

UK: 14-1893
NORMAL
18/8
DT. VENE
JMA: 184



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do Chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída de PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow =				
Assistência	24 Sinais Vitais				
	25 Local da lesão				
Hospital de Destino	26 Pupilas				
	27 Pulso				
Observações Interdisciplinar	28 Sangramento				
	29 Escala de Dor de 0 a 10				
Responsável pela recepção	30 Fratura				
	31 Procedimentos realizados				
Socorristas	32 Hospital de Destino				
	33 Condições de entrada				
Enfermeiro	34 Óbito				
	35 Observações Interdisciplinar				
Conducutor	36 Observações Interdisciplinar				
	37 Observações Interdisciplinar				



NOME DO PACIENTE: Gilson Soares dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 131382

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".

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopo
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confira com Original



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

Okspedica
Cine mais EMTV (Imagem Tatu)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 20/12/2019 15:57:17
(User: VICTOR NOGUEIRA)
(Estação: CONSULPA03)

Nome: GILSON SOARES DOS SANTOS		Prontuário: 131382	
Mãe: ESTELITA SOARES DOS SANTOS	Pai: ANTONIO LUIS DOS SANTOS		
End.Resid.: QD VI CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 01/09/1978	Idade: 41a3m19d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 3235-8122
Responsável: O MESMO	CNS:		
Profissão: MONTADOR	Documento: RG: 1656808 - SSP-PI		
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 757685	Entrada: 20/12/2019 15:31:55	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	Laranja
Breve História Clas. Risco: PCT SORO+ C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO C MOTO HÁ +40MIN.RELATO DE TRAUMA OMBRO E,MSD,MID.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC) ECG-15 FAZIA USO DE CAPACETE.(SIC)		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 20/12/2019 15:42:36

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:	
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, A CERCA DE 1 HORA, RELATA USO DE CAPACETE., NEGA IMPACTO NA CABEÇA; NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, TONTURA, CEFALÉIA E VÔMITOS. AUSÊNCIA DE OTORRAGIA E EPISTAXE. REFERE DOR EM INTURA ESCAPULAR ESQUERDA E EM MSD. ALERGIA A BENZETACIL. ALEGA USO DIÁRIO DE CLONAZEPAM E T. ANTIRRETROVIRAL.	
#PORTADOR DE RETROVIROSE	
EG, FASCIAS DE DOR, CONSCIENTE E ORIENTADO.	
A) VIAS AEREAS PERVIAS COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA	
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE-BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS.	

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 20/12/19 HORA 19:40h
EXAME TORAX + OMBRO D
TECNÓLOGO: [Assinatura]

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

Exames Complementares:
(1391561) - TORAX PA
(1391562) - QUADRIL
(1391563) - OMBRO ESQUERDO

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula 0059234
SAMUT HUT
Confira Original

Prescrição Médica:	RAIO-X REALIZADO
DIPIRONA - 1g + AD, EV, agora	DATA 20/12/2019
TILATIL - 20mg + AD, EV, agora	Técnico: Danilo

Dr. Victor Ulisses Nogueira
Unidade de Pronto Socorro
CRM: 3921 - PI

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

Assinatura Paciente ou Responsável

VICTOR ULISSES NOGUEIRA
CRM: 3921 Em: 20/12/2019 15:57:13

Ortopedi. 20/12/19 às 19:00

Autista presente vítima de acidente motociclístico
(motor e moto).

AO EXAME ORTOPÉDICO:

- Cauda vertebral: sem lesão, sem deformação, sem dor à palpação.
- Braço: sem lesão, sem deformação, sem dor à palpação.
- Mão: deformação no 1º dedo (D), encurtamento no 2º (D)
- Dedo e encurtamento 1º dedo (D), sem dor à palpação.
- Mão II: sem dor (D)
- Membros: sem dor, sem deformação (D)

EF: Fútil 20 dedos (D) - (Limbo)
Fútil de 1º dedo (D) + Encurtamento (D)
Fútil da mão (D)

CS: TL 20 dedos (D)

TL do dorso

Autista cingido óculos após

Dr. Eduardo Régis de A. Pereira
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PR 1207 12119

Cirurgia Geral 19:40 20/12/19

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula 059234
SAMU HUT
Confere com Original

Paciente vítima de acidente de moto
relata dor em ombro, sem outros queixas

EF: BCC, consciente, orientado, sem deformação, sem
hematomas, edematosos, ACP fisiológico, abdome plano,
glacido, indolor a palpação

TL tirax palpado não evidenciam anormalidade, dig.
evidencia fútil de ombro E. e fútil de D. com dor à
palpação

Em RMC
e Ortopedi

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente		GILSON SOARES DOS SANTOS	
Diagnóstico pré-operatório		FRATURA MALHE DUREZA / DEFECIT M. V. HUMER	
Operação - Tipo		RATF e placa e exploração v. nodif	
Cirurgião	1º Assistente	LEONARDO (122)	
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesiologista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME HUT
Confirmação Original

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Puncta ~ DDA
Incise a pele, após a
furotomia; a incisão por
exploração do vaso nodif. venozos
foram de hemostasia por liga transparentes
Reduções e fixações do fratura e
placa de 9,5mm estufa e compressão
Sutura por plano
Curativos

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

MOD 76 - HUT

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICODATA 23/12/19

NOME DO PACIENTE: <u>Gilson Soares dos Santos</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>131382</u>
DIAGNÓSTICO: <u>hemorria ovario En</u>	CIRURGIA: <u>histeri-cl placo</u>
ANESTESIA: <u>Correl</u>	Nº DA SALA: <u>01</u>
CIRURGIÃO: <u>LEUWU</u>	CPF Nº: <u>167786998-4</u>
AUXILIAR: <u>LEUWU 1122</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Amanda</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ediane</u>	CPF Nº: _____

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

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <u>nº24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>002</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>06</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
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 <u>nº03</u>	<u>02</u>						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>nº01</u>	<u>02</u>			CIRCULANTE: <u>Lara</u>			
PROLENE							

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME HUT
 Confere com Original



**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	254289

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GILSON SOARES DOS SANTOS	6 - Prontuário: 131382		
7-CNS: 700503370568756	8-Nascimento: 01/09/1978	9-Sexo: Masculino	RG: 1656808- SSP-PI-Exp:
11-Mãe: ESTELITA SOARES DOS SANTOS	12-Fone: 86- 3235-8122		
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:		
15-End: QD VI CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020393	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: PIMES - NF: 41178		

38-Profissional Responsável: FREDERICO ARAUJO LEITE	40-Tp. Documento: CPF	Dr. LEANDRO SOUZA LEAL Ortopedista e Traumatologista Cirurgião de Mão e Cotovelo CRM-PI 2608
41-Data Solicitação: 23/12/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 876.394.323-91	
41-Ass.Carimbo Méd.Sol.(CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa manuscrita: **Infecção Sane**

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	28 JAN 2020	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	28 JAN 2020	Dr. Marcia B. J. Lima Assessora de Auditoria DRCA/MS - CRM - PI: 4229 CNS: 702900515037675
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(JANAINA FREIRE)

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere em Original

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

ACIENTE - Nome: Gilson Soares dos Santos

Nº AIH: 254289

Nº do Prontuário: 131382

Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408020393

Indicador de Compatibilidade: 0702030902

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Leandro

CRM Nº

CPF Nº

ATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 23/12/19 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
<u>Cx-110</u>	<u>01 Placa DCB 4,5 Serpente de 10 furos</u> <u>06 parafusos corticais</u>

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

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 23 de dezembro de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

N.P.J:

Assinatura:

cargo:

Nome: Anália

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 859234
 SAMECHUT
 Confere com Original



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	
GILSON SOARES DOS SANTOS		131382	01/09/1978	41	Ortopédica	236	33		
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA					HORÁRIOS			OBSERVAÇÕES
DI : 20/12/2019	FRAT. DIAFISE DO UMEMO D + CLAVULA E								
24/12/19									
1	Dieta oral livre								
2	Ijelco salinizado								
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs					14 22 06			
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					12 18 24 06			
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN //								
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h					12 18 24 06			
7	Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN //								
8	Cuidados gerais e sinais vitais								
Dr. José Benício L. Silva Ortopedista - Traumatologia CRM 33517 Dr. Ricardo S. Valença Ortopedista - Traumatologia CRM 059234 Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedista - Traumatologia CRM 3367 Dr. Armando Cronenburger Ortopedista - Traumatologia CRM 3415 Dr. Yuri Thiago Félix Ortopedista - Traumatologia CRM 12308 Dr. Ricardo S. Valença Ortopedista - Traumatologia CRM 059234 Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedista - Traumatologia CRM 3367									



275830

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	254289

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GILSON SOARES DOS SANTOS			6 - Prontuário: 131382		
7-CNS: 700503370568756	8-Nascimento: 01/09/1978	9-Sexo: Masculino	RG: 1656808 - SSP-PI		
1-Mãe: ESTELITA SOARES DOS SANTOS			12-Fone: 86- 3235-8122		
13-Resp: (O MESMO)			14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: QD VI CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - CEP: 64000-010					
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

-fratura diafise umero direito + fratura de clavícula esquerda e escapula esquerda + arcos costais.
sem deficit neurovascular.
PORTADOR DE RETROVIROSE.

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAIA - HUT
Conferir com Original

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

IX E TC + EF

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do úmero

24-CID Prin: S423

25-CID Sec.: _____

26-CID C.Ass.: _____

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:		Tempo SUS 2	
0408020393 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO			
9-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:		
	02 01 CPF 876.394.323-91		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:		34-Data Solicitação:	
FREDERICO ARAUJO LEITE		20/12/2019	

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:	Dra. Mariana B. J. Lima Assessora de Auditoria ORCA/SMS - CRM - PI: 4229 CNS: 702900515037675
48-Documento:	49-Num. Documento:	28 JAN 2020	
() CNS () CPF	50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:			Usuário: (FREDERICO) Consulta Local: 757685 Consulta SUS: Impressão: 20/12/2019 20:42:03

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 273830
	AIH: 2219102470486
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 700503370568756	NOME DO PACIENTE GILSON SOARES DOS SANTOS	NASCIMENTO 01/09/1978	SEXO M	PRONTUÁRIO 131382
DOCUMENTO 79914713300	CPF 86988327600	TELEFONE 86988327600	NOME DA MÃE ESTELITA SOARES DOS SANTOS	RESPONSÁVEL O MESMO
CEP 64035640	ENDEREÇO - LOGRADOURO QRADRA 81	NUMERO / LOTE CASA 9		
BAIRRO DIRCEU ARCOVERDE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

FRATURA DIAFISE DIREITO + FRATURA DE CRAVICULA ESQUERDA E ESCAPULA ESQUERDA + ARCOS COSTAIS SEM DIFICIT NEUROVASCULAR. PORTADOR DE RETROVIROSE.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX E TC + EF

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S423 - FRATURA DA DIAFISE DO UMERU	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020393 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FREDERICO ARAUJO LEITE CPF: 87639432391 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 20/12/2019
DATA ADMISSÃO 20/12/2019 15:31	DATA ALTA 24/12/2019 09:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO CPF: 22759379353 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 20/12/2019 21:41:32 CPF CRM DATA ANALISE:
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Assinatura: Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 259234
SAME HUT
Confira o Original

**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: **GILSON SOARES DOS SANTOS** (Prontuário: 131382)
Endereço: QD V1 CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/09/1978 Idade: 41a3m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 757685
Requisição: 1038837 Solicitação: 20/12/2019 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA
Controle: 1391564 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 20/12/2019

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura na clavícula esquerda.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/12/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula 9059234
SAMP: HUT
Confere com Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILSON SOARES DOS SANTOS** (Prontuário: 131382)
Endereço: QD V1 CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/09/1978 Idade: 41a3m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 757685
Requisição: 1038837 Solicitação: 20/12/2019 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA
Controle: 1391565 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 20/12/2019

BRACO DIREITO

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

- Fratura na diáfise do úmero fixada por placa metálica.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/12/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula 059234
SAM- HUT
Confere em Original

**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: **GILSON SOARES DOS SANTOS** (Prontuário: 131382)
Endereço: QD V1 CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/09/1978 Idade: 41a3m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 757685
Requisição: 1038888 Solicitação: 20/12/2019 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA
Controle: 1391671 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 20/12/2019

T.C. DE OMBRO DIREITO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM GRANDE TUBEROSIDADE DA CABEÇA UMERAL.
- AUMENTO DE PARTES MOLES.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 20/12/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMEA HUT
Confere com Original

**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 MÉDICOPaciente: **GILSON SOARES DOS SANTOS** (Prontuário: 131382)

Endereço: QD V1 CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 01/09/1978 Idade: 41a4m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 254289

Requisição: 1039519 Solicitação: 22/12/2019 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO

Controle: 1392926 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 33

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 22/12/2019

JOELHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/01/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAME HUT
Confere em Original

**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: **GILSON SOARES DOS SANTOS** (Prontuário: 131382)
Endereço: QD V1 CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/09/1978 Idade: 41a4m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 254289
Requisição: 1039914 Solicitação: 23/12/2019 Solicitante: FREDERICO ARAUJO LEITE
Controle: 1393671 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 33

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 23/12/2019

BRACO DIREITO

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

- Fratura recente alinhada na diáfise do úmero fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lope
Matrícula: 059234
SAÚDE - HUT
Confere com Original

**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: **GILSON SOARES DOS SANTOS (Prontuário: 131382)**
Endereço: QD V1 CS 38 CIADE SUL - SANTA CLARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/09/1978 Idade: 41a4m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 254289
Requisição: 1039914 Solicitação: 23/12/2019 Solicitante: FREDERICO ARAUJO LEITE
Controle: 1393672 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 33

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 23/12/2019

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/01/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopo
Matrícula: 059234
SAMES HUT
Conferido em Original

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO "JOAO DE DEUS MARTINS"



POLICIA CRIMINAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Gilson Soares dos Santos

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.656.808 DATA DE EXPIRACAO 05/08/09

SIGLA
FILIAÇÃO
ESTELITA SOARES DOS SANTOS
ANTONIO LUIS DOS SANTOS

NATURALIDADE
TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO
01/09/1978

DOC. ORIGEM
CERT. CASAM. 13776 L B-36 F 285
EXP TERESINA-PI 22/01/99

TERESINA-PI

Assinatura do Titular
Gilson Soares dos Santos

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125019 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON SOARES DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA E ÚMERO ESQUERDO (PAG.01.07.08.09)

Resultados terapêuticos: TRATAMENGO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200125019 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON SOARES DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA E ÚMERO ESQUERDO (PAG.01.07.08.09)

Resultados terapêuticos: TRATAMENGO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098852/20

Vítima: GILSON SOARES DOS SANTOS

CPF: 799.147.133-00

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 20/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILSON SOARES DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

GILSON SOARES DOS SANTOS : 799.147.133-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/03/2020
Nome: GILSON SOARES DOS SANTOS
CPF: 799.147.133-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

GILSON SOARES DOS SANTOS

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125019

Vítima: GILSON SOARES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILSON SOARES DOS SANTOS

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, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200125019

Vítima: GILSON SOARES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILSON SOARES DOS SANTOS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **GILSON SOARES DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001987**

Conta: **00000111761-2**

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: 799.147.133-00 4 - Nome completo da vítima: Gilson Soares dos Santos

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

5 - Nome completo: Gilson Soares dos Santos 6 - CPF: 799.147.133-00
7 - Profissão: Ricardo - me 8 - Endereço: R5 Lidade Sul 9 - Número: 511 10 - Complemento: 001 C5 38
11 - Bairro: Bairro Urbano 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 98821-4516

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 111.761 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34 -

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caruaru - PI, 20/03/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CAIXA

POUPANÇA

5067 2251 5401 5459

SPR

VALIDITY

10/24

GILSON SOARES DOS SANTOS

1987 013 00111761-2

etc



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005968/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/02/2020 11:49 Data/Hora Fim: 13/02/2020 12:18
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 20/12/2019 14:00

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Itararé
Logradouro: DIRCEU

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GILSON SOARES DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 01/09/1978 Idade: 41 anos
Naturalidade: PI - Teresina Profissão: Montador de Móveis
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Estelita Soares dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 799.147.133-00

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: Q-VI C-38-RESIDENCIAL CIDADE SUL
Bairro: SANTA CLARA

Nome Civil: MANASSES DO NASCIMENTO ROSA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 19/06/1993 Idade: 26 anos
Naturalidade: PI - Teresina
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: VANDA MARIA DA CONCEICAO ROSA Nome do Pai: ISRAEL DO NASCIMENTO ROSA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 062.399.423-24
RG - Carteira de Identidade: 3395061

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: RUA PARANA Nº: 23
Bairro: SANTA CRUZ CEP: 64.028-700



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jose Nilton Nunes Filho
Data de Impressão: 13/02/2020 12:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005968/2020

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 062.399.423-24

Placa LWF7303

Renavam 00735465738

Número do Motor JC30E1Y050323

Número do Chassi 9C2JC3010YR050323

Ano/Modelo Fabricação 2000/2000

Cor VERMELHA

UF Veículo Piauí

Município Veículo Teresina

Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS

Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 14/08/2019

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

MANASSES DO NASCIMENTO ROSA

Proprietário, Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição DESCONHECIDO

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE DISSE QUE TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA, PILOTADA POR MANASSES, QUANDO DE REPENTE OUVIU O CHOQUE COM PUTRA MPTOCICLETA, SOCORRIDO PELO SAMU, PRONTUÁRIO N:2902, LEVADO PARA O H.U.T, PRONTUÁRIO N:131382, ESTE SERVIRIA PARA REQUISIÇÃO DO D.P. VAT, ERA O B.O.

ASSINATURAS

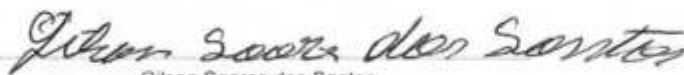


Jose Nilton Nunes Filho

agente de polícia

Matrícula 009070x

Responsável pelo Atendimento



Gilson Soares dos Santos

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jose Nilton Nunes Filho
Data de Impressão: 13/02/2020 12:18
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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: 799.147.133-00 4 - Nome completo da vítima: Gilson Soares dos Santos

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

5 - Nome completo: Gilson Soares dos Santos 6 - CPF: 799.147.133-00
7 - Profissão: Ricardo - me 8 - Endereço: R5 Lidade Sul 9 - Número: 511 10 - Complemento: 601 C5 38
11 - Bairro: Bairro Urbano 12 - Cidade: Curitiba 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 98821-4516

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 111.761 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Curitiba - PI, 20/03/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 01/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON SOARES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000111761-2

Nr. da Autenticação D1071132ED4C79C9