

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469569 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE L1 ,L2

Descrição do exame físico: EF: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COLUNA LOMBAR, FLEXÃO DE 30, EXTENSÃO DE 15, INCLINAÇÃO DE 35, ROTAÇÃO DE 40 GRAUS.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 02/02/2019, COM HD DE FRATURA DE L1 ,L2; FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DE FRATURA DE L1 + L2; JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna lombar

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469569 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COLUNA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(ARTRODESE).
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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469569

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

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

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469569

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469569

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar

da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000008**

Conta: **0000034483-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 059.785.793-85 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

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

5 - Nome completo: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA 6 - CPF: 059.785.793-85
 7 - Profissão: LAVRADOR 8 - Endereço: AV. ARÃO LOBÃO 9 - Número: 511 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: B- URBANO 12 - Cidade: UNIAO 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 64.120.000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (36) 99445-6855

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0008 CONTA: 000344830 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa consentimento com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 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.

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, União - PI - 08.08.19 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante: Francisco das Chagas Carvalho Vieira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTO-ATENDIMENTO - AGENCIA UNIAO

DATA: 03/07/2019

HORA: 11:03:25

TERMINAL: 42861007

CONTROLE: 428610070329

AGENCIA: 0003 - TAGUATINGA, DF

CONTA : 013.00034483-0

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS C VIEIRA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001426/2019-51

Unidade de Registro: 20ª DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Vicente Oliveira De Sousa

Data/Hora: 17/07/2019 - 15:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20ª DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

RUA PADRE SIMPLÍCIANO, Nº:

Complemento

Data/Hora

02/02/2019 - 23:10

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

EM FRENTE O COMERCIAL MARIANO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

RG: 3.438.533 SSP/PI

Mãe: MARIA DE JESUS CARVALHO VIEIRA

Pai: JOSÉ FERNANDES VIEIRA

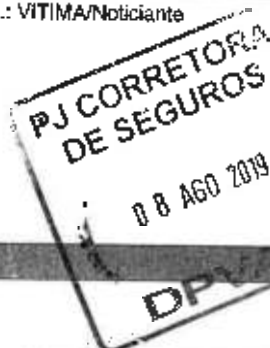
Endereço: RUA TRAVESSA, Nº

Bairro: CENTRO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9525-8901

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. CG 160 FAN ESDI

2016 PIE3110

9C2KC2200GR114780

01093705865

Prejudicada

Condutor: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

RG: 3.438.533 Órgão: SSP/PI UF: PI

End: RUA TRAVESSA Número: Complemento:

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro: CENTRO

Proprietário: ANTONIO FRANCISCO RODRIGUES DE JESUS

Cidade: UNIÃO UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADO VEIO NOTICIAR QUE NESTA DATA LOCAL E HORA JÁ MENCIONADO, CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA, DO DESTINO CENTRO BAIRRO, E NO LOCAL ACIMA CITADO, AO DESVIAR DE VEÍCULO QUE ESTAVA ESTACIONADO, PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO, CAINDO E FICANDO LESIONADO COM UMA FRATURA NA COLUMNA VERTEBRAL, QUE NO MOMENTO DA QUEDA FICOU SEM PODER SE MOVIMENTAR, E NÃO IDENTIFICANDO A PLACA DO REFERIDO VEÍCULO QUE ESTAVA ESTACIONADO, E SOCORRIDO POR TERCEIROS, E DANDO ENTRADA NO HOSPITAL JOSÉ DA ROCHA FURTADO DESTA CIDADE, E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL HUT EM TERESINA-PI, PASSANDO 09 DIAS INTERNADO, E TRANSFERIDO DO HUT PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU, EM TERESINA-PI E OPERADO, TENDO COMO TESTEMUNHA O SENHOR RONALDO DOS SANTOS VIEIRA, RG Nº 3.467.811-PI, CPF Nº 059.073.363-07, RESIDENTE NA RUA TRAVESSA ARÃO LOBÃO Nº 281 NESTA CIDADE, E A SENHORA ANA CLADIA DA COSTA BRITO, RG Nº 1.956.940-PI, CPF Nº 013.046.213-67, RESIDENTE NA RUA FERNANDO LOBÃO Nº 486 NESTA CIDADE. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Vicente Oliveira De Sousa - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001426/2019-51

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 059.785.793-85 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

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

5 - Nome completo: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA 6 - CPF: 059.785.793-85
 7 - Profissão: LAVRADOR 8 - Endereço: AV. ARÃO LOBÃO 9 - Número: 511 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: B- URBANO 12 - Cidade: UNIAO 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 64.120.000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (36) 99445-6855

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0008 CONTA: 000344830
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa consentimento com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

PJ CORRETORA DE SEGUROS
 18 AGO 2019
 DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 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.

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, União - PI - 08.08.19 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTO-ATENDIMENTO - AGENCIA UNIAO

DATA: 03/07/2019

HORA: 11:03:25

TERMINAL: 42861007

CONTROLE: 428610070329

AGENCIA: 0003 - TAGUATINGA, DF

CONTA : 013.00034483-0

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS C VIEIRA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.483.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: _____ DATA: 08/02/19 HORA: 09:00

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: Francisco de Jesus Cavalcante DN: 12/12/92 ID: 27 SEXO: M

NOME DA MÃE: Margarida de Jesus Cavalcante

CNS: 336.861.91.58.005 RG: 5.428.523 CONTATO: _____

ENDEREÇO: R. Francisco de Jesus Cavalcante CEP: 64.122.220

BAIRRO: União CIDADE: União UF: PI

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☐ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT. O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____

CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 08/07/19

ANTÔNIA R. VIANA BASIL

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US

05. DIAGNÓSTICO

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

S.F. 1000 e 18L
vult 75 1m 1m
doce e 1m 1m 1m 00:00
gabap

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: _____ ENFERMEIRO(A)/COREN: _____ PACIENTE: _____

MÉDICO
CRM:

Dr. Valtair Sá Lima
CRM 2058
CPF: 078.705.503-78

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Francisco de Jesus Cavalcante





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Francisco das Chagas Carvalho Vieira** deu entrada neste hospital no dia 02 de fevereiro de 2019, às 23h40min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 04 de julho de 2019.

Antônia Raimunda Viana da Silva

Antônia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.



equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-99 | Ins. Estadual: 19.301.283-5
Nota Fiscal: Conta de Energia EICUR - Série B-1
Regime especial de Impresão autorizado pela SERAZ 26/98

Para contato
com o SAC, informe
esse NÚMERO 1

SEU CÓDIGO

1697152-3

Nº da Nota Fiscal 023761445

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
JUNHO/2019
VENCIMENTO
04-07-2019
CONSUMO (kWh)
74
VALOR A PAGAR
45,28

THALIA BRITO DE SOUSA
TV ARAC LOBAG S/N B-URBANO
CPF: 00006962401302
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 119.070.19.17.276500

Atual:	572	Atual:	27/06/2019
Anterior:	498	Anterior:	28-05-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	29-07-2019
Consumo Medido:	74	Emissão:	26-06-2019
Consumo Faturado:	74	Apresentação:	27-06-2019
	FCAM		
		Índice de Consumo:	30

Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Mês de 12 meses
ED BX RENDA	MORADIA	A2184363			

Mês/ano consumo	CONSUMO	30 A R\$	0,287047 =	8,61
MAI/19	90	44 A R\$	0,492078 =	21,65
ABR/19	115	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		3,91
MAR/19	120	DIFERENCA DE TARIFA		30,42
FEV/19	67	SUBVENCAO BAIXA RENDA		21,86
JAN/19	106	CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00		0,69
DEZ/18	0	MULTA POR ATRASO 04/19-00		1,30
NOV/18	0	JUROS POR ATRASO 04/19-00		0,56
OUT/18	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,03	
SET/18	0			
AGO/18	0			

TARIFA BN 12,30%
B A 00 - 0,30%
30 A 74 - 0,30%

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12-01-2019. O não pagamento, por 30 dias, suspenderá também a inclusão do nome do consumidor no SPCN. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO

Distribuição	Valor	Base de Cálculo	Valor
Energia	12,77	Alíquota ICMS	60,03%
Transmissão	24,64	Valor do ICMS	22,00%
Encargos	4,16	Valor do PIS	13,34
Tributos	2,04	Valor do COFINS	1,40%
	17,07		0,66
			3,07

INDICADOR DE CONTINUIDADE	DIC	IC	DMC	DICR
	Manter	Interromper	Manter	Interromper
Limite	7,27	14,53	29,06	3,68
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00

UNIAO
04/2019 21,57

ROT: 119.070.19.17.276500

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-99 | Ins. Estadual: 19.301.283-5

SEU CÓDIGO

1697152-3

MÊS FATURADO

06/2019

Nº da Nota Fiscal

TOTAL A PAGAR - R\$

45,28

VENCIMENTO

04-07-2019

023761445 FCAM

836100000000 6 45280017000 6 000000001697 2 15230619008 2



SEQ.: 00209 UC: 1697152-3 DT.LEIT.: 27/06/2019 T.ENTR.: 02
LEITURA: 572 NORMAL TOTAL: 45,28 CARGA: 001
DT.VENC.: 04-07-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 7521

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
08 AGO 2019
DPVAT

equatorial
energia
cepisa

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-29 | Inscrição: 19.301.183-5
Nota Fiscal e Conta de Energia E-0160 - Seia B-1
Regime especial de imposto de renda instituído pela RFB nº 10.507/05/05

Nº da Nota Fiscal 023397397

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE, é concedida
pela Lei nº 13.128 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	26-06-2019	170	169,11

JOAO KENESES BARROS
R. CANINDE 464 860 CENTRO

DATA DA LEITURA	KWH	DATA DA LEITURA
CEP: 64.120-000 - UNIAO		Atual:
Anterior:	38,75	Anterior: 19/06/2019
Constante de Multiplicação:	3705	Próxima Leitura: 21-05-2019
Consumo Média:	1,000	Emissão: 19-07-2019
Consumo Faturado:	170	Apresentação: 18-06-2019
Forma de Pagamento:	170	Dia de Consumo: 19-06-2019
	FCAN	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		
Classe/Subclasse	NORMA	Código Pat. 172
Grupo	Número Medidor	Poste

MONO	A1925869	DESCRIÇÃO DA CONTA	1.1.1.1	172
MAI/19	165	CONSUMO 170 A R\$ 0,861322 =		146,42
ABR/19	155	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		18,98
MAR/19	151	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		0,43
FEV/19	164	MULTA POR ATRASO 05/19-00		2,86
JAN/19	145	JURDS POR ATRASO 05/19-00		0,47
DEZ/18	165	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,57		
NOV/18	220			
OUT/18	210			
SET/18	205			
AGO/18	170			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 170 - 3.612,00

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 18-05-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelo vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, conforme o prazo permitido nos seus contratos de consumo.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 773D.D72F.6151.C981.348B.CF54.8A04.6955	
Energia:	Alíquota: CMS:
Transmissão: 30,78	Valor de CMS: 146,42
Encargos: 59,45	Valor de PIS: 22,00%
Tributos: 10,05	Valor de COFINS: 32,21
	+ 92 INDICADORES DE CONTINUIDADE 1,40%
	1,60

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 AGO 2019

DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTÔNIO DA SILVA BARROS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 496.923.053 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO DOS CHAGAS CARVALHO VIEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.785.793-85,

do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima FRANCISCO DOS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.785.793 / 85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA CANINDE</u>	Número: <u>464</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>UNIÃO</u>	Estado: <u>PIAUÍ</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.120.000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99485-1210</u>

Local e Data:

uniao-pi, 23 de julho

Antônio da Silva Barros
Assinatura do Declarante



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu ANTONIO FRANCISCO RODRIGUES DE JESUS

RG nº 657.708, data de expedição 29/04/2015

Órgão SSP-PIAUÍ, portador do CPF nº 354.117.323-87

com domicílio na cidade de UNIÃO, no Estado de

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

RUA DA PEDREIRA, nº 362

complemento B. SÃO JUDAS, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

FRANCISCO DAS CHAGAS CORVALHO VIEIRA cujo o condutor era

FRANCISCO DAS CHAGAS CORVALHO VIEIRA

HONDA CG-160 FAN ESDI

Veículo: _____ Modelo: 2016 Ano: 2015

Placa: PIE-3110 Chassi: 9C2KC2200GR114

Data do Acidente: 02/02/2019

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
08 AGO 2019

DPVAT

Local e Data: união-pi, 23 de junho de 2019

* Antonio Francisco Rodrigues de Jesus
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

COMARCA DE GUARÁ
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE REGISTRO
CIVIL E DE NOTAS - UNIÃO-PI
Lucinete Oliveira Vieira
Escrivã Pública e Oficial do Registro
Civil e de Casamento



CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobato, 850 - Centro - União/PI - CEP: 64120-000
Tel./Cel.: (86) 99493-9433 - CNPJ: 32.275.312/0001-02

Tabellã: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO FRANCISCO RODRIGUES DE JESUS, DOU FE, EM TEST. DA VERDADE, UNIÃO-PI, 10/07/2019. Emol.: 3,85 Taxa: 77 FIMP: 0,10 Selos: 0,26 Total: 4,98 Selos: ABR 17881 (F560P8)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA - Tabellã Interina



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3263 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmuu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: _____ DATA: 20/04/19 HORA: 21:00

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: Francisco da Silva, Alexandre DN: 12/01/1974 ID: 21 SEXO: M
NOME DA MÃE: Francisca da Silva, Maria
CNS: 301.91.58.005 RG: 5.48.303 CONTATO: _____
ENDEREÇO: R. F. da Silva, 100 CEP: 64.123.2.20
BAIRRO: União CIDADE: União UF: PI
FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☐ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA
VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT. O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____

03. HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME FÍSICO

Respiração normal

CONSELHO/REGISTRO:
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 08/07/19
Antônia R. Viana da Silva

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US

05. DIAGNÓSTICO

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

S. Far 1000mg 1x1
Valer 75mg 1x1
Dexamet 1mg 1x1

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA

☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO(A)/COREN:

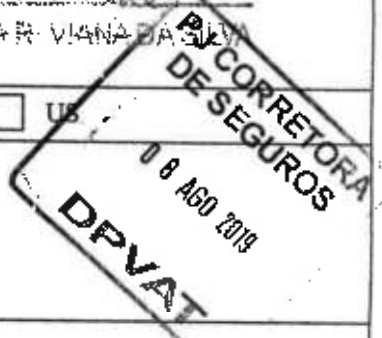
PACIENTE:

MÉDICO
CRM:

Dr. Valter Sá Lima
CRM 2059
CPF: 078.703.502-28

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Francisca da Silva, Maria





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Francisco das Chagas Carvalho Vieira** deu entrada neste hospital no dia 02 de fevereiro de 2019, às 23h40min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 04 de julho de 2019.

Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.



Nome : FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA
Nº: 2184166
Médico : Dr(a). JOÃO ALFREDO BARROS PAZ
Exame : RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR

Clinica Lucidio Portella

LAUDO:

TÉCNICA:

-As imagens de ressonância magnética foram obtidas nas sequências sagital T1, sagital e axial T2 e sagital STIR.

ACHADOS:

Fratura com características agudas no corpo vertebral de L1, promovendo redução de sua altura em cerca de 15%, associada a discreta retropulsão do muro posterior, mais evidente à direita da linha média.

Fratura cominutiva do corpo vertebral de L2 com redução da altura desta vértebra em cerca de 40%, associada a edema da medular óssea e marcada retropulsão do muro posterior, que comprime a face ventral do saco tecal, reduzindo o diâmetro transversal do mesmo (mede 0,4 cm de diâmetro anteroposterior) promovendo agrupamento das raízes nervosas da cauda equina. Aparentemente não há lesão do ligamento longitudinal posterior.

Leve distensão líquida das interfacetárias de L2-L3 a L4-L5, mais evidente à esquerda.

Leve edema da medular óssea dos processos espinhosos de L1 e L2.

Hipersinal em STIR do ligamento interespinhoso de T12-L1 sugerindo injúria do mesmo.

Edema na tela subcutânea lombar.

Desidratação discal em L5-S1 onde existe pequena protrusão discal posterior e central que se insinua à gordura epidural com discutível contato com a raiz descendente esquerda de S1. Este componente discal também se insinua ao forame de conjugação deste lado, sem contato com a raiz emergente ipsilateral de L5.

Demais níveis sem sinais de protrusões discais.



continua ...

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script.

Nome : FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA
Nº: 2164165
Médico : Dr(a). JOÃO ALFREDO BARROS PAZ
Exame : RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA LOMBAR

O cone medular é tópico, no nível de T12-L1, apresentando calibre e intensidade de sinal normais.

Musculatura paravertebral sem alterações.

CONCLUSÃO:

Fraturas agudas dos corpos vertebrais de L1 e L2, com marcada retropulsão do muro posterior de L2, promovendo compressão sobre o saco tecal com estenose do canal vertebral e agrupamento das raízes nervosas da cauda equina.

Injúria ligamentar interespinhosa em T12-L1 e edema da medular óssea dos processos espinhosos de L1 e L2.

Distensão líquida das interfacetárias de L2-L3 a L4-L5.

Edema na tela subcutânea lombar.

Considerar a possibilidade de lesões traumáticas.



Teresina / PI, 08 de fevereiro de 2019


DR. LUCIDIO PORTELLA NUNES FILHO
CRM 1690



HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

LAUDO MÉDICO

Dados do Atendimento:

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA**

Prontuário: **478341**

Atendimento **973393**

Dt. Nasc.: **19/09/1991**

Idade: **27a 8m 11d**

Sexo: **M**

Dados da Solicitação:

Pedido: **149802**

Data Pedido: **15/05/2019**

Médico Solicitante: **MARCOS GONCALVES NUNES DE MORAES**

Sector Solicitante: **DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

Unid. Internação / Leito: **/**

Convênio: **SUS - AMBULATORIO**

Cód. Procedimento: **02.06.01.002-8**

Data do Laudo: **22/05/2019**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA LOMBO SACRA

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais com espessura de 3 mm e intervalo de 3 mm, paralelos aos espaços discais de L3 - L4 a L5 - S1.

RELATÓRIO:

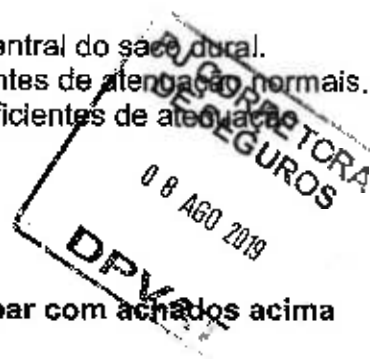
- Escoliose de convexidade direita.
- Controle evolutivo pós-operatório de artrodese cirúrgica de T12 a L4 com sinais de laminectomia bilateral nos níveis de L1, L2 e L3.
- Colapso do corpo vertebral de L2 com redução de sua altura maior em 50% e retro-pulsão do muro posterior.
- Abaulamento discal posterior no nível de L4/S1, tocando a face ventral do saco dural.
- Porção terminal da medula espinhal e cauda equina com coeficientes de atenuação normais.
- Estruturas das partes moles paravertebrais com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

CONCLUSÃO:

Controle evolutivo pós-operatório de artrodese da coluna lombar com achados acima descritos.

Colapso do corpo vertebral de L2 com redução de sua altura maior em 50% e retro-pulsão do muro posterior.

- Abaulamento discal posterior no nível de L4/S1, tocando a face ventral do saco dural.




HERBERT GALENO PRADO MENDES
3242

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

ID: 478341

* 19/01/1991, M

Study 1

15/05/2019

08:11:38

1 IMA

H

HOSPITAL GETULIO VARGAS
SOMATOM Perspective

A



10cm

SL 0.6
mAs 619
kV 130
SP: 914.5

W 350
C 50

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

ID: 478341

* 1901/1991 M

Study: 1

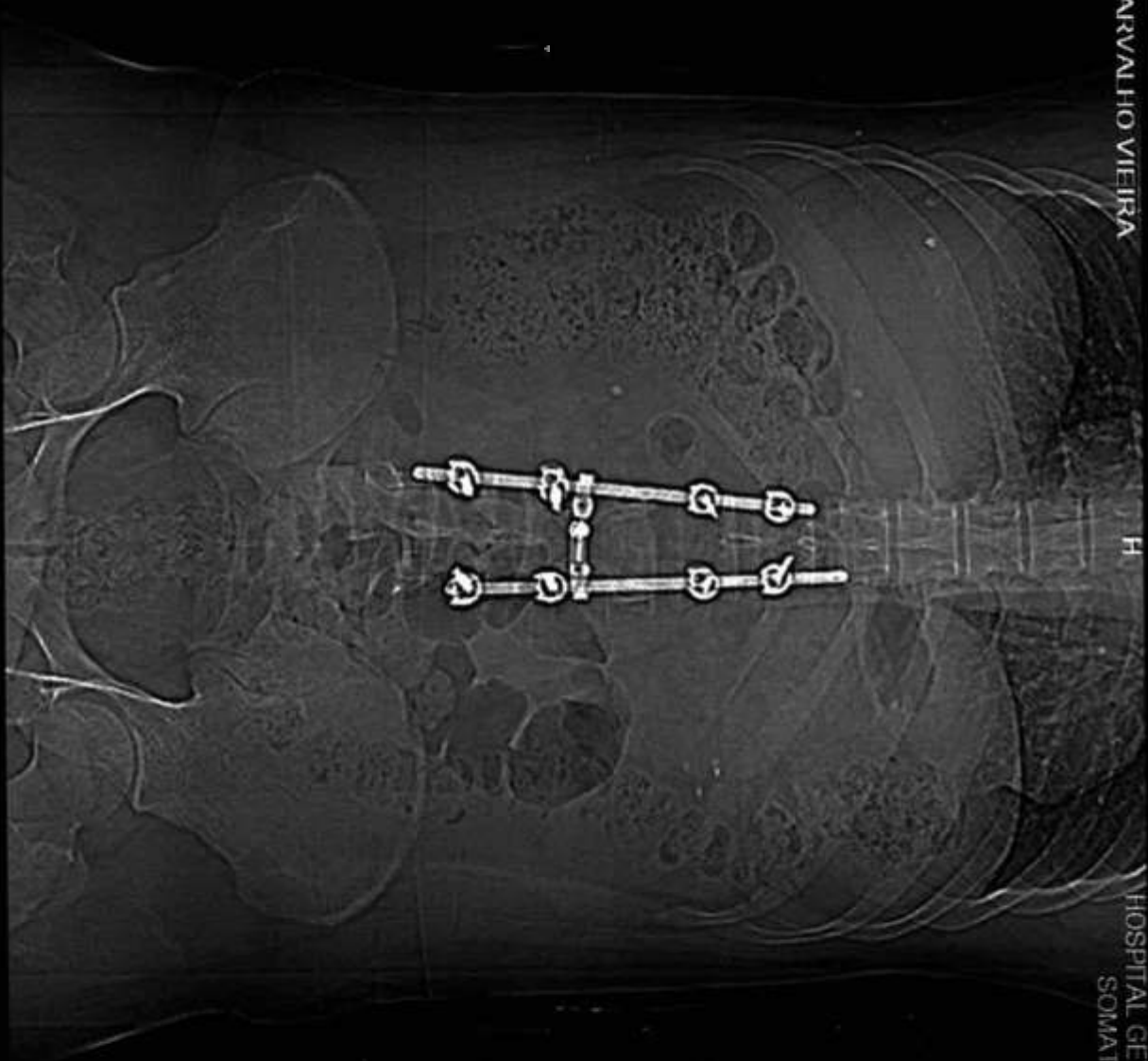
15/05/2019

08:11:05

1 IIMA

H

HOSPITAL GETULIO VARGAS
SOMATOM Perspective



R

10cm

SL 0.6
mAs 650
KV 130
SP 4434

W 350
C 50

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

ID: 478341

* 19/01/1991, M

Study: 1

15/05/2019

08:14:45

1 IMA

A

HOSPITAL GETULIO VARGAS
SOMATOM Perspective

R

SL 1/p0.6/FPR.23
mAs 155
kV 130
SP: 564.6



5cm

W: 350
C: 50

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

ID 478341

* 19/01/1991, M

Study 1

15/05/2019

08:14:45

1 IMA

A

HOSPITAL GETULIO VARGAS
SOMATOM Perspective



R

5cm

SL 1/p0.6/FpR 23

mAs 155

kV 130

SP 564.6

W: 1500
C: 450

Identificação do Paciente

Paciente: 308667 Prontuário: 0464960/4
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA
Nome Mãe: MARIA DE JESUS CARVALHO VIEIRA
Endereço: RUA ARAO LOBAO
Número: 1860 Complemento: Telefone: Cartão SUS: 206366131800005
Bairro: SÃO PEDRO
Cidade: UNIÃO UF: PI Cep: 64.120-000
Data Nasc.: 19/09/1991 Idade: 27 Sexo: M Cor: M Est. Civil: S
Profissão:
Naturalidade: COELHO NETO UF Nascimento: MA
Nacionalidade: BRASILEIRO

Identificação do Responsável

Nome:
Endereço:
Cidade: UF: CEP: Fone:

Dados de Internação

Data Internação: 11/02/2019 18:04
CID Principal: S32.0 FRATURA DE VÉRTEBRA LOMBAR
CID Secundário: Y98 CIRCUNSTÂNCIAS RELATIVAS A CONDIÇÕES DO MODO DE VIDA
Procedimento: 408030038 ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORACICA POSTERIOR DOIS NÍVEIS
Clínica: CIRÚRGICA Díf. Classe: N Acompanhante: N
Andar: 0 Ala: 2 Quarto: 0002 Leito: A Convênio: 1/1 SUS - INTERNAÇÃO
Unidade: POSTO 1 CLÍNICA CIRÚRGICA Acomodação: ENFERMARIA
Especialidade: NEUROCIRURGIA
Carater de Internação: URGENCIA
Tabela: TABELA UNIFICADA Perm. SUS: 5 Dia(s)
Nro. Atendimento:

Equipe Médica

Equipe: MAURICIO GIRALDI
CRM: 5261 CPF: 11958198897
Chefe da Equipe NEUROCIRURGIA : ANDRE LUIZ PINHO SOBRAL
CRM: 3573 62108166300

Funcionário que efetuou a Internação

Nome: ROSANA DA SILVA SANTOS
C. Ponto: 6 2002228

Observação

***** SOLICITAR DOCUMENTOS PARA RECADASTRO *****



Histórico/Anamnese**Dados do Paciente**

Referência: 19/02/2019

Especialidade/Agenda: NEUROCIRURGIA

Unidade: UTI CORONARIANA

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO Nome Social:

Data de Nascimento: 19/09/1991

Nº do Cartão SUS: 206366131800005

Prontuário: 464960/4

Data Criação: 19/02/2019 14:19 Atendimento: 1098638

Nome do Responsável: ALICE TACIANA ALVES
FERREIRA

Data Confirmação: 19/02/2019 14:23

CRM: 5281

13:20 - Pcte de 27 anos, admitido procedente do CC, em POI de artrodese toraco-lombo-sacra 4 níveis após acidente motociclístico. Veio calmo, consciente, orientado. Normocorado, hemodinamicamente estável, s/ DVA, respirando espontaneamente em AA, SPO2 100%. Dieta branda, VO. Diurese presente, via SVD. AVC em VSCD: PAI em RE. Segue aos cuidados da equipe multiprofissional.

Notas Adicionais:

Alice Taciana A. Ferreira
ENFERMEIRA
COREN-PI 122.776-ENF



Hospital
Universitário

HISTÓRICO/ANAMNESE

9/02/2019 14:23



1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: <u>Fco dos Chagas Carvalho Viana</u>	CLÍNICA/ENF/LEITO: <u>Neurocirurgia</u>
DATA DA ADMISSÃO: <u>11/02/19</u>	SEXO: <u>mas</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>14/09/91</u> IDADE: <u>27</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:	RESIDÊNCIA: <u>União</u>
PROCEDÊNCIA: <u>HUT (8 DIH)</u>	COR(REFERIDA): <u>pardo</u>
ESCOLARIDADE:	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Fratura de Vértebra lombar</u>	

2. MOTIVO DA INTERNAÇÃO/QUEIXAS PRINCIPAIS:

Acidente de moto há 10 dias em um acidente, referindo dor.

2.1. SINAIS VITAIS: P. 88 T. 35.4 P. 79 GLIC. 105 R. sof PESO: 88 ALTURA: 1.8
IMC: 9.7

2.2. ESCALA da DOR (1 a 10): sof [0= sem dor; 1-3 = dor branda; 4-6 = dor moderada; 7-10 = dor severa]

3. ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

HISTÓRIA FAMILIAR: () HAS () DM () Cardiopatias () AVE-H () AVE-I () Nefropatias () Neoplasias () Outros Especificar	<p>PJ CORRETORA DE SEGUROS</p> <p>08 AGO 2019</p>
ANTECEDENTES PESSOAIS: () Doenças Crônicas: <u>Não</u>	
() Tratamentos Anteriores/Cirurgias: <u>Não</u>	
() Medicamentos em Uso: <u>Não</u>	
() ALERGIA: <u>Não</u>	
PRÓTESES: () Não () Sim	Possui CARTÃO DE VACINAÇÃO () Não () Sim
HÁBITOS: () Tabagismo () Etilismo () Outras Drogas, Qual?	
EXAMES ANEXOS:	

4. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

OXIGENAÇÃO: () Ar ambiente () Cateter nasal () Macronebulização () Máscara de Venturi Padrão respiratório: () Eupnéico () Bradpneico () Taquipnéico () Ortópneico () Dispneia () Cheyne-Stokes Tosse: () Seca () Produtiva [Aspecto da secreção] =	<p>DPVAT</p>
HIDRATAÇÃO: Ingesta Hídrica/Dia =	
ALIMENTAÇÃO: Hábito Alimentar =	
DIETA: () Jejum () Via oral () Parenteral () SNG () SNE () Gastrostomia () Ostomias () Outros () Náuseas () Vômitos () Hematêmese () Sialorréia () Pirose () Inapetência () Disfagia () Dispepsia	
ESTADO NUTRICIONAL:	
ELIMINAÇÕES: DIURESE = () Espontânea () SVD () Cistostomia () Disúria () Oligúria () Anúria () Poliúria () Polaciúria () Enurese () Retenção () Incontinência () Proteinúria () Glicosúria	
ASPECTO da URINA = () Clara () Concentrada () Colúria () Hematúria	
EVACUAÇÕES = () Normais () Fezes pastosas () Diarréia () Melena () Constipação há <u>10</u> dia(s) () Colostomia () Ileostomia () Jejunostomia	
SONO/REPOUSO: () Satisfatório () Insônia () Agitação () Usa Medicação, QUAL?	
ATIVIDADE FÍSICA: Prática Exercícios () Não () Sim, Qual? () Astenia () Mialgia	
Atividade Motora = () Deambula () Deambula com Auxílio () Não Deambula () Usa Cadeira de Rodas	
HIGIENE: () Satisfatória () Regular () Insatisfatória Cite	

5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS e SOCIAIS

PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE RELIGIOSA/ESPIRITUAL () Não () Sim, Qual?
ESTADO EMOCIONAL PRÉVIO: () Calmo () Agitado () Alegre () Triste () Ansioso () Agressivo () Medo
COMUNICAÇÃO: () Receptivo ao Diálogo () Não Receptivo ao Diálogo
INTERAÇÃO SOCIAL: Participação em Atividades: () Não () Sim, Cite
INTEGRAÇÃO COM A FAMÍLIA () não () sim
LAZER: () Não () Sim, Qual?



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

ESSE



Hospital
Universitário

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Hospital Universitário

7 - CNES

3.285.391

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Hospital Universitário

4 - CNES

3.285.391

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

4649604

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

206366131800005

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/09/1991

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA / COR

Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA DE JESUS CARVALHO VIEIRA

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

TALIA BRITO

14 - TELEFONE DE CONTATO

(86) 9525-8901

15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

RUA ARAO LOBAO, 1860, SÃO PEDRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

UNIÃO

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2211100

18 - UF

PI

19 - CEP

64120000

JUSTIFICATIVAS DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR LOMBAR E PARESIA EM MID APÓS QUEDA DE MOTO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATURA DE L2. TRATAMENTO CIRÚRGICO.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES)

TC DE CÔLUNA LOMBAR - FRATURA DE L2.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S32.0

24 - CID 10 PRINCIPAL

S32.0 - Fratura de

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ARTRODESE CERVICAL / CERVICO-TORÁCA POSTERIOR DOIS NÍVEIS

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408030038

29 - CLÍNICA

Cirurgia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urgência

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

78853770325

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA

34 - DATA DA

11/02/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº BILHETE

0

41 - SÉRIE

0

43 - CNAC EMPRESA

44 - CBOB

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Thalia Brito de Sousa



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 515831948	Nº REGULAÇÃO: 59752	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86) 3229-4321		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 3285391 - HOSPITAL UNIVERSITARIO HU		
LEITO: NEUROCIRURGIA (MASCULINO)		
PACIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA		NASCIMENTO: 14/09/1991

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXA DE DOR LOMBAR. EM TC DE COLUNA EVIDENCIOU FRATURA EM L2 COM INDICATIVO CIRÚRGICO. // 08/02/2019: PACIENTE EVOLUI APRESENTANDO QUADRO DE DOR EM REGIÃO LOMBAR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO DE MEMBROS INFERIORES, PACIENTE SEM COMORBIDADES. PA: 120 X 80 MMHG; FC: 75 BPM; EUPNEICO SEM APORTE DE O₂; (DRº CLERISTON SILVA MOURA).

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

TC DE COLUNA

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE VERTEBRA LOMBAR

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 118x67(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 79bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 18rpm

GLICEMIA: **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O₂:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 10/02/2019 19:01:32

JOSE FERREIRA NETO
Gerente Médico do Pronto Atendimento
CRM 15558
CPF 080.887.370-88

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 20/02/2019

Leito: 1007J

Especialidade/Agenda: NEUROCIURGIA

Unidade: UTI CORONARIANA

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Nome Social:

Data de Nascimento: 19/09/1991

Nº do Cartão SUS: 206366131800005

Prontuário: 464960/4

Data Criação: 20/02/2019 09:56 Atendimento 1098638

Nome do Responsável: KATIA CILENE GONCALVES DA SILVA

Data Confirmação: 20/02/2019 10:07

COREN: 111157

Evolução:

10:50hs Evolui no 1º PO de Artrodese de Coluna T12 - L1 e L3 - L4 secundária a fratura de L2 por acidente automobilista. Consciente, movimenta os quatro segmentos, refere dor lombar. Respirando espontaneamente, sem aporte de O2, com boa SatO2, AP: MV+, sem RA. Afebril, normocárdico, normotenso. Dieta VO com boa aceitação. Diurese por SVD com bom débito. Realizado banho no leito, sem intercorrências, referiu dor, feito medicação analgésica. FO com curativo limpo, feita a troca. Dreno de sucção com débito de 300ml após cirurgia, segue com 100 ml de sangue residual escuro. Ausência de LPs. Retirado acesso central em subclávia direita e puncionado acesso periférico em MSD. Retirada PAI e SVD, sem intercorrências. Recebeu alta da UTI.

Conduta

Vide prescrição de enfermagem

Katia Cilene G. da Silva
ENFERMEIRA
COREN-PI 111.157

Notas Adicionais

Notas Adicionais:

Evolução

Dados do Paciente

Referência: 20/02/2019

Leito: 1007J

Especialidade/Agenda: NEUROCIRURGIA

Unidade: UTI CORONARIANA

Data Criação: 20/02/2019 08:35 Atendimento 1098638

Nome do Responsável: PERON RIBEIRO SOARES

Data Confirmação: 20/02/2019 08:44

CRM: 2673

Evolução:

PO ARTRODESE DE COLUNA COLUNA T12-L1 E L3-L4 -19/02
#FRATURA L2 POR ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

PACIENTE EM 1º PO EVOLUINDO SEM INTERCORRÊNCIA. QUEIXA DE DOR EM FO.
CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO.

EUPNEIO EM AR AMBIENTE. NORMOTENSO, SEM USO DE DROGAS VASOATIVAS.
DIURESE POR SVD ADEQUADA. AFEBRIL. DIURESE ANTERIOR ESPONTÂNEA
LIBERADO DIETA ORAL. ABDOME NORMAL

=====

ATB

CEFALOTINA PROFILÁTICA

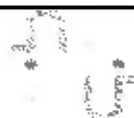
=====

CD

RETIRO SVD, PAI E ACESSO CENTRAL

ALTA DA UTI

Notas Adicionais:



Hospital
Universitário

EVOLUÇÃO

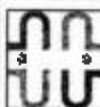
20/02/2019 08:44

Identificação

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Prontuário: 464960/4

Dr. Peron Ribeiro Soares
RQE nº 1234 - Infectologista
CRM - RJ 2673



Hospital
Universitário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ



EVOLUÇÃO

NOME

Francisco dos Anjos Cavallero

DATA DE NASCIMENTO

PRONTUARIO

CLÍNICA

ENFERMARIA

4

LEITO

D

22/02/19 - Fisioterapia - marli

Paciente evolui estável, colaborativo, egresso, em a.a. em PO de atropelamento toraco-lumbar, A.P.S.O. 21/11, SpO2 97%, sem déficit motor/sensorial, movimentação ativa presente, permeável em redutores, controle de traves, acordando do lado da TC p/ evoluir p/ ortostatismo e deambulação. Conduta: Fisioterapia motora e Respiratória.

Dr. Luciano Brito
Fisioterapia
CREFITO 11/72023-F

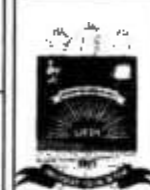
23/02/19 às 18:23 Paciente no 4º ORO p/ ortostatismo. Paciente estável, orientado, egresso, permeável em redutores. Hemodinamicamente estável. Sem alterações em exames. Realizado curativo em F.O. Acreditamos que a operação foi realizada com sucesso. Paciente apresenta: Comorbidades para controle de peso (obesidade), AUP (MS) (G.A.)

24.02.19 às 10:40h - Paciente recebe alta hospitalar em BE6, consciente, orientado, físico, deambulando com auxílio. Realiza de curativo em PO dorsal limpa e seca. Entregue o cartão de alta e alta da enfermagem.

Sylvia Helena B. P. Ferreira
Enfermeira
COREN: 184.932



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ



EVOLUÇÃO

NOME

Francisco das Chagas Carvalho Vieira

DATA DE NASCIMENTO

14/09/91

PRONTUARIO

464960/4

CLÍNICA

Neurocirurgia

ENFERMARIA

2

LEITO

A

11/02/19 às 17 horas. Admitido paciente 27a paciente
de do HUT (8DFH) paciente sofreu acidente de trânsito
bilíster há 10 dias em vias evoluindo fratura
da de Vertebra Lumbosacral sem déficit motor de mm.
II, refer dor lombar, apurando frimento
nos braços e tornozelos, em uso de gessos
de castanhas, urea oligia e outros cuidados
restrito no leito, dieta dieta, constipação há
10 dias

Assistente Social de Souza
Enfermeira
COREN 106289/P

13/02/19 06h. Pd em prog. cirúrgica por fratura L2. Consciente, orien-
tada físico. Eupneico Diet VO. EF exp. Enc 013d. Sono e re-
posso prejudicados por dor. Bpm desconforto abdominal.
AF em MSE (11.02). Ag. TC de col. lombo-sacra. Bntes pl tarde.

14/02/19 08h. Pd em prog. cirúrgica por fratura L2. Consciente
orientada físico. Eupneico em a.a. Dieta dieta VO. Sono e re-
posso prejudicados por dor. EF exp. Enc 013d.
AF em MSE (11.02). Ag. TC de col. lombo-sacra. Bntes pl tarde.

15/02/19 08h. Pd em prog. cirúrgica por fratura L2.

06h. Segue consciente, orientada, físico, eupneico, afébril, SSIC estável.
Sono tranquilo no momento, oculto diário, restrição ao leito, agitação
leite no leito a noite, sem lesões, umidificação placo e cuidados pessoais
chamada quando e espontânea. Exame físico em 14 dias. Agitação
progressiva, irritabilidade e agitação de urina e de colúmbio lombo-sacra.
Bntes pl tarde

Assistente Social de Souza
Enfermeira
COREN 149317

EVOLUÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

NOME	Filipe dos Santos C. Vieira	Nº PRONTUÁRIO	46496017
	UTI GERAL	LEITO	5
DATA			
19/02/19	Tarde		
	Paciente 27 anos, admitido nesta UTI às 13:20h, procedente do CC em PO artroscopia de coluna lombar. Consciente, orientado, sem sinais vitais alterados. Ausculta cardíaca normal.		
19/02/19	Infermagem #		
19/02/19	Órgão respiratório, circulatório, físico, digestivo, urinário e reprodutivo no duto por brônquios normais segundo exame físico no tórax. Auscultação normal, sem ruídos. Sinais vitais estáveis, fôlego 20ml/24h. Pressão arterial normal, frequência cardíaca normal. Ausculta pulmonar normal. Sem alterações em região torácica. (Assinatura)		

Descrição Cirúrgica

folha 1/1

Unidade: BLOCO CIRURGICO

Data cirurgia: 19/02/2019

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Prontuário: 0464960/4

Idade: 27 anos 4 meses

Sexo: Masculino

Leito: 1007J

Convênio: SUS

2. EQUIPE

Equipe: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA

CRM: 3100

NEUROCIRURGIA

Cirurgião: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA

CRM: 3100

Auxiliar: MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

CRM: 3950

3. DIAGNÓSTICO

ASA: I

Pré-Operatório S32 FRATURA DA COLUNA LOMBAR E DA Pelve

Pré-Operatório S32.0 FRATURA DE VÉRTEBRA LOMBAR

Pós-Operatório S32 FRATURA DA COLUNA LOMBAR E DA Pelve

Pós-Operatório S32.0 FRATURA DE VÉRTEBRA LOMBAR

4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO

Via aérea:

ASA:

Avaliação clínica:

Co-morbidades:

Exame físico:

Executor da sedação:

CRM:

5. CIRURGIAS REALIZADAS

Início: 19/02/2019 09:31

Fim: 19/02/2019 13:00

Caráter: ELETIVA

Procedimentos - Potencial de contaminação

ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR QUATRO NÍVEIS

LIMPA

Técnica Anestésica/Sedação: GERAL

Observação:

6. ACHADOS OPERATÓRIOS

FRATURA DE L2

Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.

Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.

7. DESCRIÇÃO

DECÚBITO VENTRAL

ASSEPSIA/ ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO MEDIANA

DISSECÇÃO DA MUSCULATURA PARAVERTEBRAL

COLOCAÇÃO DE 8 PARAFUSOS PEDICULARES EM T12, L1, L3 E L4.

COLOCAÇÃO DE 2 HASTES LONGITUDINAIS

COLOCAÇÃO DE 8 BLOQUEADORES

COLOCAÇÃO DE 1 CROSS-LINK

HEMOSTASIA

FECHAMENTO POR PLANOS

LIMPEZA E CURATIVO

Dr. Marcílio Diogo de Oliveira Barbosa
Neurocirurgião
CRM 3100

19/02/2019 13:13

Dr. MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA CRM 3100

Descrição Cirúrgica

Identificação

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Leito: 1007J

0464960/4



Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFPI
BOLETIM DE ANESTESIA

19/02/13

Data: 19/02/13

Paciente Francisco das Olegarias Carvalho Vieira Prontuário _____
Cirurgião Dr. Marcos V. / Mobilis Diagnóstico Fratura L4
Procedimento Artroscopia Tia - L4 Jejum 8h
Idade 27m Peso 89 PA 120x70 FC 70 Neuro EMB LS ASA I

Monitorização:

(X) ECG (X) SpO₂ () PANI (X) EtCO₂ () BIS () Analisador de gases () TOF () Temp
() PVC Local _____ (X) PAI Local Radial D Cateter 20G (X) Fácil () Difícil

Acesso Venoso:

(X) Periférico Local MS E Jelco 20G Local₂ _____ Jelco _____ () Fácil () Difícil
(X) Central Local VSD Cateter 7F (X) Fácil () Difícil () Ultrassom

Pré-Medicação:

() Sedação Agentes: _____
() Cateter de O₂ () Venturi () Máscara facial () Guedel () Cânula Nasofaríngea

Bloqueio de Neuroeixo

() Subaracnóideo () Peridural Cateter () Sim () Não
Posição () Sentado () Decúbito Lateral Posição () Sentado () Decúbito Lateral
Punção () Mediana () Paramediana Punção () Mediana () Paramediana
Técnica () Dogliotti () Gutierrez Técnica () Dogliotti () Gutierrez
Nível _____ Agulha _____ Nível _____ Agulha _____
() Fácil () Difícil Tentativas _____ () Fácil () Difícil Tentativas _____
Drogas _____ Drogas _____

Bloqueios Periféricos: () Axilar () Interscalênico () Supraclavicular () Infraclavicular () ESP
() Femoral () Ciático () Poplíteo () Pentabloqueio () TAP () Ilioinguinal () Peniano
() Intercostal () Oftálmico: _____ Outros: _____

Drogas:

Recursos: () Estimulador de nervo () Ultrassom

Anestesia Geral

() Venosa Total () Inalatória (X) Balanceada
Intubação: (X) Sim () Não () IOT Prévia
(X) Oral () Nasal Sonda 7,5 (X) com cuff
() Aramado () Brônquico
() Cricotireotomia () Traqueostomia () Acordado

Recursos:

(X) Laringoscopia direta (X) Bougie
() Guia Rígido () McCoy
() Estilete luminoso () Videolaringoscópio
() Fibroscópio () _____
(X) Fácil () Difícil Tentativas 2 Cormack: 2A

Dispositivos Supraglóticos:

() Máscara Laringea () Tubo laríngeo

Indução: Sufentanil 40mcg + Propofol 160mg +
Cisatracurium 10mg + Cetamina 10mg

Manutenção:

Cisatracurium 800
Sufentanil 10mcg

Ventilação: () Espontânea () Assistida

(X) VCV () VCP () SIMV () PSV

Pinsp: _____ VC 500 FR 12 PEEP _____ EE _____

(X) Circular () Semi-aberto () Absorvedor de CO₂

Proteção Ocular: (X) Esparadrapo () Micropore () Tarsorrafia () Pomada: _____

Torniquete: (X) Não () Sim Local _____ Início _____ Fim _____ Tempo _____

(X) Sonda Vesical () Sonda Nasogástrica () Sonda Nasoenteral



Hospital
Universitário

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPE
CAMPOS UNIVERSITÁRIO PETRONIO PORTELA S/N BAIRRO ININGA
CEP: 64049-550 - TERESINA-PI

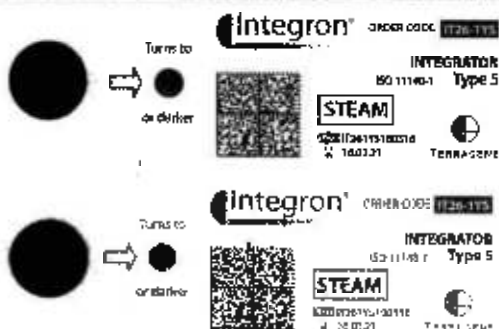
EBSETH

RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DAS CAIXAS CIRÚRGICAS

PACIENTE: Francisco das Chagas Carvalho Vieira
PRONTUÁRIO: 4049604 DATA DA CIRURGIA: 19/03/19
CIRURGIÃO: Dr. Marcilio + Marcus CIRCULANTE: Danielle SALA: 62
CIRURGIA REALIZADA: Artroscopia

INTEGRADOR QUÍMICO

RÓTULO DA CME - PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO



STERADIP® Chemical Indicator Strip
REF 14100
Use in STERADIP® Sterilizer only
Strip changes from red to color
when exposed to H₂O₂ during processing in the STERADIP® Sterilizer.
LA-14100-01

BANDEJA DE ACESSO VENOSO CENTRAL
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: () 1 () 2 () 3 () 4
Esterilização: 06/02/19 Vencimento: 06/04/19
Preparado por (UPME): [assinatura]

NEUROLOGIA - CAIXA BÁSICA DE COLUMA LOMBAR
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: () 1 () 2 () 3 () 4
Esterilização: 13/02/19 Vencimento: 13/04/19
Preparado por (UPME): [assinatura]

NEUROLOGIA - CAIXA DE COLUMA LOMBAR
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: () 1 () 2 () 3 () 4
Esterilização: 13/02/19 Vencimento: 13/04/19
Indicador Químico Interno: () Sim () Não
Preparado por (UPME): [assinatura]

Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: () 1 () 2 () 3 () 4
Esterilização: 18/02/19 Vencimento: 18/04/19
Indicador Químico Interno: () Sim () Não
Preparado por (UPME): [assinatura]

CAIXA Nº 1 DE COLUMA LOMBAR - SURGIMED INSTRUMENTAIS
Método: Vapor saturado T 134°C / Autoclave: () 1 () 2 () 3 () 4
Esterilização: 29/02/19 Vencimento: 29/02/20
Indicador Químico Interno: (X) Sim () Não Peso: 8,2 Kg
Preparado por (UPME): [assinatura]



Hospital
Universitário



EMPRE

BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFPI

SETOR: CENTRO CIRÚRGICO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Versão Ago/2018



ESSE

PACIENTE: Franisco dos Santos Cavaleiro Vilela PRONTUÁRIO: 4649604 ORIGEM/LEITO: 2A DATA: 17/02/2019

PROCEDIMENTO AUTORIZADO: Artroscopia unilateral do joelho direito ELETIVO () URGÊNCIA () EMERGÊNCIA PRECAUÇÃO: NÃO () SIM: ☐ CONTATO ☐ GOTÍCULA ☐ AEROSSÓIS

Checkagem antes da indução anestésica

Identificação (CHECK-IN)

Checkagem antes da incisão cirúrgica

Confirmações (TIME-OUT)

Checkagem antes do paciente sair da sala de cirurgia

Registros (CHECK-OUT)

CHEGADA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO: 08:00

1. (☒) Pulseira de identificação.

PACIENTE/RESPONSÁVEL CONFIRMA:

2. (☒) Nome completo

3. (☒) Procedimento programado

4. (☒) Jejum preconizado - Tempo: 4 horas

5. () Lateralidade demarcada Não se aplica

6. (☒) Retirada de órteses, próteses e adornos

7. (☒) Vestimenta adequada

8. (☒) Consentimento livre e esclarecido preenchido e assinado

9. (☒) Avaliação pré-anestésica realizada e consentimento assinado

☐ Não se aplica

10. (☒) Exames de imagem e laboratoriais disponíveis ☐ Não se aplica

11. Alergia conhecida: Não

Enfermeiro/Téc. em Enfermagem: Equipe COREN: 60350

CONFIRMAR ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

12. (☒) Dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)

13. (☒) Montagem da SO de acordo com o procedimento agendado

14. (☒) Monitor multiparamétrico, mesa cirúrgica, foco e demais equipamentos necessários funcionantes

15. (☒) Materiais e medicamentos para a anestesia disponíveis

16. Via aérea difícil ou risco de aspiração? ☐ Não ☐ Não se aplica

☐ Sim e equipamentos para assistência disponíveis

17. (☒) Instrumentais com embalagem íntegra e dentro do prazo de validade

18. () Instrumentais estéreis em condições ideais de uso

19. (☒) Presença de integrador químico nas caixas estéreis (em caso de implantes) ☐ Não se aplica

20. () Necessidade de uso de manta/colchão térmicos ☒ Não se aplica

21. (☒) Reserva de hemoderivados: CH (☒); PFC (☐); CPl (☐); CRIO (☐); TS (☐)

☐ Não se aplica

22. (☒) OPMEs solicitados disponíveis ☐ Não se aplica

23. (☒) Vaga de UTI ☐ Não se aplica

24. (☒) Lateralidade demarcada ☒ Não se aplica

HORÁRIO DE ENTRADA NA SALA Nº (02): 08 : 05

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMAGEM CONFIRMAM

VERBALMENTE:

25. (☒) Identificação do paciente, procedimento programado e sítio cirúrgico.

26. () Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função

27. (☒) Placa de bisturi elétrico posicionada corretamente

☐ Não se aplica

Colocar símbolos abaixo para localização de:

Eletrodos: *

Placa de bisturi: Δ

Incisão cirúrgica: *

Garrote pneumático: III

Início do garroteamento: — : — : —

Término do garroteamento: — : — : —

28. () Tricotomia ☐ Não se aplica

29. (☒) Profilaxia antimicrobiana realizada nos últimos 60 minutos?

☐ Não se aplica efaboloquinona (8:30)

30. Degermação: () PVPI (☒) Clorexidina 1g (11:30)

Antissepsia: () PVPI (☒) Clorexidina



HORÁRIO DE INÍCIO DA CIRURGIA: 09:15

HORÁRIO DO TÉRMINO DA CIRURGIA: 13:00

31. Confirmação verbal com equipe cirúrgica. Procedimento

realizado: Artroscopia do joelho direito

4 meses

32. Contagem de compressas correta:

Entregues: 16 Recolhidas 16

33. Contagem de gazes correta:

Entregues: 50 Recolhidas 50

34. Contagem dos instrumentais cirúrgicos correta:

Entregues: 104 Recolhidas 104

35. Contagem de perfurocortantes correta:

Entregues: 14 Recolhidas 14

35. () Congelamento ☒ Não se aplica

36. () Peça(s) cirúrgica(s)/amostra(s) para anatomia patológica

com identificação correta: ☒ Não se aplica

Quantidade de peça(s)/amostra(s): —

Especificação da(s) peça(s) cirúrgica(s)/ amostra(s):

38. (☒) Verificado se há problema com equipamentos para ser resolvido

Não

39. O cirurgião, o anestesiolegista e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente

Sim, cuidados gerais

Equipe

Dr. Marcus Vinícius O. dos Santos

Neurocirurgião

Auxiliar

Equipe

Instrumentador

Danielle de Araújo Oliveira

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CRÉDITO 524.921

Circulante

Érica Márcia B. de R. Costa

ENFERMEIRA

CRÉDITO 248.571

Enfermeiro

Anestesiolegista



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

FOLHA DE ALTA – U.T.I.

Paciente: Júlio dos Santos Carvalho Vieira

Pront. 036.94.001

Diagnósticos: 1º DPO aguda de coluna T12-L1 e L3-L4 secundária a fratura de L2

Resumo de alta:

Paciente de 27 anos, submetido a artrodese de coluna T12-L1 e L3-L4 secundária a fratura de L2 por acidente automobilístico. Evoluiu com boa recuperação, estado geral normocorado, acianótico, afebril, respirando em ritmo normal, sem alteração de diáfragma por via oral, Glasgow 15, sem sinais de alarme. Refere dor em queda operatória controlada com analgésicos, diurese de sucção com débito de 800 ml nas últimas 24h. Dieta regular, em uso de diureticos vasotônicos, com profilaxia para trombose venosa profunda, em uso de cefazolin como profilaxia de infecção.

Exames importantes:

Na 24h: 13,3 Mg²⁺ 2 Plaquetas 365.000
 Creatinina 0,30 Hb 9,9
 T 37,3 Peso 33,4 kg
 S 91,5 Diferencial 11.500

Medicamentos em uso	Nº dias	Medicamentos em uso	Nº dias
<u>Clonazepam 0,5 mg EV 8/8h</u>	<u>DV1</u>		

Programação:

- Sinais vitais (acesso central e SVD)
- Alívio da UTI
- Mobilização precoce

Data: 30 / 03 / 19

Assinatura e carimbo do médico

Dr. Peron Ribeiro Soares
 RQE Nº 1334 - Infectologista
 CRM - RJ 2673



HU UFPI

Nº PRONTUÁRIO: 464960 / 14

PROTOCOLO FONOAUDIOLÓGICO DE TRIAGEM À BEIRA DO LEITO DISFAGIA – ADULTOS



IDENTIFICAÇÃO			
Nome: <u>FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA</u>			
Idade: <u>27</u>	Sexo: () F (X) M	Data de Nascimento: <u>19/9/91</u>	
Setor: <u>POSTO 1</u>		Leito: <u>2A</u>	
ESPECIALIDADE			
() Neurologia	() Gastro	() Clínica Médica	() Cardiologia
() Vascular	() Onco-hematologia	() Pneumologia	() Nefrologia
() Endócrino	(X) Outra <u>ORTODONTIA</u>		
MOTIVO DA INTERNAÇÃO			
<u>FRATURA DE VERTEBRA LOMBAR</u>			
OUTRAS COMORBIDADES			
() HAS	() DM	() ENCEFALOPATIA	() Cirrose
() DPOC	() ICC	() IAM	() Outra
() AVE Prévio	() Tabagismo	(X) Etilismo	
MECANISMOS DE PROTEÇÃO DE VIA AÉREA			
Respiração: (X) Ambiente () Cateter de O2 () Máscara de Venturi			
Possui alguma doença respiratória? () SIM (X) NÃO Qual? _____			
Já teve pneumonia? () SIM (X) NÃO			
Apresenta sinais clínicos de aspiração? () SIM (X) NÃO Qual? () Tosse () Dispnéia/esforço respiratório () Voz molhada			
Intubação Orotraqueal? () SIM (X) NÃO TEMPO: _____			
Faz uso de ventilação mecânica () SIM (X) NÃO			
Não invasiva: CPAP () BiPAP () Tempo: _____ Invasiva: Modo: _____ Tempo: _____			
Faz uso de traqueostomia? () SIM (X) NÃO () PLÁSTICA () METÁLICA			
MANUTENÇÃO DA NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO			
Perdeu peso atualmente? () SIM (X) NÃO			
Reduziu a ingestão de líquidos? () SIM (X) NÃO			
Apresenta doença do refluxo esofágico? () SIM (X) NÃO			
Utiliza Via Alternativa de Alimentação? () SIM (X) NÃO Qual? _____			
ASPECTOS ESTRUTURAIS E FUNCIONAIS			
Apresenta alteração na dentição com alta influência na deglutição? () SIM (X) NÃO			
Apresenta anomalias estruturais orofaringolaringeas? () SIM (X) NÃO			
Apresenta dificuldades para mastigar? () SIM (X) NÃO			
Apresenta dificuldades para engolir? () SIM (X) NÃO			
Apresenta sensação de boca seca? () SIM (X) NÃO			
Sente o alimento parado na garganta? () SIM (X) NÃO			
Modificou a consistência na dieta? () SIM (X) NÃO Qual foi a modificação? _____			
Modificou o tempo de refeição? () SIM (X) NÃO Modificação: _____			
CONDUTA	() AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA		
	(X) NÃO NECESSITA DE AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA		
	() ORIENTAÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS		
FONOAUDÍLOGA RESPONSÁVEL	 Maria M. S. Lira Batista FONOAUDÍLOGA CRFa-10260/PI		
Data: <u>11/9/14</u>			

AVALIAÇÃO DIÁRIA - UTI HU-UFPI

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: <u>Francisco dos Chagas Cavalcante Vieira</u>	IDADE: <u>27</u>	PESO PREDITO: _____	PESO USUAL: _____
SEXO: <u>M</u>	INTERNAÇÃO: _____	DATA DA AVALIAÇÃO: <u>20/02/2017</u>	
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: <u>fratura de coluna T12-L1 e L3-L4</u> <u>instabilidade e fratura de L2</u>	ESCALAS: APACHE 2: _____ SOFA: _____ NUTRIC: _____ SAPS 3: _____		

IMPRESSÃO CLÍNICA E EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO: BEG, low umfD

PELE E ANEXOS: amarelado, normocrucado, acianótico

SISTEMA OLFATORIO E GUSTATIVO: <u>N alteração</u>	VISUAL: <u>N alterações</u>
TÁTIL: <u>N alteração</u>	AUDITIVO: <u>N alteração</u>

NEUROLÓGICO

RASS: _____ GLASGOW: 15 PUPILAS: isocóricas, reativas

SEDAÇÃO: ☒ SEM ☐ COM - DROGAS (DOSE): _____

OBSERVAÇÃO:

RESPIRATÓRIO: <input checked="" type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> VNI	<input type="radio"/> VM - MODO: _____
PADRÃO: <u>supino</u>	PEEP: _____ FiO2: _____ FR: _____ SatO2: _____ PaO2 / Fio2: _____
SUPOORTE O2: _____	<input type="radio"/> IOT (TUBO: _____) <input type="radio"/> TQT (CÂNUA: _____)
AUSCULTA: <u>RNF RRT SRA</u>	

CARDIOVASCULAR

AUSCULTA: <u>RNF RR 2FS</u>	<input type="radio"/> DVA: _____
PAM: <u>65-80</u> PAS: <u>87-122</u>	<input type="radio"/> ANTI-HIPERTENSIVO: _____
FC: <u>95-132</u> PAD: <u>44-60</u>	
OUTROS: _____	OUTRAS DROGADAS: _____

TRATO GASTROINTESTINAL

NUTRICÃO: ☐ ZERO ☒ ORAL ☐ ENTERAL ☐ PARENTERAL

CALORIAS: _____ PROTEÍNAS: _____

☐ VÔMITOS: _____ ☐ EVACUAÇÕES: _____ ☐ DÉBITO POR Sonda: _____

ABDOMEN:

flexível, indolente, RHA +

TRATO GENITO-URINÁRIO

DIURESE: ☐ FRALDA ☒ SVD VOL: 800 BH: +1460 ASPECTO DA URINA: concentrada

Jr: 43 Cr: 0.86 Cicr: _____

DIÁLISE: ☐ NÃO ☐ SIM - DATA DA ÚLTIMA DIÁLISE: ____/____/____

DRC? ☒ NÃO ☐ SIM

DIURÉTICO? ☒ NÃO ☐ SIM: _____

PERÍNEO:

ENDÓCRINO-METABÓLICO

DM? ☒ NÃO ☐ SIM CONTROLE GLICÊMICO: 162 - 245 - 172 - 152

HIPOGLICEMIANTE: ☒ NÃO ☐ SIM: _____

INSULINA: ☒ NÃO ☐ SIM: _____

Na: 132 K: 4.8 Ca: _____ Mg: 2

BAIOMETRIA:

Sumário de Alta

folha: 1 / 1

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Francisco Das Chagas Carvalho Vieira **Prontuário:** 464960/4
Idade: 27 anos 5 meses **Sexo:** Masculino **Leito:** 0001D
Data internação: 11/02/2019 **Data Alta:** 24/02/2019 **Permanência:** 13 dias
Convênio: Sus
Equipe responsável: Maurício Giraldi
Divisão de Gestão do Cuidado

2. DIAGNÓSTICOS

Motivos da internação
fratura da coluna lombar e da pelve (s32)
Diagnóstico principal na Alta
Fratura da coluna lombar e da pelve (S32)

3. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

Outros procedimentos
19/02/2019 Fisioterapia Respiratória
19/02/2019 Fisioterapia Motora

4. EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDO A ARTRODESE LOMBAR EVOLUINDO COM MELHORA CLÍNICA PÓS-OPERATÓRIA
CD: AO AMBULATÓRIO
RETIRAR PONTOS DE FERIDA OPERATÓRIA 14 DIAS APÓS A CIRURGIA

5. PLANO PÓS-ALTA

Motivo da Alta
Alta médica
Recomendações da Alta
Encaminhamento ao ambulatório do hospital
Medicamentos Prescritos na Alta
NAPROXENO 500.0 MG -- 1 CX -- Uso Interno

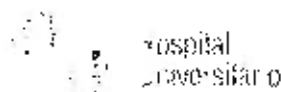
6. ESTADO DO PACIENTE NA ALTA

ALTA MELHORADO (12)

24/02/2019, 09:05 h.

Dr. ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA CRM 5516

Dr. Elton Bezerra
CPF: 010.884.632-30
NEUROCIRURGIA
CRM - 5516



Sumário de Alta

Identificação

Francisco Das Chagas Carvalho Vieira

Leito: 0001D

464960/4



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO:515831948	Nº REGULAÇÃO: 59752	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86) 3229-4321		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 3285391 - HOSPITAL UNIVERSITARIO HU		
LEITO: NEUROCIRURGIA (MASCULINO)		
PACIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA		NASCIMENTO: 14/09/1991

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXA DE DOR LOMBAR. EM TC DE COLUNA EVIDENCIOU FRATURA EM L2 COM INDICATIVO CIRÚRGICO. // 08/02/2019: PACIENTE EVOLUI APRESENTANDO QUADRO DE DOR EM REGIÃO LOMBAR SEM DEFICIT NEUROLÓGICO DE MEMBROS INFERIORES, PACIENTE SEM COMORBIDADES. PA: 120 X 80 MMHG; FC: 75 BPM; EUPNEICO SEM APORTE DE O2.; (DRº CLERISTON SILVA MOURA).			
PROVAS DIAGNÓSTICAS: TC DE COLUNA			
EXAMES SOLICITADOS:			
AGNÓSTICO(CID): FRATURA DE VERTEBRA LOMBAR			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 118x67(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 79bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 18rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 10/02/2019 19:01:32

Jose Ferreira Neto
Gerente Médico do Pronto Atendimento
CRM 1558
CPF 090.887.373-88

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA
COMPROVANTE****Paciente:** FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA**Nascimento:** 14/09/1991**Motivo do Chamado:**

TRANSFERENCIA INTERHOSPITALAR

Estabelecimento de Origem:HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA
- HUT**Estabelecimento de Destino:**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU

Verificação do Estabelecimento de Destino:**Viatura:****Data/Hora Programada:**



Solicitação de Regulação

Todos os campos marcados com * são obrigatórios.

ID 59752

Situação* EM ANÁLISE *

Tipo* Transferência Interhospitalar *

Autorização

P.07

Cuf 232

Cuf - Michelle

Verificação do Estab. Exec. Usuário Responsável

Estabelecimento Solicitante HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

Profissional Solicitante* MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA

Paciente* FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Nascimento 14/09/1991 27 ano(s) Sexo M Cartão SUS 206366131800005

Mãe MARIA DE JESUS CARVALHO VIEIRA Telefone Telefone2

Endereço Nº

Bairro Município UNIAO UF PI

Dados Clínicos

História Clínica VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXA DE DOR LOMBAR. EM TC DE COLUMNA EVIDENCIOU

FRATURA EM L2 COM INDICATIVO CIRÚRGICO.

Observação PACIENTE INTENADO NO HUT PARA SER TRANSFERIDO PARA O HU (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO)

PARA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO INDICADO PARA O PACIENTE.

Prova Diagnóstica TC DE COLUMNA

Exames Solicitados

Diagnóstico (CID)

FRATURA DE VERTEBRA LOMBAR

Pressão Arterial 118 X 67 (mmHg) Saturação 98 % Freq. Cardíaca 79 (lpm) Freq. Res

Glicemia (mg/dL) Nível de Consciência 15 Uso de O2 Seleção *

Comorbidade

- ☐ Alergia
- ☐ Risco de Queda
- ☐ Risco de Broncoaspiração
- ☐ Risco de Úlcera de Pressão

Prescrição

É importante que seja anexada a última prescrição e os exames realizados para melhor continuidade do tratamento.

Uso de Drogas Vasodilatadoras ☐ Sim ☒ NãoUso de Antibiótico ☐ Sim ☒ NãoOutras Medicamentos ☐ Sim ☒ Não

Descrição

Especialidade Requerida NEUROCIRURGIA (MASCULINO)

Classificação de risco Muito Urgente

Situações anteriores

06/02/2019 09:40:46 Usuário: ALLINE REBOUCAS MACEDO

Situação: EM ANÁLISE

Tipo: Transferência Interhospitalar

Estabelecimento de Destino: NÃO DEFINIDO

Verificação do Estab. Exec.:

Classificação de Risco: Muito Urgente

DADOS CLÍNICOS

História Clínica: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXA DE DOR LOMBAR. EM TC DE

Usuário Cadastro ALLINE REBOUCAS MACEDO

Usuário Cadastro Telefone (86)9999-09036

Data Cadastro 06/02/2019 09:40:46

Usuário Resposta

Data Resposta

HEMATOLÓGICO

ANGRAMENTO: ☐ NÃO ☐ SIM - SÍTIO:

Idade: 45 Ht: Leuco: 13740 Diferencial: 37% Plaquetas: 365000

AP/INR: TTPA:

OSTEOMUSCULAR E ARTICULAR:

INFECTO-PARASITÁRIO

INFECÇÃO: ☒ NÃO ☐ SIM - FOCO:

FEBRE: ☒ NÃO ☐ SIM - PADRÃO:

CULTURAS(DATA/GERME/MEIO):

ANTIBIÓTICO: ceftriaxona 1g EV 8/8h D1

ANTIFÚNGICO:

OUTROS:

REVISÃO DE TUBOS E DRENOS: dreno lombar 300 ml (sangue)

CESSO VENOSO CENTRAL: subclávio D

ONDA VESICAL DE DEMORA: +

OUTROS:

RESCRIÇÃO

ALGESIA: ☐ NÃO ☒ SIM: dipirona 2 amp IV 8/6h; morfina 10mg EV AC11

PROFILAXIAS: ☒ ÚLCERA GÁSTRICA: omeprazol 3 FRA IV

☐ ÚLCERA DE DÉCUBITO:

☐ TROMBOEMBOLISMO VENOSO:

☐ ANTIAGREGAÇÃO:

☐ ÚLCERA DE Córnea:

OUTRAS DROGAS RELEVANTES:

OUTROS EXAMES:

PARECERES

PLANO TERAPÊUTICO

RESIDENTE/INTERNO:

PLANTONISTA:

DIARISTA:

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Francisco das Chagas Carvalho Vieira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

3.438.533

DATA DE
EMISSÃO

05/04/10

NOME

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

FLIAÇÃO

MARIA DE JESUS CARVALHO VIEIRA

JOSÉ FERNANDES VIEIRA

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

COELHO NETO-MA

19/09/1991

DOC. ORGPM

CERT. NASC. 49619 L A95 F 56V

EXP. UNIÃO-PI: 16/03/94

TRFESINA - P

ASSINATURA DO DIRETOR

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



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
059.785.793-85

Nome

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

Nascimento

19/09/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE

978FA94B.28F1.30FF

A autenticidade deste comprovante deve ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:52:51 de dia 09/05/2018 (hora e data de emissão)

digito verificação: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.327.176	DATA DE EXPEDIÇÃO	11/09/13
NOME	ANTONIO DA SILVA BARROS		
FILIAÇÃO	MARIA COUTINHO DA SILVA BARROS		
NATURALIDADE	JOÃO MENEZES BARROS	DATA DE NASCIMENTO	27/07/1973
UDC. ORIGEM	UNIAO-PI		
CERT. NASC.	1402 L 42 F 252.		
CPF	EXP UNIAO-PI 208/08/05		
TERESINA - PI	496 923 053-68		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Antonio da Silva Barros

ASSINATURA DO TITULAR

6258825

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PI CORRETORA
DE SEGUROS

06 AGO 2019

DEVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 011377517629
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0531
0190
0021
0750
2019
2080
9680
2080
9680
0700
1016

VIA 1 01093705865 EXERCÍCIO 2015

NOME ANTONIO FRANCISCO RODRIGUES DE J
BUS

PLACA 35411732387 PIE-3110

CHASSI 9C2KC2200GR114780

ESPÉCIE TIPO FAS/MOTOCICLO/NEHUMA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI ANO FAB 2015 ANO MOD 2016

CAP/PISTON 02P/0162CC CATEGORIA PARTIC COR PRE DOMINANTE PRETA

1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

FAIXA IPVA 00000000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURO ID (R\$) PAGO DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
PBT: 000.29
ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

LOCAL UNIAO DATA 05/08/2016

ASSINATURA DO REGISTRO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

DPVAT
08 AGO 2016
CORRETORA DE SEGUROS

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PINº 011377517629 BILHETE DE SEGURO DPVAT

35411732387 PIE-3110 2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 05/08/2016

VIA 1 35411732387 PLACA PIE-3110

RENAVAM 01093705865 MARCA/MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB 2015 CATEG 9C2KC2200GR114780

PRÊMIO TARIFÁRIO

010,75	001,19	011,94
--------	--------	--------

CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,15	ID (R\$) 000,10	TOTAL A SER PAGO (R\$) 028,15
-------------------------------	-----------------	-------------------------------

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO 04/08/2016

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.568/0001-04
www.seguradoralider.com.br

JUN-2014

**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: **3190469569**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

TV ARAO LOBAO, s/n - URBANO - União - PI - CEP 64120-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3438533**

Data e local do acidente: [**02/02/2019**] **RUA PADRE SIMPLISCIANO ,UNIAO -PIAUI**

Data e local do exame: [**21/08/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE L1 ,L2

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 02/02/2019,COM HD DE FRATURA DE L1 ,L2 ,EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COLUNA LOMBAR

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

[☒] Sim [☐] Não

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

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 02/02/2019,COM HD DE FRATURA DE L1 ,L2;FEITO TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO DE FRATURA DE L1+ L2 ,EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COLUNA LOMBAR;JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COLUNA LOMBAR,F DE 30 , E DE 15, INCLINAÇÃO DE 35,ROTAÇÃO DE 40 GRAUS ,COM PERDA DE 50 %

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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

COLUMNA LOMBAR

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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 a valoração do dano corporal.

EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COLUMNA LOMBAR, F DE 30 , E DE 15, INCLINAÇÃO DE 35, ROTAÇÃO DE 40 GRAUS , COM PERDA DE 50 %



Edmar de Souza Lima Junior - CRM: 2313 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469569 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE L1 ,L2

Descrição do exame físico: EF: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM COLUNA LOMBAR, FLEXÃO DE 30, EXTENSÃO DE 15, INCLINAÇÃO DE 35, ROTAÇÃO DE 40 GRAUS.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 02/02/2019, COM HD DE FRATURA DE L1 ,L2; FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DE FRATURA DE L1 + L2; JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

Sequelas permanentes: Limitação funcional da coluna lombar

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469569 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COLUNA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(ARTRODESE).
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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

ORTORGANTE:

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA
 RG: 3.438.533 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 059.785.793-85
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO profissão: LAVRADOR
 Endereço: TV. ARAD LOBÃO N° 511
 Bairro: B- URBANO Cep: 64-120-000 Cidade/UF: UNIO-PI
 Telefone: (86) 99525-8201 (86) 99566-2659 ()

OUTORGADO:

Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
 RG: 1.328.176 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 496.923.053-68
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO profissão: Autônomo
 Endereço: RUA CANINDÉ N° 464
 Bairro: CENTRO Cep: 64-120-000 Cidade/UF: UNIO-PI
 Telefone: (86) 99485-1210 ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgante poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários juntos às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, enfim de requerer indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA
 CPF: 059.785.793-85 Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura Solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

UNIO-PI, 23 de Julho de 2019
 Local e Data

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

08 AGO 2019

DPVAT

Francisco das Chagas Carvalho Vieira
 Assinatura do outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

COMARCA DE UNIO
 CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE REGISTRO
 CIVIL E DE NOTAS - UNIO
 Lucinete Oliveira Vieira
 Escrivã Pública e Oficial de Registro
 Civil e de Casamento



CARTÓRIO DE UNIO
 Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobato, 850 - Centro - UNIO-PI - CEP: 64120-000
 Tel./ Cel.: (86) 99490-9933 - CNPJ: 22.203.220/0001-02
 Tabela: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. UNIO-PI, 10/07/2019. Empl.: 3.85 TJ80.77 FMP: 0,10 Selo: 26 Total: 4,98 Selo: ABR.17882 (F548/22)
 LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA - Tabela Interina

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270689/19

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIE

CPF: 059.785.793-85

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 02/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS
CARVALHO VIEIRA

CPF de: Próprio

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
DUT

ANTONIO DA SILVA BARROS : 496.923.053-68

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

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA : 059.785.793-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019
Nome: ANTONIO DA SILVA BARROS
CPF: 496.923.053-68

ANTONIO DA SILVA BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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: 28/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00008

CONTA: 000000034483-0

Nr. da Autenticação 6DD27C1F272DA60C