



ESTADO DO PIAUÍ
MUNICÍPIO DE UNIÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA ANFRÍSIO LOBÃO S/N CENTRO CEP: 84120-000

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que na cidade de União - PI não existe serviço de atendimento do tipo: SAMU, CORPO DE BOMBEIRO, ANJOS DO ASFALTO E INSTITUTO MEDICO LEGAL (IML).



PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 JUN 2018

DEVAT

União, 18 de Março de 2015


Secretaria Municipal de Saúde
CPF: 347.250.153-11
União - PI



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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente **Manoel do Nascimento Machado**, deu entrada neste hospital no dia 31 de março de 2019, às 19h02min, vítima de acidente automobilístico, o mesmo chegou ao hospital por demanda espontânea.

União - PI. 07 de maio de 2019.

Antônia Raimunda Viana da Silva

Antônia Raimunda Viana da Silva

Servidora do HMU

Ueto



NOME DO PACIENTE: Manoel do Nascimento Machado
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 03/04/2019 16:10:08

(User: ANDRE LEAL)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO	Prontuário: 507398
Mãe: MARIA DE JESUS MACHADO	Pai:
End.Resid.: RUA DAS PEDRINHAS - SAO FRANCISCO - UNIAO - PI - CEP: 64125-000	
Nascimento: 25/12/1958	Idade: 60a3m9d
Sexo: Masculino	Fone: 86-99582-6934
Responsável: FRANCISCO	CNS: 705004698132857
Profissão: LAVRADOR	Documento: CPF: 833.016.743-72
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 715301	Entrada: 03/04/2019 16:03:18	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRANSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Indução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SEVV: (Hora: ____:____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:QOEDA COM TRAUMA GRAVE NO COTOVELO ESQUERDO
ENCAMINHADO UPA FRATURA LUXAÇÃO COTOVELO TRIADE COTOVELO
TC

DR. ZENON ROCHA
RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Cotovelo E.
DATA: 16.02.02.04.2019
Tecnólogo

Diagnóstico Inicial:
Fratura da extremidade superior do rádio**CID:**
S521**Exames Complementares:**

(1186295) - T.C. DE COTOVELO ESQUERDO

Prescrição Médica:

Anticoag. 1170 mg

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

Assinatura Paciente ou Responsável

ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
PI 4803 Em: 03/04/2019 16:10:06

Dr. Carlos Vitor da Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI: 3554



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 575691930	Nº REGULAÇÃO: 67628	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO		NASCIMENTO: 25/12/1958

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE, 60 ANOS DE IDADE, SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO. RADIOGRAFIA EVIDENCIA LUXAÇÃO POSTERIOR DO COTOVELO, FRATURA DA CABEÇA DO RADIO E FRATURA DO PROCESSO CORONOIDE DA ULNA (TRIÁDE TERRÍVEL DO COTOVELO) A ESQUERDA. CID- ENCAMINHO AO HOSPITAL DE REFERENCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO (HD- LUXAÇÃO POSTERIOR DO COTOVELO, FRATURA DA CABEÇA DO RADIO E FRATURA DO PROCESSO CORONOIDE DA ULNA (TRIÁDE TERRÍVEL DO COTOVELO) A ESQUERDA. CID- S 431. S52PCT COM LUXAÇÃO NÃO CONSEGUIR REALIZAR REDUÇÃO			
PROVAS DIAGNÓSTICAS: EXAME FÍSICORX			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 03/04/2019 14:46:02

Dr. Edmarcio Mesquita
Ortopedia e Traumatologia
CRM-715166-7/CT 15359

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



236283

No. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	236283

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO	6 - Prontuário: 507398		
7-CNS: 705004698132857	8-Nascimento: 25/12/1958	9-Sexo: Masculino	CPF: 833.016.743-72
11-Mãe: MARIA DE JESUS MACHADO	12-Fone: 86-99582-6934		
13-Resp: FRANCISCO	14-Cor: Sem Informação		
15-End: RUA DAS PEDRINHAS - SAO FRANCISCO - CEP: 64125-000	17-Cod. IBGE: 221110	18-UF: PI	19-CEP: 64125-000
Munic: UNIAO			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: QUEDA COM TRAUMA GRAVE NO COTOVELO ESQUERDO HA 2 DIAS NEURO VASCULAR NORMAL ENCAMINHADO UPA FRATURA LUXAÇÃO COTOVELO TRIADE COTOVELO TC FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQ	
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRURGICO	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): EXAME CLINICO E RX	
23-Diagnóstico Inicial: (Informação Posterior)	24-CID Prim: 5424 25-CID Sec: 922 26-CID C. Ans: 922

PROCEDIMENTO SOLICITADO

8-Cod.Proced.: 0415030013	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	Tempo SUS 9999
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 776.327.023-34	D^o Cláudio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI: 3054
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO	34-Data Solicitação: 03/04/2019	
		35-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: ANDRE LEAL Consulta Local: 715301 Consulta SUS: Impressão: 03/04/2019 16:44:51



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Manoel do Nascimento Machado		
Diagnóstico pré-operatório	fratura úmero - ulna proximal (E)		
Operação - Tipo	autossplante úmero + enxerto ósseo coracoclavicular		
Cirurgião	Dr. Leandro	1º Assistente	Residente
2º Assistente	Dr. LEANDRO PONCE LEAL Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Ombro e Cotovelo CRM-PI 2608	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Genildo	Anestesiologista	Dr. Ana Beatriz
Anestésico(a)		Anestesia	Blq. + Sedação

Data da Operação	04.04.19	Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Primeira - fclh; arquivar e interespaciais presentes
fratura lateral - medial do cotovelo (E)
Ressecção do coracóide do úmero
Autossplante de substituição
Colocação de 1 anvisa no espaço coracoclavicular
Preenchimento do furto no espaço do cotovelo
Anomalia do furto do anvisa
Suturas = 12 pontos
Gesso
Celo guardado

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2608



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04, 04, 19

NOME DO PACIENTE:	Manoel do Nascimento Machado	PRONTUÁRIO Nº:	507.398
DIAGNÓSTICO:	1	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Bloqueio + Sedação	Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	LEANDRO P. LEM	Dr. LEANDRO PONCE LEAL Ortopedia e Traumatologia	CPF Nº: 167.786.998-41
AUXILIAR:	André (R2)	Cirurgia do Ombro e Cotovelo CRM-PI 2608	CPF Nº:
ANESTESIA:	Wlro Ana Beatriz	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Georhelo	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.0 175	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		Drepan	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3.0	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0/1	02		CIRCULANTE:	Jose		
PROLENE							



PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

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

PACIENTE - Nome: Manoel de Nascimento Machado
Nº AIH: 236283
Nº do Prontuário: 507398 **Data da Internação:** / /
Procedimento Médico Realizado: 0408020547
Indicador de Compatibilidade: 0702030023
MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Leandro
CRM Nº **CPF Nº**
DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 04 / 04 / 19 **DATA DA ALTA:** / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
	ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM REG. ANVISA N.º0297810024 COD: 09010050E LOT: 0279J18 ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM USO UNICO - ESTERIL PROIBIDO REPROCESSAR 2701025 - ANCORA DE SUTURA ORTOPEDICA 1 - ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM Módulo: OXIA DE TITANIO / FIOS DE POLIESTER (norma ASTM F100 / USP 2)  Fabricante, conteúdo e distribuição: Inocuum Ltd a Casa de Prod. Médicos CNPJ: 07.872.667/0001-00 R. San José s. 002 - Lote 2 - Quadra AB Pq. Industrial São José Dolha - AP - Brasil CEP: 06715-802  Condições especiais de armazenamento, conservação e manipulação: verificar tempo líquido de validade e validade de esterilidade. Não soltar o objeto preso de p ortugado para o produto, manter em local seco e não expor a luz solar, não expor a luz solar, verificar as temperaturas de conservação recomendadas, não aquecer em um de 100°C de 40°C, instruções para uso: adequadas a prescrição; não se 

Dr. LEANDRO PONCE DE AL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2608

Comunicamos ao Fornecedor

discriminado do paciente retro citado.

Teresina 04 de Abril de 2019
Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha
C.N.P.J:
Assinatura:
Cargo:
Nome: Aurázio



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: **MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO** (Prontuário: 507398)
Endereço: RUA DAS PEDRINHAS - SAO FRANCISCO - UNIAO - PI CEP: 64125-000
Nascimento: 25/12/1958 Idade: 60a3m9d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 715301
Requisição: 938849 Solicitação: 03/04/2019 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
Controle: 1186295 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 03/04/2019

T.C. DE COTOVELO ESQUERDO

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURA COMINUTIVA COM FRAGMENTAÇÕES ÓSSEAS EM EXTREMIDADE PROXIMAL DO RÁDIO E NO PROCESSO CORONÓIDE ULNAR. OBSERVA-SE DESTACAMENTOS DESTES FRAGMENTOS ÓSSEOS PARA AS PARTES MOLES ADJACENTES DO COTOVELO.
- LUXAÇÃO DO COTOVELO CARACTERIZADA POR DESVIO POSTERO-SUPERIOR DO RÁDIO E DA ULNA EM RELAÇÃO AO ÚMERO.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 03/04/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Professional Responsável

[Handwritten signature]



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	236283

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO	6 - Prontuário: 307398		
7-CNS: 705004698132857	8-Nascimento: 25/12/1958	9-Sexo: Masculino	CPF: 833.016.743-72
11-Mãe: MARIA DE JESUS MACHADO	12-Fone: 86-99582-6934		
13-Resp: FRANCISCO	14-Fone: 86-99582-6934		
15-Ende: RUA DAS PEDRINHAS - SAO FRANCISCO - CEP: 64125-000			
16-Munic: UNIAO	17-Cod. IBGE: 221110	18-UF: PI	19-CEP: 64125-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020547	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030023	32 - Descrição do Procedimento Especial: ANCORA	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: PIMES		

38-Profissional Responsável: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO	40-Tp. Documento: CPF	Dr. LEANDRO FONSECA LEAL Ortopedista e Traumatologista Cirurgião do Ombro e Cotovelo CRM/PI 3086 41-Ass. Carimbo Méd. Sol. ICRM:
39-Data Solicitação: 04/04/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 776.327.023-34	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Notas do parecer favorável do Dr. [assinatura]

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:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

**UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA**

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074

TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 01/04/2019 22:00:59

(User: NEOMAR SOARES)

(Estação: SALADGESSO-PC)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO		Prontuário: 146236
Mãe: MARIA DE JESUS MACHADO	Pai:	
End.Resid.: RUA ADALBERTO CORREIA LIMA,3179 - PLANALTO ININGA - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 25/12/1958	Idade: 60a3m7d	Sexo: Masculino Fone:
Responsável: O MESMO		CNS:
Profissão:		Documento: Reg.Nasc:
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(s)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 352143	Entrada: 01/04/2019 20:19:25	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: TRAUMA EM MSE, HOJE.		Assinatura: JULIO CESAR PEREIRA LEITE COREN PI 170497 Em: 01/04/2019 21:12:44

SSVV: (Hora: ____ : ____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO. RADIOGRAFIA EVIDENCIA LUXAÇÃO POSTERIOR DO COTOVELO, FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO E FRATURA DO PROCESSO CORONÓIDE DA ULNA (TRIADÉ TERRÍVEL DO COTOVELO) À ESQUERDA. CD: ENCAMINHO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Diagnóstico Inicial: Luxação do cotovelo, não especificada	CID: S531
--	---------------------

Exames Complementares: RX

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento: Continua Tratamento em Outra Unidade	DATA: / / HORA: : : Assinatura:
---	--

Assinatura Paciente ou Responsável

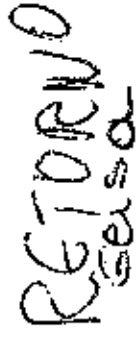
NEOMAR SOARES DA SILVA
CRM PI 4237 Em 01/04/2019 22:00:58

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Manoel do Nascimento Machado</i>				Nº DE REGISTRO <i>507388</i>		
DATA: <i>09/04/19</i>	P. ARTERIAL <i>135 x 100</i>	PULSO <i>78</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICÊMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>Não realizado</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>N. alteração PA, varia inicialmente.</i>				ELETROCARDIOGRAMA <i>N. alteração</i>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <i>N. alterações</i>				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <i>NÃO</i>				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
		<i>man</i>				<i>SpO2 98% 500 ml</i>
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 200 OUTROS 100				<i>7.</i>
TEMPERATURA T		Cº 260 240 2 200 180 180 1 140 120 100 80 60 40 20 10				SEQUÊNCIA
P. ARTERIAL V O PULSO		<i>38</i>				1 <i>Propofol 50 mg</i> 2 <i>Lidocaina</i> 3 <i>eloro 1,51 500g</i> 4 <i>midazolam 5mg</i> 5 <i>ketorolac 30mg</i> 6 <i>ketorolac 30mg</i> 7 <i>ketorolac 30mg</i> 8 <i>ketorolac 30mg</i> 9 <i>ketorolac 30mg</i> 10 <i>ketorolac 30mg</i> 11 <i>ketorolac 30mg</i> 12 <i>ketorolac 30mg</i> 13 14 15
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		<i>man</i>				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		<i>man</i>				
RESPIRAÇÃO O		<i>man</i>				
SÍMBOLOS		<i>091 1001 991</i>				DURAÇÃO <i>01 hora</i>
TÉCNICAS <i>Bloqueio interscalene + sedação</i>				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES <i>André</i>						
ANESTESISTAS <i>Ana Beatriz e P. Romão</i>						
Dr. Ana Beatriz Romão Anestesiologista CRM-AT 5848						
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS <i>DDG e 2 exames.</i>		



Dr. Giordano Cranembreger /	Dr. Yuri Jwago Félix /	Dr. Ricardo S. Valença /	Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho /
Ortopedia e Traumatologia /	Ortopedia e Traumatologia /	Ortopedia e Traumatologia /	Ortopedia e Traumatologia
CRM34115-1FCOT0029	CRM12308	CRM3766-TEOTL1305	CRM3367



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	236283

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO	6 - Prontuário: 507398		
7-CNS: 705004698132857	8-Nascimento: 25/12/1958	9-Sexo: Masculino	CPF: 833.016.743-72
11-Mãe: MARIA DE JESUS MACHADO	12-Fone: 86-99582-6934		
13-Resp: FRANCISCO	14-Fone: 86-99582-6934		
15-Ende: RUA DAS PEDRINHAS - SAO FRANCISCO - CEP: 64125-000			
16-Munic: UNIAO	17-Cod. IBSGE: 221110	18-UF: PI	19-CEP: 64125-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod. Proced. Princip. 0408020059	30 - Procedimento Principal / Descrição: ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO	
31-Cod. Procedi- mento Especial 0702031127	32 - Descrição do Procedimento Especial: PROTESE DE CABEÇA DE RADIO	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: PIMMES		

38-Profissional Responsável: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO	40-Tp. Documento: CPF	Dr. LEANDRO PONCE LEAL Ortopedia e Traumatologia Cirúrgia do Ombro e Cotovelo CRM 213608 41-Ass. Controle de Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 04/04/2019	40-No. Doc. Med. Soli.: 776.327.023-34	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

<i>Interno com o qual se trata</i>

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:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(ANTONIO EURIWAN)



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/ 0015 – 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III –
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA - RENASCENÇA	Para: HUT(ORTOPEDIA)	
PACIENTE: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO		Registro:
PACIENTE, 60 ANOS DE IDADE, SOFREU QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO. RADIOGRAFIA EVIDENCIA LUXAÇÃO POSTERIOR DO COTOVELO, FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO E FRATURA DO PROCESSO CORONÓIDE DA ULNA (TRIÁDE TERRÍVEL DO COTOVELO) À ESQUERDA. CD: ENCAMINHO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO. HD: LUXAÇÃO POSTERIOR DO COTOVELO, FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO E FRATURA DO PROCESSO CORONÓIDE DA ULNA (TRIÁDE TERRÍVEL DO COTOVELO) À ESQUERDA. CID: S 431; S 521		
TERESINA-PI, 01/04/2019 ÀS 22:10	<i>Dr. Nestor Soares do Silva</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 42971 RDE 2637 TEOT 14782 Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

FICHA DE RETORNO

De:	Para:	
DIAGNÓSTICO		
<i>[Handwritten signature]</i>		
TERESINA-PI - 1/1/	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

10-1-101

MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

0000000

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 643.105 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/08/15

NOME MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

FILIAÇÃO MARIA DE JESUS MACHADO

NATURALIDADE UNIÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 25/12/1958

DOC. ORDEM CERT. CASAM. 1487 E 743 F 20

EXP. UNIÃO-PI 15/12/79

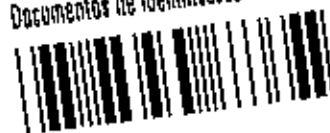
CPF 016.743-72

TERCEIRA-016.743-72

MARCUS ANTONIO PINHEIRO DE NASCIMENTO
DIRETOR-GERENTE DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 69.250/83

Documentos de identificação



Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

Data Nas.: 25/12/1958 Sexo: M

705 0046 9813 2857

016.743-72

QUE SAUDE 115

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235617/19

Vítima: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

CPF: 833.016.743-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2019

Titular do CPF: MANOEL DO NASCIMENTO
MACHADO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO : 833.016.743-72

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: 11/07/2019
Nome: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO
CPF: 833.016.743-72

MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190424581 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (PÁG 7). ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	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: 3190424581 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (PÁG 7). ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235617/19

Vítima: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

CPF: 833.016.743-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2019

Titular do CPF: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO : 833.016.743-72

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: 11/07/2019
Nome: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO
CPF: 833.016.743-72

MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190424581

Vítima: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190424581

Vítima: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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: **MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO**

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

Banco: **104**

Agência: **000004288**

Conta: **000000004681-7**

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

833.016.743-72 MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO 833.016.743-72 LAVRADOR RUA DAS FLORES S/N SÃO FRANCISCO UNIAO PIACUITA 64.120.000 (86) 99522-4115

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:

Autorização de pagamento



Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante a

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECLUSO 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 POU-PANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4222 CONTA: 0004681

AGÊNCIA: CONTA:

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 (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascido (se nascido)? ☐ 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, UNIAO-PI 01 julho de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - UNIAO

DATA: 09/06/2019

TERMINAL: 42881805

HORA: 17:04:23

CONTROLE: 42881805021

AGENCIA: 4288 - UNIAO

CONTA : 013.00004681-7

CLIENTE: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUPANCA POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
MOVIMENTAÇÕES DO DIA



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



RECEBIDO
05 JUL 2019
Seguradora Lider DPVAT

848 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.000883/2019-29

Complementar ao BO Nº: 107500.000883/2019-29

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Diego Leonardo Martins Santos

Data/Hora: 09/05/2019 - 08:52

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

20ª DP - UNIÃO

31/03/2019 - 19:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

PRÓXIMO AO COMERCIO GOLDA, Nº:

Complemento

Bairro

VILA NOVA CONQUISTA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 643105 SSP PI

Mãe: MARIA DE JESUS MACHADO

Endereço: RUA DAS PEDRINHAS, Nº 141

Bairro: SÃO FRANCISCO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9522-4115

Boletim de ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para relatar que na data e horário supracitados, estava deslocando para casa quando derrapou o pneu da moto e caiu. Que na queda sofreu fratura e luxação no cotovelo esquerdo, conforme aponta laudo médico. A moto que conduzia no momento do acidente é uma Honda CG 150 FAN ESDI, placa NIR-0711, cor preta, CHASSI: 9C2KC1680CR430011, RENAVAN: 00450468984, de sua propriedade. Após o acidente o acidente, o noticiante foi socorrido por um rapaz que passava de bicicleta, levado para o Hospital Municipal de União, e no dia seguinte para o Hospital de Urgência de Teresina - HUT. Era o que tinha a relatar.

Diego Leonardo Martins Santos - Mat. 2862093
AGENTE DE POLÍCIA

MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO - Noticiante
Responsável pela Informação

Francirio Lopes Queiroz
Delegado de Polícia Civil
Matrícula 299.056-3
Delegado de Polícia



FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: Verônica DATA: 3/10/19 HORA: 19:02

01. DADOS DO PACIENTE

NOME: Manoel do Nascimento Machado ID: 00914 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria de Jesus Machado

CNS: _____ RG: 643.105 CONTATO: 995224115

ENDEREÇO: Rua das pedrinhas CEP: 64120000

BAIRRO: São Francisco CIDADE: União UF: PE

FORMA DE ATENDIMENTO

☒ DEMANDA ESPONTANEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☐ SAMU ☐ PM ☐ AMBULANCIA ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DA PROCUA: _____ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA ☐

SANGUE: _____ PA: _____ SAT.O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

CRIMINANTE FATOR RISCO/ALERGIA: Neg. Alergias

OBSERVAÇÕES:

Comprovação de ato declaratório



VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORARIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ CONSELHO/REGISTRO: _____

03. HISTORIA CLINICA/EXAME FISICO

Pet após acidente automobilístico, fratura em braço esquerdo, fratura fechada com muita dor.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☐ RX ☐ US

05. DIAGNOSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 17/04/19

Antônia R. Viana da Silva

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

06. PRESCRIÇÃO MEDICA

① Duplaxa - frax lenp +AD, EV agora
② Talatol - frax sor, IM, agora

19.08
Classe

P/ casa PACO

07. CONDUTA

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

08. HORA/SAÍDA ☐ URGENCIA ☐ EMERGENCIA ☐ NÃO URGENCIA

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

MEDICO/CRM

Dr. Diana Mendes
MÉDICA
CRM-PE 7544

ENFERMEIRO(A)
COREN

Antônia R. Viana da Silva



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

0800 0221206

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

CPF da Vítima

833.016.743-72

Data do Acidente

31-03-2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

uniao pi de 01 de julho de 2019
Local e Data

Manoel do Nascimento Machado

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL DO NASCIMENTO MACHADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000004681-7

Nr. da Autenticação AA10CF799EC0FC1C

Fatura Mensal

MATRÍCULA 1703182-6		Hidrometro		Referência JUN/2019	
Nome/Endereço Social/Vendedor MANOEL DO N MACHADO RUA DAS PEDRINHAS B 540 FRANCISCO, S/N SAO FRANCISCO LINIAO 64120000					
AG= 164					
Situação 3/3	Região 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 111 2 01 0037 0210-000	
Historico de Consumo			Forma de Faturamento		
Mês/Ano 7 10 19			LIGACAO NAO MEDIDA!!! Cód. Responder 017031826 Código de Tarifa 02 Consumo Médio 0 Consumo Fato Água 0 Consumo Fato Esgoto 12 Consumo Fato Saneamento 12		
DESCRIÇÃO DA FATURA					
Cód. Nome do Serviço AGUA ESGOTO MULTA (IMPONTUALIDADE 001/001) JUROS DE MORA 001/001					Valor (R\$) 39,44 19,72 1,20 0,61

VENCIMENTO 17/06/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 60,97
 PAGUE ATE O VENCIMENTO. EVITE COBRANCA DE MULTA/JUROS MORA
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30
 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Unidade	Lim	Cloro	pH	Ferro	Coliformes	Esch. Coli
Valor Máximo Permitido	Lo	15	Lo	8,3-8,5	0,3	Apresente	Ausente
N° Mínimo de Amostras Enfiadas N° Amostras Realizadas N° Amostras que Atende Legislação Valor Médio: 0.92 2.18 1.49 7.08 0.01 0.00 0.00 PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.							
Conclusão: A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELO AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL							

AGESPISA Águas e Esgotos do Planaltina		Inscrição 111 2 01 0037 0210-000	AG= 164
Região 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.	Matrícula 1703182-6	Referência JUN/2019
VENCIMENTO 17/06/2019		TOTAL A PAGAR (R\$) 60,97	
82640000000-4 60970001821-9 70318260620-1 19000000001-7			
			

Comprovante de residência

