fissuras com fio intramedular 5) Acessos ao seio do lobo médio 6) Reduzir frangos + fissuras com fios de polideno 7) Fissura de d.lho c com final de osteosíntese 8) Sutura 9) Curva			

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

DATA 17/04/19

NOME DO PACIENTE: <u>Eulálio Nito do silve</u>		PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raquel</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
CIRURGIÃO: <u>Derval</u>	CPF Nº:	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
AUXILIAR:	CPF Nº:	04 SET 2019
ANESTESIA: <u>Eduardo</u>	CPF Nº:	GENTE SEGUROADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Log C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
INSTRUMENTADORA: <u>Raquel</u>	CPF Nº:	

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>715</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>310</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>03</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Afodim de oxig</u>	UNID.	<u>02</u>	

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.				
<u>ALCOOL Algodão 2</u>	UNID	<u>01</u>		
MONONYLON 2-0	UNID	<u>05</u>		
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:
VICRYL				CIRCULANTE: <u>SM</u>
PROLENE				





## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Celso W, Jr. de Oliveira

Procedimento:

Intervenção de favela agudo ótico + levo

Sala:

Alergia: Nao

Data:

10/09/19

Agentes

Unid.

15

30

45

15

30

45

15

30

45

15

30

45

1 Propofol  
2 Midazolam  
3  
4 Fentanyl  
5 Sufato de Rocuronio  
6 Cetamina  
7

15

mg

ml

mg



# Braga & Braga Importação e Exportação

0410

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198		
FABRICANTE :		CNPJ:		
PACIENTE: EULALIO NETO DA SELVA		COD.SIG TAP:		
RG.HOSPITAL:	237179	USADO: 17/04/19		
DATA:	ALTA:			
PROCEDIMENTO:	0408050500 + 0408050497	CRM:		
MEDICO: DR-PURVAL	CPF:			
Produtos Utilizados/Implantados:				
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD

<p>ORTOBONTEC IND. E COM. LTDA Razão Social: ORTOBONTEC IND. E COM. LTDA CNPJ: 42.471.000/0001-48 Endereço: Rua 10 de Junho, 1000 - Centro CEP: 65000-000 - Teresina - PI Tel.: (86) 3222-1000</p>	<p>ESTERIL B 02/07/2018</p>	<p>01</p>
<p>Fixador Lay Fix CI BARRA 350 Fixador Externo LAYFIX Registro ANVISA: 18223710005 Resp. Técnico: CARLOS M. MAKAMURA/CREA N. 0601620073</p>		
<p><b>PARAF. ESPONJOSO</b></p>		
<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO</p>		
<p>04 SET 2019</p>		
<p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 400 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>		

**Responsável Pelo Preenchimento:**

Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Responsável pela Farmácia**

**responsável pelo Preenchimento**



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

#### **Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>		4-CNES <b>5828856</b>	<b>23717</b>

## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome:	EULALIO NETO DA SILVA			6 - Prontuário:	508407
7-CNS:	708600566979785	8-Nascimento:	22/05/1967	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	MARIA EVARISTA CORREIA			12-Fone:	15-99601-9828
13-Resp:	LAICIO RODRIGUES DA SILVA			14-Fone:	15-99601-9828
15-Ender:	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

30-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:  0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
31-Cod.Procedimento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:  0702030406 FIXADOR EXTERNO LINEAR

Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA

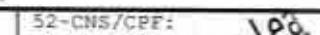
38-Profissional Responsável: <b>DURVAL TERCIO NUNES LEAL</b>	40-Tp. Documento: CPF	 <b>Dr. Celso Andrade</b> Ortopedia e Traumatologia CRM-SP 116 - IEGT 13135
39-Data Solicitação: <b>17/04/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>342.177.383-15</b>	

## **JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Concrete does not allow the water to penetrate  
down the concrete surface.

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rx-Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controlador de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	17/09/2012	 Mariléa da Silva Leão 53-Responsible: 804.175.743-0 53-Address: 7384, Conselheiro

**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**

2-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, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-471  
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-Ender: **RUA ALBERTO GOMES DE MORAES, 573 - SANTINHO - CEP: 64100-000**

17-Cod.IBGE: **220120**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64100-000**

16-Munic: **BARRAS**

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

4-Cod.Proced.Princip.

30 - Procedimento Principal / Descrição:

**0408050497**

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO**

31-Cod.Procedi-  
mento Especial

32 - Descrição do Procedimento Especial:

**0702030724**

**PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM**

Quant. Soli-  
cida:

2

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável:

**DURVAL TERCIO NUNES LEAL**

40-Tp. Documento:

CPF

*M. Silviano*

Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3918 TEOT: 13135

39-Data Solicitação:

**17/04/2019**

40-No.Doc. Med. Solic.:

**342.177.383-15**

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

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Xeletu exec Jr de Eulálio é Bemadeira*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

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

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

*17 MAIO 2019*

*Ta. Mariléa da Silva Leal*  
53-Res. de Auditoria (DRCAA / FMS)  
RM-17255-CPF: 804.157.437-  
CNS: 9800162817384  
(KARLA BATISTA)

*Ass. Mariléa da Silva Leal*  
CONVERSA COM MARILÉA DA SILVA LEAL

**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

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

**LAUDO MÉDICO**

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

**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

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: *[Signature]*  
 ANTONINO NETO COELHO MOITA  
 CONFIRME O LAUDO





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**

Dígito 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**

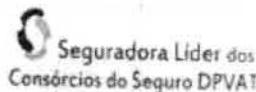


Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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



# 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

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

**Titular do CPF:** EULALIO NETO DA SILVA

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

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 PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, DIMINUIÇÃO DA FORCA 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
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# 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 PÉ ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA, COM EDEMA LOCAL, DIMINUIÇÃO DA FORCA 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	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# 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

Valorização 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

PROCURACAO PARTICULAR

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

<b>OUTORGANTE</b>	<i>Eulálio Neto da Silva</i>	
Nacionalidade:	Brasileira	Estado Civil:
Identidade nº:	1.314.318 SSP/PI	Profissão:
Endereço:		
CEP:	64.100-000	Telefone:

<b>OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA</b>		
Nacionalidade:	Brasileira	Estado Civil:
Identidade nº:	1.457.994-SSP/PI	Profissão:
Endereço:	Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,	
CEP:	64.019-330	Telefone:

**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 perícia médica 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 Vítima Eulálio Neto da Silva

BARRAS - PI

18/06/2019

Local e data



*x Eulálio Neto da Silva*

- Vítima ou Representante Legal -

CNPJ: 08 842 751/0001-31 - CNS: 148320	
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE EULÁLIO NETO DA SILVA. EM TEST. <i>[Assinatura]</i> DA VERDADE. DOU FÉ. BARRAS, 18/06/2019 08:59:44	
<i>Sílvio Neto da Silva</i> ISADORA PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE Email: R\$ 0,85 TJ: R\$ 0,17 MP: R\$ 0,10 Selc: R\$ 0,28 Total: R\$ 4,88	<i>Eulálio Neto da Silva</i> Isadora Pacheco Fortes Silva ESCRIVENTE
 RECONHECIMENTO DE FIRMA ABQ 77553	

# 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 médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/09/2019

Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA  
CPF: 703.754.703-44

Data do cadastramento: 04/09/2019

Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Danielle Nobre de Sousa