

## Declaração do proprietário do veículo

Eu, IONE EVANGELISTA GUIMARÃES

RG nº 3.554.887, data de expedição 07/11/06.

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº.

808.631.673-49, com domicílio na cidade.

De TERESINA no Estado de Piauí,

Onde resido na (Rua / Avenida / Estrada)

QD-02 CS-35 CEP: 64000-000  
nº 100 complemento Pedra More

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de

Minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima

Tarciso da Silveira Berenguer o condutor  
Era Tarciso da Silveira Berenguer

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 125

Ano: 1986/1987

Placa: LWL-8665

Chassi: CG125BR1522874

Data do acidente: 28.08.18

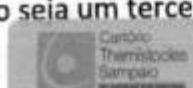


Local e Data: TERESINA 06 NOVEMBRO 2018

IONE EVANGELISTA GUIMARÃES

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vitima Reclamante do sinistro)



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - ANÁTHIA GONÇALVES DE SÁMPAO PEREIRA  
RUA LUIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI  
Fone: (86) 3221-7666 - E-mail: anathia.sampaio@cartorio3sampaio.com.br



PEÇO HECHO POR AUTENTICARME A FIRMA DE: IONE EVANGELISTA GUIMARÃES  
DOU FE. EM TEST. 06/11/2018 DA VERDADE. TERESINA-PI/06/11/2018.  
Enol. 33, 71, Tj10, 74 Selos 0,26 Total 0,71 Selos 0,26 Total 0,47222 (F8089)  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante da Cartório de Notas - Encarregado Autorizada



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 60d:3860	02 Data do chamado 28/08/18	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 19:35H	05 Chegada ao local 19:49H
Local da Ocorrência	06 Saída do local 20:06H	07 Chegada ao 1º hospital 20:22H	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Principal da Vila Santa Bárbara	11 Bairro Vila Santa Bárbara	12 Município-UF	Código IBGE	
Local de Ocorrência	13 Ponto de referência Bom tempo Construção				
Dados do Paciente	14 Nome Tarcísio da Silva Borges Júnior	15 Sexo Masculino			
Local de Ocorrência	16 Idade 35 anos	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência HUT	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica  06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico  11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares  16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Exame Físico	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 30 NOV 2018
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	1 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete SANTO Airbag Cinto de segurança S. GURADORA S.A. Assento para criança s. s. s. CEP: 54.002-470 Taubaté-SP
Assistência	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	Pulso 65bpm Resp. PA 110x70 TAX. Sat02 97%	25 Local da lesão
Hospital de Destino	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor      3 Leve      6 Moderada      9 Intensa      10	30 Fratura 1 - Sim 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)  Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c) 32 Hospital de Destino HUT	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte			
	<p>Cliente sofreu colisão moto c/ moto, apresentando suspeita de clavícula ( ) + fratura de punho ( ) + lesões em face sanguinante. e no couro cabeludo. TCE!!</p> <p>CONFERE COM O ORIGINAL Márcio Velloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU</p>				
	Socorristas Médico AE/TE	budenina		Enfermeiro Condutor	Benedicto
	Responsável pela recepção				



NOME DO PACIENTE: Tarciso da Silva Borges Junior

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 486588



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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção

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

SOA ORA - ORTO - OJOAO PASSOU PELO

ORTO - BUCO - OK

SUS - SUS

OFICINA COLHIMENTO

LETIM DE ENTRADA - BE NHEA  
OS DO PACIENTE: 291818CIR GERAL = OK (Data: 28/08/2018) (User: DANILO VIEIRA (Educação: ACR01))  
- BUCOMAXILO = OK (Data: 28/08/2018) (User: DANILO VIEIRA (Educação: ACR01))

Nome: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

Prontuário: 486588

Mae: MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES

Pai: TARCISO DA SILVA BORGES

End. Resid.: RUA AGNELO FERREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000

Nascimento: 01/10/1982

Idade: 35a10m27d

Sexo: Masculino

Fone: 86-99543-4686

Responsável: SIMONE KERLE LIMA

CNS: 702608234778345

Profissão: MECANICO

CPF: 000.792.063-60 \* RG: -

G. Instrução: Médio Completo

E.Civil: Casado(a)

End. Local.: - - -

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

ADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 681514 Data: 28/08/2018 20:24:33 Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Capitão de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64002-470  
Teresina-PI

id.Trab.: Não

Trajeto?: Não

Tipico: Não

CID Secundário: V299

ADOS CLÍNICOS:

Vítima de acidente motociclístico no capô. 1h (sequencia 5Amv, fala não fala, inconsciente). Chega com ① V.a áerea pélvica, com grande rigidez e dor clínica, ② mvt, espontânea, diminuição em HTE. SatO2 = 98%. ③ sum sangramento venoso visível. BNF, ZT, RR, SS. Paciente inconsciente, fala instável. ④ Ganglios = 15, pupilas isocônicas e fato irragente lige râuxo, náuseas e círculo. Refere cintura lombária. Observado equimose periorbital e o rinocragia. ⑤ lesão em antebraço e, face, dor em clavicula e um rugido frontal à E.

JBO X 80 mmHg

Pulso: abdu

FC: 87

bpm

Temp.:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Salvo TC de escânsio, RX de tórax, pelvis, antebraço, e mão. RRAY DATA 29/08/2018

Relegue sutura em Face na 1a de Sutur.

TA:  Melhorado  Administrativa  
 Curado  Por Indisciplina  
 Inalterado  Por Evasão  
 A Pedido

EXAME: *Sangue*  
 Retornar à Unid. Original DATA: 29/08/2018  
 Transferência: TECNÓLOGO:  
 DATA SAÍDA: / / . HORA:

ITO:  Até 24 Hs  DESTINO: *Família*  
 De 24 a 48 Hs  IML  
 Após 48 Hs  Anat. Patol.

Proced. Solicitado:  
 CID Compativel:  
 Prof. Solicitante Internação:

0408020431

5523

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

LAP TSE

Assinatura Paciente ou Responsável

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
E PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES

**5828856**

Código da  
Internação:

4-CNES

**5828856**

**221668**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR</b>	6 - Prontuário: <b>486588</b>		
7-CNS: <b>702608234778345</b>	8-Nascimento: <b>01/10/1982</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>000.792.063-60</b>
11-Mãe: <b>MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES</b>			12-Fone: <b>86-99543-4686</b>
13-Resp: <b>SIMONE KERLLE LIMA</b>			14-Fone: <b>86-99543-4686</b>
15-Ender: <b>RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - CEP: 64000-000</b>			
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-000</b>

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd. Anterior <b>0408020431</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA URNA</b>
21-Cod. Mudança Proced. <b>0415030013</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO</b>
26-Diagnóstico: ?	
38-Profissional Responsável: <b>LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA</b>	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: <b>29/08/2018</b>	40-Ho.Doc. Méd. Solic.: <b>746.635.933-72</b>

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentado trauma + fratura em antebraço. Realizado tto cirúrgica do rádio/ulna 0408020431 S523 + fratura de clavícula 0408010150 S420.

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF: <b>280918</b> <b>Marco de Souza Martins S. Mouta</b> Médico Auditor - FMS - Teresina CRM-PI 1201 - CNS 17102005120102



## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
70260823478345	TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR		01/10/1982	486588	M
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL	
2279.859 PI	8695434686	MARIA DEUSENIR DE OLIVEIRA BORGES		SIMONE KERLLE LIMA	
CEP	ENDERECO (LOGRADOURO)		NÚMERO / LOTE		
	RUA CAPITAO TOAMS D EAQUINO		2670		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
SAO JOAO			TERESINA		PI

## PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO DA ULNA	0408029431		
DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO	S523		

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

## PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentado trauma + fratura cm antebraço. Realizado no cirurgico do rádio ulna 0408020431 S523 - fratura de clavícula 0408010150 S420.

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

## NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

LAO TSE FRONTIER DA SILVA FEITOSA

## ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

## CNS SOLICITANTE

207284512760006

## DATA SOLICITAÇÃO

13/09/2018

## AUTORIZAÇÃO

## ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO DE SINISTROS DPVAT)

## NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

TANIA MOREIRA AREIA LEAO

## CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

201560395290003 | 13/09/2018 14:13:51

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

John Smith - Membro do Conselho  
Membro do Conselho de Sinistros  
CONFERENCIA ORIGINAL



## 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
702608234778345	TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR		01/10/1982	M	486588
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
2279.859 PI	8695434686	MARIA DEUSENIR DE OLIVEIRA BORGES	SIMONE KERLLE LIMA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
			2670		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
SAO JOAO			TERESINA	PI	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. LACERAÇÕES EM CANTO LATERAL DO U.F.

## CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

## CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S523 - FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO

## CID 10 SECUNDÁRIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020431 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA UNICA DO RÁDIO DA ULNA

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/ CARIMBO DO CONSELHO)

## CARÁTER

URGÊNCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

28/08/2018

LAD TSE FRONTEIRA DA SILVA FEITOSA  
CPF: 74663593372

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
COMPENSAÇÃO  
DE PESSOAS  
30 NOV 2018  
GENTE SEGUROADORA S.A.  
Flávia Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

## DATA ADMISSÃO

28-08-2018 20:24

## DATA ALTA

04/09/2018 09:58

## MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERACAO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° 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 / AUDITÓRIA

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO  
CPF: 3733645300

CRM:

DATA ANÁLISE: 29/08/2018 05:04:08

CPF:

CRM:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Janete Simone Ferreira de Souza  
CRM: 157  
HUT  
CONFIRME COM O ORIGINAL









**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

## Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

## Rubrica

NOME DO PACIENTE:		Tauvilo de Silva B. Junior	PRONTUÁRIO N°:	486588
DIAGNÓSTICO:		tauvo corao	CIRURGIA:	
ANESTESIA:		o	Nº DA SALA:	08
CIRURGIÃO:		MFITS	CPF N°:	
AUXILIAR:		Anna Lira	CPF N°:	
ANESTESIA:			CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:		Selene	CPF N°:	
DEPARTAMENTOS CONTEÚDO NÃO OPERA				

## MATERIAL DE CONSUMO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Tauáso de Souza Borges Júnior.

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

osteossíntese de fratura do complexo zigomático-máxilla

Cirurgião

Dr. matias

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

ITAMO

Anestesia

GMP

Anestésico(a)

Data da Operação

04/09/19

Início

09:00

Fim

12:00

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB MESTESÍS BEM COM INTUBAÇÃO CRONTRAGEN
- 2) ANTISÉPSIA INTA E EXTA OMR E POSICIONAMENTO DOS CAMPOS
- 3) INFILTRAÇÃO LOCAL EM REGIÃO DE SUPRACLÍIO, INTRA-ORBITA E INTRA-ORAL (VESTIB. MÁXILLA E)
- 4) ACESSO CIRÚRGICO PARA RETRO E FRONTE DE FRATURA (3 FURAS NA FRONTE-ZIGOMA),  
(3 FURAS NA INTRA-ORBITA) E (2 FURAS NA REGIÃO ZIGOMÁTICO-MÁXILLA). TOTAL 8 FURAS
- 5) EXPLORAÇÃO E INSPEÇÃO DO SITIO CIRÚRGICO
- 6) SUTURA DAS LARINGOS
- 7) LIMPADA EXTA-OMR E REMOÇÃO DE TAMPÃO EM OROSTOMÍA
- 8) REMOÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS E TÉRMICO NA CIRURGIA.



NOME Fábio da Silva Borges Júnior

IDADE 35 anos

DATA 04/09 /2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 13 hs 05 min TIPO DE ANESTESIA:  GERAL  RAQUE  BLOQUEIO  PERIDURAL  ISEDACÃO

CIRURGIA REALIZADA Fratura de zigomático

CIRURGIÃO Matias

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

J3:05 Admitido na SRPZ, em PSC de fract. zigomática. Consciente, orientado. Expresso um PZ. HV óptico. <sup>raízes</sup> Parentes

34h - Mtc, neoprene

HUT DR. ZENON ROCHA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

NAME Face 14:40 ha  
DATE 04/09/18

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

ALTA SRPA

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

*Una Festa*  
- *Miss* *Miss*  
**ORARIO** CRM-PI 4924

## ANESTESIOLOGISTA

NOME Tarciso da Silva B. Junior IDADE 35 anos DATA 30/08/2018  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA  GERAL  RAQUE  BLOQUEIO  PERIDURAL  SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA Fist. clavicular + nódulo Dc(0) CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		SAÍDA
	ADMISSÃO		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>161/92</u>		<u>161/87</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>87</u>		<u>74</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>99%</u>		<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Aurélia</u>		<u>Aurélia</u>

## ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	ADMISSÃO		SAÍDA	
		2	1	2	1
Movimenta os quatro membros	2	2	1	2	1
Movimenta dois membros	1	1	0	1	0
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		0	1	2	3
ESCALA DE DOR ALTA		0	1	2	3
( )SONDA VESICAL	( )DRENO DE SUCÇÃO	( )DRENO TORACICO	( )DVE	( )COLOSTOMIA	
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

TOTAL 08

ASS.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
30 NOV 2018

Meu Agente:   
Data: 2018-11-30

GENTE SEGURADA  
Rua Coronel Sá, 365 Centro, Teresina-PI  
SONDAGEM: 365 Centro, Centro, Teresina-PI  
Centro, Nro CEP: 64.002-470

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

12:25 Admitido no SRPA no POF de tlo cirúrgico para retirada de clavícula (0) + nódulo (0). Submetido a quais sonolentos e supressor, respondeu ac. Fc com cianose brusa

CORRIGIDA

CONFIRMO CORRIGIDA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## ALTA SRPA

Dr. Laurindo Raulino Filho  
Médico Anestesiologista  
CRM PI 178 CPF: 066.913-0000-00  
Anestesiologista

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

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

# SUMÁRIO DE ALTA



## 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

Prontuário:

486588

Internação:

222119

Nome: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

End. Resid.: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-000

Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	01/10/1982	35a11m3d	Casado(a)	MECANICO
Internação		Alta		Permanência
Data	Hora	Data	Hora	

04/09/2018 09:57

05/09/18

\_\_\_\_\_

Cod.CID:

5021

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

*Intervenção na glândula*

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*Intervenção na glândula*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE-SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: 04/09/18 Tipo: *Intervenção na glândula*

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

*Nenhum planejado*

Intervenção na glândula  
CONFECÇÃO CRIMINAL  
CONFECÇÃO CRIMINAL

Tipo de Alta:  Curado  Melhorado  Pedido  Evasão  Administrativa  
 Óbito  Transferência outro serviço  Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: \_\_\_\_\_ Transporte: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Dr. José Carlos de O. G. Filho  
Cirurgia Bucal/Maxilofacial  
Fone: 86 32200  
Ass. Médico: Assistente/Auxiliar/Residente



## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR		Prontuário: 486588
Mãe: MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES	Pai: TARCISO DA SILVA BORGES	
End. Resid.: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 01/10/1982	Idade: 35a10m27d	Sexo: Masculino Fone: 86-99543-4636
Responsável: SIMONE KERLLE LIMA	CNS: 702608234778345	
Profissão: MECANICO	Documento: CPF: 000.792.063-60	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 681514	Data: 28/08/2018 20:24:33	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convenio: DEPARTAMENTOS DE SINIS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICA

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 28/08/18 21:08	ESPECIALISTA: NCR
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
<p><i>Paciente vítima de acidente envolvendo motocicleta. Vítima é homem de 35 anos, com lesões na face, laringe e tórax, com suspeita de fratura de clavícula. A vítima não responde, com suspeita de lesões cerebrais. Paciente deve ser encaminhado para URGÊNCIA.</i></p>	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 28/08/2018 22:03	

*O tratamento = fixar lesões ósseas e articolares (D) + curar lesões cutâneas.*

*Intervenir para osteopatia suspeita no tórax e demais lesões.*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 28/08/18 22:03	ESPECIALISTA: Especialista
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Paciente vítima de acidente envolvendo motocicleta, com lesões na face, laringe e tórax, com suspeita de fratura de clavícula, suspeita de lesões cerebrais. A vítima não responde, com suspeita de lesões cerebrais de origem indeterminada. Paciente deve ser encaminhado para URGÊNCIA.	
<p><i>CD: liberar os exames para:</i></p> <p><i>Dra. Maria das Barros e Silva</i></p>	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 28/08/2018 22:36	

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer CRM PI: 6815

*Paciente vítima de acidente envolvendo motocicleta, com lesões na face, laringe e tórax, com suspeita de fratura de clavícula, suspeita de lesões cerebrais de origem indeterminada. Paciente deve ser encaminhado para URGÊNCIA.*

*CD: Especializar liberação das clavículas, especialidades para programação cirúrgica.*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer CRM PI: 6815

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer CRM PI: 6815



Dados do Chamado	01 N° do chamado 60123860	02 Data do chamado 28/08/18	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 19730514	05 Chegada ao local 19745121
Local da Ocorrência	06 Saída do local 20:06:30	07 Chegada ao 1º hospital 20:22:41	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Presidente Edmundo Vila Santa Bárbara	11 Bairro Vila Santa Bárbara I	12 Município-UF Tuc.	Código IBGE	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência Bom tempo, Calor, trânsito	14 Nome Tarcísio de Freitas Bonges Junior. DN = 25908199			
Acidente de Transporte	15 Sexo Masculino	16 Idade 19 Anos	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? Se idade ignorada, preencha com 999	1 - Sim	2 - Feminino
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 1 - Acidente de transporte 2 - Agressão física-espancamento 3 - Agressão física-FAF 4 - Agressão física-FAB 5 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quelmadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	8 17 - Já removido 18 - Falso chamado
Assistência	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	AIRBAG
Hospital de Destino	23 Glasgow 15	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 65b Resp. 10X70 PA 102/70 TAX. 97/45 Sat 97%	25 Local da lesão 1m 10cm
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a)	3. F.O, g- Telco N. 20 REP. SE
	32 Hospital de Destino HUT	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte			
	G. Cliente se deslocou de moto c/ moto, capa e sem tanque suspeita de clavícula + Fratura de braço (1) Lesões em face e ombro e tórax (2) Lesões c/ cintado				

Socorristas  
Médico  
AE/TE

Responsável pela recepção

Enfermeiro  
Condutor

**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



Fundação Municipal de Saúde



MÉDICO/CRM:

Mod: 007

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: <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>	<b>221668</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR</b>	6 - Prontuário: <b>486588</b>
7-CNS: <b>702608234778345</b>	8-Nascimento: <b>01/10/1982</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	10-CPF: <b>000.792.063-60</b>
11-Mãe: <b>MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES</b>	12-Fone: <b>86-99543-4686</b>
13-Resp: <b>SIMONE KERLLE LIMA</b>	14-Fone: <b>86-99543-4686</b>
15-Ender: <b>RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - CEP: 64000-000</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-000</b>

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408020431</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA</b>
-Cod.Procedimento Especial <b>0702030899</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)</b>

Quant. Solici-cida-data:  
**1**Fornecedor da OPM: **BIOSINTESE**

38-Profissional Responsável: <b>LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA</b>	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: <b>30/08/2018</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>746.635.933-72</b>	

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*O Messmher M. N. + C. V. (61) 2111*

## AUTORIZAÇÃO

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

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
		<i>29/09/18</i>

*Marcondes Martins S. Moura  
Medico Audit. FMS Teresina  
DEPARTAMENTOS DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO (KARLA BATISTA)*

*DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO*

*30 NOV 2018*



# BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico  
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

## MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul  
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366  
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí  
Insc. Est. nº 19.444.630-1  
CNPJ nº 03.512.566/0001-90  
biosintese@biosintesepima.com.br

## FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009  
Cond. Metropolitan Market Place • Caihau  
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640  
São Luís - Maranhão  
Insc. Est. 12.310.276-6  
CNPJ 03.512.566/0002-71  
biosintese\_ma@biosintesepima.com.br

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT

CX 0131-1

C.N.P.J. \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Nome Valdir

*JORNAL DE HOSPITAL HUT  
DATA 07/11/2018  
SÉRIE 001  
CONFIRME CÓDIGO ORIGINAL*

Código Ropm Nº

### DESCRÍÇÃO DO MATERIAL

01 placa DCP 3,5mm (incluso parafusos)  
01 placa de Reconstrução 3,5 m  
(incluso parafusos)  
(13 parafusos corticais)

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material(s) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 30/08/18

DATA DA ALTA \_\_\_\_\_

PACIENTE - Nome: Tocciso da Silva Borges junior

Nº AIH: 021668

Nº do Prontuário: 486588 Data da Internação \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Procedimento Médico Realizado: 0408020431

Indicador de Compatibilidade: 0702030899 / 0702030929

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Arthur



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 30 / 08 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Baxico da Silve Borges</u>		PRONTUÁRIO Nº: <u>486588</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fract. de rádio</u>		CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Geral</u>		Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u>		CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Acad.</u>		CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Laurindo Raulino Filho</u>		CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Juanilene</u>		Médico Anestesiologista CRM/PI 474 CPF 068972903-00

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>nº 24</u>	UNID.	<u>03</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>1</u>		LUVA Nº <u>6.5</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>300</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>03</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>120</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>15</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Bruma nº 8.5</u>	02		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>Cripon</u>	03		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Encavar 03</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Electrodos 05</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Smash 01</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>1.0</u>	U						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>E.C</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Mayana</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

*H*  
Juiz Simonsen - Juiz de Sóis  
Maurício de Souza  
SAÚDE - HU  
CONFERE COM O ORIGINAL



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 30/08/18

NOME DO PACIENTE: <u>Barroso da Silva Borges</u>		PRONTUÁRIO Nº: <u>486588</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Frat. clavicular</u>		CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Geral</u>		Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u>		CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Acad.</u>		CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Laurindo Paulino Filho</u>		<u>068972903-00</u>
INSTRUMENTADORA: <u>Jura</u>		Médico Anestesiologista CRMPI 474 CPF: 068972903-00

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>nº 24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>—</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>—</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>15</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL <u>nº 16</u>	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			luva <u>nº 8.5</u>	UNID.	<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>Exovas</u>	03		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Crepom 01+1</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	U						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>C. C</u>			
VICRYL 0	U			CIRCULANTE: <u>Ronyana</u>			
PROLENE							

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

30 NOV 2018

*John Smith - 2018-08-2407  
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL*

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Toarciso da Silva Borges Júnior

Diagnóstico pré-operatório

Pl 9181721 (D) + CAVICULA (E)

Operação - Tipo

Osteosíntese

Cirurgião

Dr. Arthur

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Jurac

Anestesista

Dr. Lucílio Raulino Filho  
Médico Anestesiologista  
CRMPI 474 CPF: 068.912.300-06

Anestesia

Guad

Anestésico(a)

Data da Operação

30.08.18

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0408020431 - 5523

lo placa DCP

0408010150 - 5420

lo placa de reconstituição

Relatório Imediato do Patologista

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVA  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 463 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.000-470  
Teresina-PI

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

ASSESSOR E CAVO NO MSD // INCISÃO DE TRANSOR PARA  
ACESSO AO NADO // R.A.F.I. com FUCI E PML FUSOS /  
SWVIA // DRENOS FECHADOS DA ANTERIOR P/ DRENAR  
DINTAC // FILAGEM DA A.R.V.D. COM FIO K // CUSTOG  
ROMAS DA FOLHA DE DURELA // PLACAS  
ASSESSOR E CAVO NO OMBRO (E) // INCISÃO ENT  
ACESSO A CAVICULA // R.A.F.I. DA FAVINA COM FUCI  
E PML FUSOS // PLACAS POR PLACOS // CVM MORTOS /



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR** (Prontuário: **486588**)  
Endereço: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000  
Nascimento: 01/10/1982 Idade: 35a11m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 681514  
Requisição: 868473 Solicitação: 28/08/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1075204 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 28/08/2018

#### CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura na clavícula esquerda.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 28/09/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR** (Prontuário: 486588)  
 Endereço: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000  
 Nascimento: 01/10/1982 Idade: 35a11m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 681514  
 Requisição: 868473 Solicitação: 28/08/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1075202 Convênio: SUS

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 28/08/2018

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 28/09/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710  
 Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
 30 NOV 2018

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





## LAUDO MÉDICO

Paciente: **TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR** (Prontuário: 486588)  
Endereço: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000  
Nascimento: 01/10/1982 Idade: 35a11m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 681514  
Requisição: 868474 Solicitação: 28/08/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1075205 Convênio: SUS

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 28/08/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

OBS.: FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/09/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710  
Profissional Responsável



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR** (Prontuário: **486588**)  
 Endereço: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000  
 Nascimento: 01/10/1982 Idade: 35a10m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 681514  
 Requisição: 868475 Solicitação: 28/08/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1075208 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 28/08/2018

#### T.C. DE CRANIO

**TÉCNICA:** Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

#### RELATÓRIO:

- 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.
- FRATURAS NA FACE, COM HEMOSSINUS.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 28/08/2018

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR** (Prontuário: **486588**)  
Endereço: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000  
Nascimento: 01/10/1982 Idade: 36a0m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 221668  
Requisição: 868927 Solicitação: 30/08/2018 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
Controle: 1075752 Convênio: SUS CLINICA CIRURGICA - P08 ENFERMARIA 222 LEITO 181

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 30/08/2018

#### ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos foram observados:

- Controle pós operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na clavícula esquerda.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 30/10/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727  
Profissional Responsável







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.212.129	DATA DE EXPEDIÇÃO	21/10/14
NOME			
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA			
FILIAÇÃO			
EVA MOURA DA SILVA ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA			
NATURALIDADE			
BARÃO DE GRAJAU-MA			
DOC. ORIGEM			
CERT. NASC. 39751 L 53A F 097 EXP TERESINA-PI 27/08/99			
TERESINA - PI			
839.502.03-00 ASSINATURA DO DIRETOR			

LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180565921      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR      **Data do acidente:** 28/08/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO.  
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.  
FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - OMBRO ESQUERDO/ COMPLEXO ZIGOMÁTICO/ RÁDIO DIREITO).

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM:** 5290873-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180565921      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR      **Data do acidente:** 28/08/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO.  
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.  
FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - OMBRO ESQUERDO/ COMPLEXO ZIGOMÁTICO/ RÁDIO DIREITO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO  
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO E OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180565921      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR      **Data do acidente:** 28/08/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA FACIAL  
 -FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO MAXILA  
 FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA  
 FRATURA DO RÁDIO E URNA DISTAL DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFÍCULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, JUNTAMENTE COM DOR EM OMBRO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFÍCULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, DOR EM PUNHO AOS ESFORÇOS, COM DIFÍCULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS DO OMBRO ESQUERDO  
 PSEUDOARTROSE DO RÁDIO DISTAL DIREITO  
 DANOS FUNCIONAL NA ABERTURA BOCA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Frederico Fonseca de Oliveira

**CRM do médico:** 5058

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>		<b>41,25 %</b>	<b>R\$ 5.568,75</b>	

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Galdino Leonardo'.

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180565921      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR      **Data do acidente:** 28/08/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA FACIAL  
 -FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO MAXILA  
 FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA  
 FRATURA DO RÁDIO E URNA DISTAL DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFÍCULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, JUNTAMENTE COM DOR EM OMBRO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFÍCULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, DOR EM PUNHO AOS ESFORÇOS, COM DIFÍCULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS DO OMBRO ESQUERDO  
 PSEUDOARTROSE DO RÁDIO DISTAL DIREITO  
 DANOS FUNCIONAL NA ABERTURA BOCA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Frederico Fonseca de Oliveira

**CRM do médico:** 5058

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>		<b>41,25 %</b>	<b>R\$ 5.568,75</b>	

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Galdino Leonardo'.

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com outras de formas legíveis e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: Tarciso da Silveira Borges junior

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: *Casado*

Identidade: 2.279.859

CPF: 000.992.063-60

Profissão: Mecânico

Endereço: R. Agnelo Pereira da Silva nº 2555 B. São João

CEP

Telefone: 86 99472-9591

**OUTORGADO:**

Nome: KEYLLY MOUBA DE OLIVEIRA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

BC-2212-120

CFE-620-F03-202-00

### Profissão: CORRETOR (A)

Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 2814 PT: 380 - Bairro: ALVORADA TERESINA - PI/BR

CEZ: 64 000-080

Telefone: (86) 99472-9591 / 98807-7870 3213-2804

Pelo presente instrumento particular á procuraçao, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado Acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas , a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar , enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradora consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim , todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para:

Vítima Tiracixi da Silva Borges junior

Terima - Pucci 02.10.18

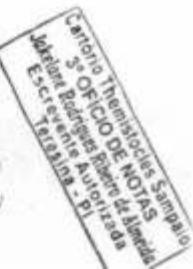
## Local e Data

**Assinatura do OUTORGANTE**

(De anhecer firma por autenticidade /verdadeira)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
TITULAR - ANATÁLIA DIONÍCIA DE SÁMPAO PEREIRA  
RUA LUIZANDRO NOGUEIRA, 1223-CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR, DOU, FZ. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 02/10/2018.  
Fax: +55 21 3111-0244/0240-2500. Data: 14/11/2018. Selar: 40198 (F59UP183)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435076/18

**Vítima:** TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

**CPF:** 000.792.063-60

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/08/2018

**Titular do CPF:** TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

### TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR : 000.792.063-60

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: 30/11/2018  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

**Aos Cuidados de:** TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

**Nº Sinistro:** 3180565921

**Vítima:** TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

**Data do Acidente:** 28/08/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180565921**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

**Aos Cuidados de:** TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

**Sinistro:** 3180565921

**Vítima:** TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

**Data do Acidente:** 28/08/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Senhor(a),**

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180565921** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

000.192.063-60 Terezio de Sibue Borges Júnior

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

Nome completo:

Terezio de Sibue Borges Júnior

CPF:

000.192.063-60

Profissão:

Mecânico

Endereço:

Rua: Agnelo Pereira de Sibue

Número:

2555

Complemento:

Bairro:

São João

Cidade:

Terezópolis

Estado:

Rio de Janeiro

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

(21) 99472959

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

### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

#### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 2004

03

CONTA: 754442

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

#### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de perdas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, cito o discurso do seu conteúdo.

30 NOV 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Centro de Respostas 665 Lote C  
Av. Presidente Vargas, 665 - Centro  
CEP 04.002-010

#### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compõe herdeiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Terezópolis - RJ - 23.11.18

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Terezio de Sibue Borges Júnior

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

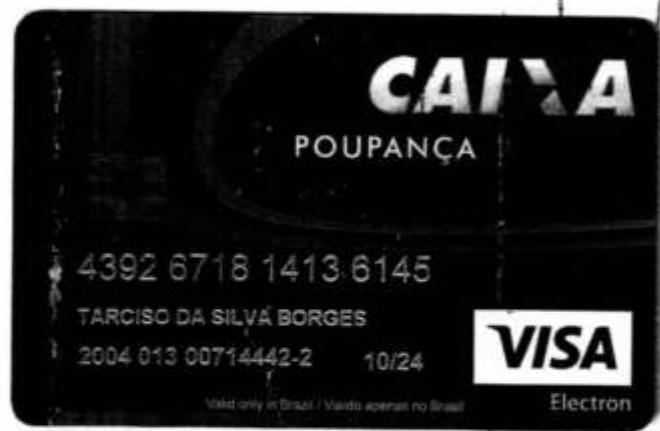
(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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



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

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

Número do Sinistro: 3180565921  
Nome do(a) Examinado(a): Tarciso da Silva Borges Junior  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Agnelo Pereira da Silva, 2555  
Sao Joao Teresina PI CEP: 64045-440  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 2279859  
Data local do acidente: [ 28/08/2018 ]  
Data local do exame: [ 11/12/2018 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**TRAUMA FACIAL**  
**-FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO MAXILA**  
**FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA**  
**FRATURA DO RÁDIO E URNA DISTAL DIREITO**

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

**Tratamento: OSTEOSINTSE COM MINIPLACAS E PARAFUSO.**  
**OSTEOSSINESE COM PLACA E PARAFUSO METALICO**

**DANO FACIAL**

**Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DA CLAVICULA ESQUERDO , E PUNHO DIREITO, E DANO FACIAL**

Data da Alta: 28/09/2018

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

**PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, JUNTAMENTE COM DÓR EM OMBRO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, DÓR EM PUNHO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO.**

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

**(X) Sim**  **Não**

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

**(X) Sim**  **Não**

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

**DANO FACIAL COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, APRESENTA INDICE DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO LEVEMENTE PREJUDICADO, COM DOR NA MOVIMENTACAO DA MANDIBULA DURANTE UM MOVIMENTO, DOR NA ATM A PALPACAO LATERAL E ALTERACOES NA FUNCAO DA ATM A PALPACAO DOS MUSCULOS MASTUGATORIOS. LIMITACAO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO COM DOR EM OMBRO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR GRAU 3, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO (LIMITADO A 45 GRAUS). LIMITACAO FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO COM DOR EM PUNHO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO GRAU 3, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO (LIMITADO A 20 GRAUS), PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO .**

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

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO - Lado Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

*Frederico F. de Oliveira*  
Dr. Frederico F. de Oliveira  
CRM/PI - 5058  
SaludSEG



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004049/2018-37**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 23/11/2018 - 13:10

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

489720

**Data/Hora**

28/08/2018 - 19:00

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Endereço**

AV. PRINCIPAL DA VILA SANTA BARBARA, Nº:

**Complemento**

**Bairro**

VILA SANTA BARBARA

**Ponto de Referência**

BOM TEMPO CONSTRUÇÕES

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome:** TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

**Tipo Envolv.:** VITIMA/Noticiante

RG: 2279859 SSP PI

Mãe: MARIA DEUSINIR DE OLIVEIRA BORGES

Endereço: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA, Nº 2555

Bairro: SÃO JOÃO

Cidade: TERESINA

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125, PLACA LWL-8665-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 00157012549, PROP. DE IONE EVANGELISTA GUIMARÃES, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRARIO, INVADIU A FAIXA DE TRAFEGO DA PRIMEIRA, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 486588). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
 AGENTE DE POLÍCIA

TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR - Noticiante  
 Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	000.192.063-60	Terezinha de Sibue Borges Júnior
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
Terezinha de Sibue Borges Júnior	Mecânico	000.192.063-60
Endereço:	Cidade:	Número:
Rua: Ronel Pereira da Silveira	Terezinha	2355
Bairro:	Estado:	Complemento:
500 Jardim	Rio	
E-mail:		CEP:
		Tel.(DDD): 186190472959

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ass. vale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2001 01 CONTA: 914442 0  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

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

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

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de INVALIDEZ PERMANENTE do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na **INSTRUÇÃO NORMATIVA 54/2012**, permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme a Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a fatura de avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso o discorde do seu conteúdo.

30 NOV 2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 OPVAT  
 CENTRO DE RESPOSTA 6.A.  
 Centro de Negócios 6.B.  
 Centro de Negócios 6.C.  
 Centro de Negócios 6.D.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou comp. (inherito(a)):  Sim  Não Se a vítima deixou comp. (inherito(a)), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: Terezinha - Pulu 23.11.18

Nome: \_\_\_\_\_

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

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

*Terezinha de Sibue Borges Júnior*

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



Dados do Chamado	01 N° do chamado Cód: 3860	02 Data do chamado 28/08/118	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 19:35H	05 Chegada ao local 19:45H
Local da Ocorrência	06 Saída do local 20:06H	07 Chegada ao 1º hospital 20:22H	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	10 11
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Principal da Vila Santa Barbara	11 Bairro Vila Santa Barbara	12 Município-UF	Código IBGE	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência Bom tempo Construção	14 Nome Tarcísio da Silva Borges Junior	15 Sexo Masculino	16 Idade 25 anos	
Acidente de Transporte	17 Se idade ignorada, preencha com 999	18 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	19	20	21
Exame Físico	22	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 65 b/m Resp. PA 110 x 70 TAX. Sat02 97% 25 Local da lesão
Assistência	26 Pupilas 1-Igualas 2-Desiguais	27 Pulso Radial 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	28 Sangramento 1-Sim 2-Não	29	30 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 4 5 6 7 8 9 10 Intensa
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	32 Hospital de Destino HUT
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito Antes do socorro Antes do transporte	1-Sim 2-Não Durante o transporte	35 CONFERE COM O ORIGINAL Márlia Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU	
	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor			
	Responsável pela recepção Luan	Assistente Budinha			

08/18  
FEITA

SUTURA

NEUROLOGICO  
ORTO-DR/NAO PASSOU PELO

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

BUCHO OK

SUS SUS

SUTURA COLHIMENTO

LETIM DE ENTRADA - BE

NNEQ  
29/08/18

CIR-TRPL = OK

28/08/2018 20:24:33

User: DANILO VIEIRA  
(Emissor: CIREN-PI 2670A)

- BUCOMAXILO = OK

OS DO PACIENTE:

Nome: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

Frontuário: 486588

M: MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES

Pai: TARCISO DA SILVA BORGES

D. Resid.: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000

Nascimento: 01/10/1982 Idade: 35a10m27d Sexo: Masculino Fone: 86-99543-4686

Responsável: SIMONE KERLLE LIMA

CNS: 702608234778345

Profissão: MECANICO

CPF: 000.792.063-60 \* RG: -

Instrução: Médio Completo

E.Civil: Casado(a)

D.Local.: - - -

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

OS DO ATENDIMENTO:

Número: 681514 Data: 28/08/2018 20:24:33

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64002-470  
Teresina-PI

id. Trab.: Não

Trajeto?: Não

Típico: Não

CID Secundário: V299

OS CLÍNICOS:

Varre-vítima de acidente motociclistico hó óptimo. 2h (sequencia SPMW, rel: não fuisse (fumar). Chegou com ① V. e órtese pélvica, com grande rigidez e dor clínica, ② mvt, expansibilidade diminuída em KTE SatO2=98%. ③ Sem sangramentos óbvios visíveis. BNF, 2T, RR, SS. Paciente inconsciente, pulso instável. ④ Gfargos=15, pupilas isocônicas e foto reagentes lige râuxo, námitos e sincope. Refere cefaléia lacrimal. Observado equimose periorbital e a rinococcagia. ⑤ Lesão em antebraço E, face, dor em gláciense e a um rugido frontal à E.

130 x 80 mmHg

Pulso: Vlvelo

PC: 87 bpm

Temp.: 30.11.18

Gnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Salvo TC de cérebro, RX de tórax, pulm, antebraço), e mao

Relyed sutura em Face e Ido de Sutur.

TA:  Melhorado  Administrativa  
 Curado  Por Indisciplina  
 Inalterado  Por Evasão  
 A Pedido

Retornar à Unid. Origem  
 Transferência: TECNOLOGO  
 DATA SAÍDA: / / . HORA: / : / .  
 Internação na Unidade

DESTINO:  
 CITO:  Até 24 Hs  Família  
 De 24 a 48 Hs  IML  
 Após 48 Hs  Anat. Patol.

Proced. Solicitado:  
 CID Compativel:  
 Prof. Solicitante  
 Internação:

0408020431

5523

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

LAI TSE

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.568,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000714442-2

---

Nr. da Autenticação 3776AE92B3D2F8D1

ÁGUAS DE  
CE TERESINA

CPF 2723747400104 - IE 195965578  
Av. Olílio Araújo, 1026, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 228 2600 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA  
TC 1.37  
2018186065500  
12980005-8  
FATURA Nº  
MÊS / ANO  
153276861  
11/2018

NOME / ENDERECO

MORADOR JOSE FRANCISCO DE SOUSA

RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA, 2555-SAO  
JOAO-TERESINA-PI-cep:64045440

LOCAL / CEP

003-00014-008570

GRUPO  
003  
NÚMERO DO HIDRÔMETRO  
A14F219775

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	UDO	FATURADO
10/2018	Lido	48	48
09/2018	Lido	27	27
08/2018	Lido	32	32
07/2018	Lido	38	38
06/2018	Lido	32	32
05/2018	Lido	27	27

DATA

ANTERIOR 08/10/2018 1196  
ATUAL 06/11/2018 1231

TIPOS DE CONSUMO - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

CONSUMO MÉS

35

LEI 10.741/03/02

PI. PASE 285,92\*1,65% 4,71  
COPAS 285,92\*7,68% 21,72

ABEIA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	DESCRIÇÃO	VALOR REFERENTE ÁGUA - 185,91	VALOR DE ESGOTO - 92,96	VALOR TOTAL
0 18 2.851,00 50.	> Residencial-Normal	35,0 m3		185,91
18 25 4.942,00 50				
25 99,999 8.530,00 50				

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	VALOR REFERENTE ÁGUA - 185,91	VALOR DE ESGOTO - 92,96	VALOR TOTAL
> Residencial-Normal	35,0 m3		185,91
VALOR DE ESGOTO - 92,96			
> Residencial-Normal	35,0 m3	92,96	
JUROS POR ATRASO	10/2018	0,12	
MULTA POR ATRASO	10/2018	6,93	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

MENSAGEM  
INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERÁ SER MODIFICADA  
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PÁDRÕES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura occasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 8º, §3º, inciso II.

CARA: TÉRISTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.036	3.026	10	1,40	0,2-5,0 mg/L
COR APPARENT	3.001	2.998	3	3,84	Inferior a 15
PH	3.032	3.011	21	6,86	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.022	3.013	9	0,94	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLOGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÉS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TI-TAB	470	466	4	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	470	470	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 06/11/2018 HORA DA EMISSÃO: 06:55

TC 1.37 2018186065500

ÁGUAS DE  
CE TERESINA

MATRÍCULA  
12980005-8  
FATURA Nº  
MÊS / ANO  
153276861  
11/2018

VENCIMENTO

19/11/2018

VALOR A PAGAR

285,92

826000002-1 85921535000-9 00201815327-6 68610100104-4





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-8  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 5-1  
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ/06/98

Para cacular com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
1305223-3

011109374

DATA EMISSÃO: 21/09/2018  
DATA VENCIMENTO: 21/09/2018  
CONSUMO (kWh): 45  
TOTAL A PAGAR (R\$): 45,01

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.426 de 26 de abril de 2002.

REYELLY MOURA DE OLIVEIRA  
R. RUI BARBOSA 3814 3814-B-URBANO  
CPF: 00083950230300  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA

Atual:	16975
Anterior:	1.000
Constante de Multiplicação:	45
Consumo Médio:	45
Consumo Faturado:	45
Unidade de Faturamento:	FCAMA

DATAS DA LEITURA

Atual:	14/08/2018
Anterior:	16/10/2018
Próxima Leitura:	13/09/2018
Emissão:	14/09/2018
Apresentação:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe:	MONO	Número da Unidade:	A143296	Posto:	3.5-371	Média:	765
---------	------	--------------------	---------	--------	---------	--------	-----

HISTÓRICO kWh

AGO/18 (no condutor)	153	ESTR. C. DE C. C. (1)	3,26
JUL/18	177	CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP)	0,19
JUN/18	177	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	1,68
MAI/18	177	MULTA POR ATRASO 08/18-00	0,39
ABR/18	188	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	2,24
MAR/18	172	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	
FEV/18	184		
JAN/18	148		
DEZ/17	188		
NOV/17	168		
TOTAL SEM TRIBUTOS:	9 A 45 - 0,684999		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

Por favor! Até o dia 13/09/2018, não efetuar a leitura voluntária  
ne sua Unidade Consumidora.

RESERVADO AD FISCO 3809.9782.5199. A08D.D453.14FF.4AE5.AA1C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Dist. Básico:	14,76
Envolv.:	2,32
Trans. Móveis:	2,35
Encargos:	

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Base de Cálculo:	27,43
Alíquota IPI:	22,00%
Alíquota ICMS:	8,24
Alíquota IPI:	

Eletrobras  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-8

1305223-3 45,01 011109374 FCAM

MÊS FATURADO

VENIMENTO

011109374 FCAM

83650000000 2 43010017000 9 00000001305 2 2330918008 9

SEQ : 00124 UC: 1305223-3 DT.LEIT.: 14/09/2018 T.ENTR.: 01  
LEIURA: 17020 NORMAL TOTAL: 45,01 CARGA: 029  
DT.VENC.: 21/09/2018 IRREG. 000 COLETOR: 2191

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Souza de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.503-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tarciso da Silveira Borges Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.492.063-60 do sinistro de DPVAT cobertura Incidez da Vítima Tarciso da Silveira Borges Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.492.063-60 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_  
DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO

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: Rui Barbosa</u>	Número	<u>3814</u>	Complemento
Bairro	<u>Rj. Alvorada</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>(86)994729591</u>	Telefone celular (DDD)

The, Pi. 23 de 11 de 18  
Local e Data

Keylly Souza de Oliveira  
Assinatura do Declarante