



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia 05/11/2018 foi socorrido pelo SAMU o paciente Iglebson Daylison de Jesus M Silva Lages, vítima de acidente de trânsito tendo sido removido pelo SAMU para o HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou no preenchimento da ficha registrando a data 04/11/18 ao invés de **05/11/2018** por se tratar de um **atendimento ocorrido por volta das 00h30min.**

Teresina, 21 de Janeiro de 2019.




Marilia Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa do SAMU Teresina





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 632	02 Data do chamado 04 111 118	03 PRO (código) 2903	04 Saída do PA 00 30	05 Chegada ao local 00 40	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 01 10A	07 Chegada ao 1º hospital 01 115	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço BR 316 - Prox Balões Porto Alegre	11 Bairro	12 Município-UF TE - PJ	Código IBGE		
	13 Ponto de referência	05.01.92				
	14 Nome Iglebson Daylison de Jesus M Silve hages	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado				
	16 Idade 36	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 1 - Acidente de transporte 2 - Agressão física-espancamento 3 - Agressão física-FAF 4 - Agressão física-FAB 5 - Urgência psiquiátrica	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag Cinto de Segurança <input checked="" type="checkbox"/> Assento para crianças	DEPARTAMENTOS DPVA SINISTRO CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Acidente de Transporte	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	22 - Outros 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Exame Físico	23 Glasgow = 11/11	RESPOSTA VERBAL 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 98 Resp. PA TAX. Sat02 99	25 Local da lesão	
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 P脉 Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	29 Dor <input type="checkbox"/> 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	ESCALA DE DOR DE 0 A 10		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	30 Fratura 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada	2 - Não 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Jelco 20 + Ringer 1000 ml Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HDT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Não Removido	
Observações Interdisciplinar	<p>Até vidente de coluna com surtos (motociclistas), com TCE, dor na face, perna fratura feira é grande. Mundo PI HDT</p>					CONFERE COM O ORIGINAL Marilia Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU
	Dr. Eduardo Salmito Médico	Socorristas Médico AE/TE	Moires Alex Sandra	Enfermeiro Condutor	Isabel Quinto	
	Responsável pela Recepção					
	Versão: 27.11.2011					



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

NEUTRO OK

BUJO OK

ORTO OK

CIR. GERAL

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NME? 05/11/18

Imp: 05/11/2018 01:18:35

(User: FLAVIA MENDES)

(Estação: RECEPCAO001)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE		Prontuário: 493296
Mãe:	SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES	Pai: FRANCISCO DAMASCENO LAGES
End. Resid.:	RUA SANTA BARBARA - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000	
Nascimento:	05/01/1992	Idade: 26a10m0d
Sexo:	Masculino	
Responsável:	IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA	
CPF:	040.509.181-88	
Profissão:	COMPUTADORA	
G. Instrução:	Não informado	
End. Local.:	- - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 692338	Data: 05/11/2018 01:15:59	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, sem capacete, desorientado; Armas cíereos pernas, com colar cervical (3) MV diminuído em base D, 8un RIA (2) BNF ZT 122 SS, abdome inofante, pele estéril (4) Glasgow = 14, apresenta sinal de Battle (2) lesão contusão em face em região nasal e zigomática

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

PA _____ mmHg	Pulso: _____	PR _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		PRESENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	
CID:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado TC de crânio, Rx de tórax, Rx de perna & Rx de punho E, TC de face, TC de coluna cervical, Rx de pele, Rx de joelho E

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	DATA SAÍDA: / /
	<input type="checkbox"/> A Pedido		HORAS: : _____
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> DESTINO: Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	Proced. Solicitado: _____
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	303040092
			CID Compatível: S068

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura - Profissional - BE

Dr. Edson Salmito
Carimbo: 303040092

Prof. Solicitante
Internação:

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: 02/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 00000088525-9

Nr. da Autenticação 50755F03F2E236AC

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: 13/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 00000088525-9

Nr. da Autenticação 8B7900ABF525B3D9

Itaucard

Consulte sua fatura na internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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



00001026



CCE FORTALEZA CE-PI

IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA

RSTA JACINTA 7624
VLAR

64071-430 TERESINA - PI

721109427006617000000012653 15018
Data de Postagem: 15/10/2018
Data de Vencimento: 27/10/2018
Data de Fechamento (enviado): 14/10/2018
Data prevista de envio para a próxima fatura: 22/11/2018

Itaucard

Consulte sua fatura na internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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



00001026



CCE FORTALEZA CE-PI

IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA

RSTA JACINTA 7624

VLAR
64071-430 TERESINA - PI

721109427006617000000012653 15018
Data de Postagem: 15/10/2018
Data de Vencimento: 27/10/2018
Data de Fechamento (enviado): 14/10/2018
Data prevista de envio para a próxima fatura: 22/11/2018

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 13428373-2
NATURA N° 150356277
MÊS / ANO 2/2019

TC 1.38
20190201120481

NOME / ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00044-000060 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO			ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABUA	
MÊS / ANO	TIPO	LEDO	FATURADO	1 Residencial - Normal
01/2018	Lيدو	89	18	
12/2018	Lيدو	81	18	
11/2018	Lيدو	81	18	
09/2018	Lيدو	81	18	
08/2018	Lيدو	81	18	
07/2018	Lيدو	81	18	
06/2018	Lيدو	81	18	

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS M3	LEI 10.741/03/02	
			PIS/PASEP	COFINS
ANTERIOR 03/01/2019	131	10	6,94€NT,65€N	8,77
ATUAL 01/02/2019	134		6,94€NT,65€N	3,56

TABELA DE TARIFAS		DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)	DESCRICAÇÃO	REF. VALOR
0 18	2.8459 65	VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45	28,45
18 25	5.3088 65	> Residencial-Normal 10,0 m3	10,0 m3
25 99999	9.1598 65	VALOR DE ESGOTO - 18,49	18,49
		> Residencial-Normal 10,0 m3	10,0 m3
NÃO RESIDENCIAL			
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)			

DATA VENCIMENTO 13/02/2019 TOTAL A PAGAR 46,94

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 3 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso "I".

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2672	2669	3	1,49	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2653	2575	78	5,80	Inferior a 15
PH	2681	2631	50	6,63	6,00-9,50
TURBIDEZ	2685	2645	40	1,75	Inferior a 5

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	744	740	4	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	744	744	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISÃO: 01/02/2019 HORA DA EMISSÃO: 12:04

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEVEREIRO 2019

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

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 13428373-2
NATURA N° 150356277
MÊS / ANO 2/2019

TC 1.38
20190201120481

NOME / ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00044-000060 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO			ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABUA	
MÊS / ANO	TIPO	LEDO	FATURADO	1 Residencial - Normal
01/2018	Lيدو	89	18	
12/2018	Lيدو	81	18	
11/2018	Lيدو	81	18	
08/2018	Lيدو	81	18	
09/2018	Lيدو	81	18	
06/2018	Lيدو	81	18	
07/2018	Lيدو	81	18	

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS M3	LEI 10.741/03/02	
			PIB_PASE	COPAS
ANTERIOR 03/01/2019	131	10	46,94MT,65N	8,77
ATUAL 01/02/2019	134		46,94MT,65N	3,56

TABELA DE TARIFAS		DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA		REF.	VALOR
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45			
0 18	2.8459 65	> Residencial-Normal	10,0 m3	10,0	28,45
18 25	5.3000 65	VALOR DE ESGOTO - 18,49			
25 99999	9.1599 65	> Residencial-Normal	10,0 m3	10,0	18,49
NÃO RESIDENCIAL					
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)					

DATA VENCIMENTO 13/02/2019 TOTAL A PAGAR 46,94

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 3 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso "I".

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2672	2669	3	1,49	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2653	2575	78	5,80	Inferior a 15
PH	2681	2631	50	6,63	6,00-9,50
TURBIDEZ	2685	2645	40	1,75	Inferior a 5

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	744	740	4	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	744	744	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISÃO: 01/02/2019 HORA DA EMISSÃO: 12:04

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEVEREIRO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyllly Meire de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 83950230300, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Iglebson Daylison de Jesus da Mota inscrito (a) no CPF sob o Nº 04050938188, do sinistro de DPVAT cobertura trabalho da Vítima Iglebson Daylison de Jesus da Mota Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040509181188, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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. 309 do Código Penal.

Endereço	<u>Quinta e Quarto de Jurema</u>	Número	<u>554</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado
Email		Telefone comercial (DDD)		CEP

64000902
(86) 994729593

Local e Data

Trabalho, de fevereiro de 2019

Assinatura do Declarante

Kyllly Meire de Oliveira

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyllly Meire de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 83950230300, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Iglebson Daylison de Jesus Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 04050938188, do sinistro de DPVAT cobertura trabalho da Vítima Iglebson Daylison de Jesus Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 040509181188, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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. 309 do Código Penal.

Endereço	<u>Quinta e Quarto de Jurema</u>	Número	<u>554</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>86</u> 994729593

Local e Data

Trabalho, de fevereiro de 2019
Kyllly Meire de Oliveira

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia 05/11/2018 foi socorrido pelo SAMU o paciente Iglebson Daylison de Jesus M Silva Lages, vítima de acidente de trânsito tendo sido removido pelo SAMU para o HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou no preenchimento da ficha registrando a data 04/11/18 ao invés de **05/11/2018** por se tratar de um **atendimento ocorrido por volta das 00h30min.**

Teresina, 21 de Janeiro de 2019.




Marilia Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa do SAMU Teresina





Dados do Chamado	01 N° do chamado 632	02 Data do chamado 04/01/11 14:48	03 PRO (código) 2903	04 Saída do PA 00:30	05 Chegada ao local 00:40	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 01/09	07 Chegada ao 1º hospital 01/15	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço BR 316 - Prox Balneário Porto Alegre	11 Bairro	12 Município-UF TE - RJ	Código IBGE		
	13 Ponto de referência	05.01.92				
Dados do Paciente	14 Nome Iglebson Daylison de Jesus M Silveira	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado				
	16 Idade 36	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência HUT	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-esparrancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro _____ 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete MTE Airbag Cinto de segurança Assento para criança	23 DEPARTAMENTOS DE CONTEÚDO NÃO SERIADO	
	24 1 FEV 2013	25 Local da lesão				
Exame Físico	23 Glasgow = 118	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 6- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 96 Resp. _____ PA _____ TAX. _____ SatO2 94		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor <input type="checkbox"/> 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa	30 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa 5 - Muito Muito Intensa 6 - Muito Muito Muito Intensa 7 - Muito Muito Muito Muito Intensa 8 - Muito Muito Muito Muito Muito Intensa 9 - Muito Muito Muito Muito Muito Muito Intensa 10 - Muito Muito Muito Muito Muito Muito Muito Intensa	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/>	Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred. <input type="checkbox"/>	Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia _____ Acesso Venoso Velco 20 + Ringer 1000 ml Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT	<input type="checkbox"/> Não Removido				
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/>	1-Sim Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/>	2-Não Durante o transporte <input type="checkbox"/>		
Observações Interdisciplinar	<p><i>alteração de humor com</i></p> <p><i>com surtos (motociclistas), com</i></p> <p><i>TCE, dor de pele, humor e</i></p> <p><i>fratadas feias e</i></p> <p><i>graves p1 HUT</i></p>					CONFERE COM O ORIG. <i>Marilia Veloso Cantanh</i> Gerente Administrativa SA
	Dr. Eduardo Salmito Médico CRM-RJ 62300	Socorristas Médico Moises AE/TE Alex Sandra	Enfermeiro Condutor Isabel Quinto			
	Responsável pela recepção					
Versão: 27.11.2011						

Dr. Edmundo Salmito
Médico
CRM-SP 6320
sável pela reedição

Socorristas Morires
Médico Alexandru
AE/TE

Enfermeiro Isabel
Condutor Paulo

CONFERE COM O ORIGINAL
2012
Marilia Veloso Cantanhede
Gerente Administrativo SAMU



**HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Iglebson Daylison de Jesus de M. S. Lage
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 493296

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

~~NEUTROOK~~

BWWD PR

ORTO ~~OK~~

CR. GENERAL

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NAME: John
DATE: 05/11/18

Imp: 05/11/2018 01:18:35

(User: FLAVIA MENDES)

(Estação: BRCEPCA001)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE		<u>Frontuário:</u> 493296
<u>Mãe:</u> SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES		<u>Pai:</u> FRANCISCO DAMASCENO LAGES
<u>End. Resid.:</u> RUA SANTA BARBARA - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
<u>Nascimento:</u> 05/01/1992	<u>Idade:</u> 26a10m0d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 3222-1000
<u>Responsável:</u> IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA		<u>CNS:</u> 704004858464561
<u>Profissão:</u> 		<u>CPF:</u> 040.509.181-86 <u>RG:</u> 1.000.000-0
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Ignorado
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 692338	Data: 05/11/2018 01:15:59	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, sem capacete, desorientado;
Aras aéreas pernas, com colar cervical (3) MVR diminuído em base D, sem
RA (5) BNF 2T 122 SS, abdome inocente, pele estéril (5) Glasgow = 14, apresenta
final de Battle (7) lesão contusão em face em região nasal e zigomática (7)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

PA X mmHg

Pulso:

段上人集

Temp.:

Diagnóstico Inicial

GERENTE SEGUROADORA S.A.

三

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito TC de crânio, Rx de tórax, Rx de perna & Rx de punho E, TC de joelho, TC de coluna cervical, Rx de pelve, Rx de joelho E

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:	
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:	
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão		
	<input type="checkbox"/> A Pedido		DATA SAÍDA:	/ /
		HORA:	:	
ÓBITO:	DESTINO:		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade	
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	Proced. Solicitado:	
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	303040092	
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	CID Compatível:	
		5068		
				Prof. Solicitante
				Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo-Assinatura - Profissional - BE

Dr. Ed. F. Salmo
Assistant to the
Chairman

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rio Claro - SP - 13200-000

Centro-Norte CEP: 64.002-370
 Teresina-PI (FLAVIA MENDES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE		<u>Frontuário:</u> 493296
<u>Mãe:</u> SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES	<u>Pai:</u> FRANCISCO DAMASCENO LAGES	
<u>End. Resid.:</u> RUA SANTA BARBARA - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
<u>Nascimento:</u> 05/01/1992	<u>Idade:</u> 26a10m0d	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA		<u>Fone:</u> - - -
<u>Profissão:</u>		
<u>G. Instrução:</u> Não informado		
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 692338	<u>Data:</u> 05/11/2018 01:15:59	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 05/11/18 4:30 ESPECIALISTA: Neurocirurgia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE Vítima de acidente de moto (Glagon 14)
Tc: Atraq nas-estimonal + frontal + Pneumonefro Frontal
CD: + + conservador pl TCE
Cabeceira elevada 30° / unidados clínico-neurofisiológicos Carimbo/Assinatura solicitante
unidados clínico-neurofisiológicos Carimbo/Assinatura solicitante
fistula

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : / : /

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 05/11/17 : : ESPECIALISTA: Cirurgia Geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:
 Paciente vítima de acidente de moto. Ao EF = UA paroxi, espasmo, estômag hard; Abdome firido e doloroso
 Checo Rx de tórax e pelvis: Sera anormal de claudic
Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora:

CD: hospitalizado para Cirurgia Geral

Leonardo Lino
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
 CRM-PI 1535



8 PPREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Túlio Siqueira de 28 anos de meia siua lage		49 3296	05/01/92	Po	216	ext
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALÉRGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
T.O.P.O : Fratura de mão/burra + noz + Anco zigomático				BUCOMAXILO		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
DATA: 21 / 11 / 18 HORA: 07 : 14				9h : Pct de alga nos Bucal e Cervical C. Benedito Fone: (86) 358-0071		
<p>1) Dieta líquida pastosa</p> <p>2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h</p> <p>3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h</p> <p>4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h</p> <p>5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h</p> <p>6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h</p> <p>7) Tihatil 20 mg + AD EV de 12/12h</p> <p>8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia</p> <p>9) SSVV + CCGG</p> <p>10) óleo mineral 15ml, AD u.o 8/8h</p> <p><i>Até amanhã</i></p>						
<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>04 FEV 2019</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 485 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p> <p><i>Jane Simone Lopes da Silva Matrícula: 1000767 CONF. CÓDIGO ORIGINAL</i></p> <p><i>Dr. José Carlos de O. G. Filho Bucal e Maxilofacial CNPJ: 00.000.000/0001-2200</i></p>						

**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

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856

Código da
Internação

4-CNES
5828856

22703

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE**

6 - Prontuário: **493296**

7-CNS: **704004858484561**

8-Nascimento: **05/01/1992**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **040.509.181-88**

11-Mae: **SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES**

12-Fone: **- -**

13-Resp: **IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES**

14-Fone: **- -**

15-Ender: **RUA SANTA BARBARA - VILA SANTA BARBARA - CEP: 64000-000**

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-000**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0408050519

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030910

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-
cidada:

1

Fornecedor da OPM: **SPINE**

38-Profissional Responsável:

JOEL CAMPOS NETO

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

14/11/2018

40-No.Doc. Méd. Solic.:

386.881.313-68

DR. JOEL CAMPOS NETO
41-A oft. Traumatologia
CRM-PI 1930 CPF: 386.881.313-68
CRM-PI 1930 CRM-Med.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

10/11/2018

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

CONFERE COM O ORIGINAL

48-CNS/CEP
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Edif. C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

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

51-Data Autorização:

10/11/2018

52-CNS/CPF:
0312118
Araújo Batista
Médico Auditor PMS - Teresina
CRM-PI 1930 CRM-Med.Sol. (CRM)

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

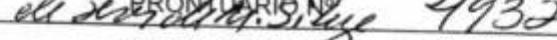
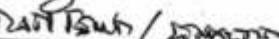
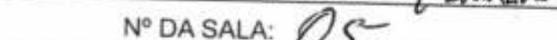


PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14.11.18

NOME DO PACIENTE: Gleison Paylon de Souza PRONTUÁRIO N° 493296
DIAGNÓSTICO: Distese da Perna Direita CIRURGIA: Parte Baixa / Extremitade
ANESTESIA: Dr. Mário Vincenzo Nº DA SALA: 05
CIRURGÃO: Dr. Joel CPF N°:
AUXILIAR: CPF N°:
ANESTESIA: Lynn CPF N°:
INSTRUMENTADORA: Cecy CPF N°:





MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5 e 6,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE 26	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	08		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			crepom			03
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletrodo - 00			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crav - 01			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Doar 4.8 - 01			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2,0	04						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 01 - 0	02			CIRCULANTE:			
PROLENE							

2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455, Loja C
Centro - Norto CEP: 64.002-470
Teresina-PI

04 FEV 2019

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

JOELSON

Diagnóstico pré-operatório

Perda de memória: Ponto

Operação - Tipo

AP. FEM / Maxilária

Cirurgião

Dr. Cesar

2º Assistente

Maíra 29

1º Assistente

Caioas

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

DR. JOEL CAMPOS NEIO
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 1.930 / CPF: 386.581.312-88

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

Relatório Imediato do Patologista



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

1. DSN Apêndice torácico reta Nefr. (5) - Apê. torácico reta.
2. Ínter. Apêndice (5) - Mígr. pr. Atra. Desidratação. Infec.
3. Ínter. Lixa 17. Lixa (5) - Ínter. pr. Atra.
4. Dren. SAI.

DR. JOEL CAMPOS NEIO
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 1.930 / CPF: 386.581.312-88

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Sigebren Daylison de Jesus de M. S. Lage IDADE 26 anos DATA 14/11/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA(GERAL TRAQUEI BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO)
 CIRURGIA REALIZADA fst. fémur

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO		HORÁRIO		CIRURGIA	
	PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	114 x 52	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO	116 x 70	SAIDA	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	82	04 FEV 2019	77			
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100%	GENTE SEGURADORA S.A. R. 2 Gócio de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-070 Teresina-PI	98%			
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	-		-			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	-		-			
NOME/ MATRÍCULA	Anunciado		Anunciado			
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK						
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	SAIDA	
	Movimenta dois membros	1	1	1		
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0		
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2		
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1		
	Tem apneia	0	0	0		
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2		
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1		
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0		
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2		
CONSCIÊNCIA	Desperta, se solicitado	1	1	1		
	Não responde	0	0	0		
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2		
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1		
CONSCIÊNCIA	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0		
	ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	0	0		
ESCALA DE DOR ALTA	10	10	10			
TOTAL	09			40		
ASSINATURA: Klénia Freire Parentes ENFERMEIRA COREN-PI: 484025						
Liane Nunes de Souza ENFERMEIRA COREN-PI 359 426						

SONDA VESICAL	(<input type="checkbox"/>) DRENO DE SUCÇÃO	(<input type="checkbox"/>) DRENO TORACICO	(<input type="checkbox"/>) DVE	(<input type="checkbox"/>) COLOSTOMIA	SONDA (<input type="checkbox"/>) NASOG. (<input type="checkbox"/>) NASOE
5 mL	hs	5 mL	hs	5 mL	hs
10 mL	hs	10 mL	hs	10 mL	hs

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

02:20 Admitido no SRPA, em POC de fst. fémur. Consciente, orientado. Expresso em AP. HV puro.

Klénia Freire Parentes

ENFERMEIRA

COREN-PI: 484025

RAIO-X REALIZADO

DATA 14/11/18Técnico: _____

JOSE ALBERTO SOARES
CONFIRMO COM O ORIGINAIS
Assinatura: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

13:30h

HORÁRIO

Patrícia Melo
Médica Anestesiologista
Centro: 6112

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

TO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] JORT [] NEU [] CIR [] MÉD



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: José Silviano Doyfim d. Jesus M. S. J. Jr. Sala: 605 Data: 14/11/18
Procedimento: Trat. de fistula d. fôrma Cirurgião: Dr. S. P. Chaves
Alergia:
Observações: ASA I

Agentes	Unid	15m	30	45	10m	15	30	45	15m	30	45	15m	30	45	15m
1 Sopro (Periférico)		15m													
2 Dimid (SP)															
3 Cefox (Periférico)		80mL													
4 Dolo (Periférico)			20												
5 Atropine (0.04)				10mL											
6 Dipirona (0.4)					0.5g										
7 Bromoparafina (0.5)															
8 Ond. de Lactato (0.4)															
9															
10															
11															
12															
13															
Oxigênio															
10															
Volatile	%														

Acesso Vascular

- Periférico _____
Cat. Venoso nº 6
 Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
 Central _____

Via Aérea

- Cateter nasal
 IOT nº _____
 LMA nº _____

Monitorização:

- Cardioscopia
PANI
 Oxímetro de pulso
 ETCO2
 Outros

estesia:

- Geral Venosa
 Geral Balanceada
 Raquianestesia
 Peridural
 Bloqueio Periférico
 Outros

Decúbito: DDH

SPO2 (%)
ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso
<u>SpO2</u>
<u>SpO2</u>

Diurese

Pardas Sanguíneas

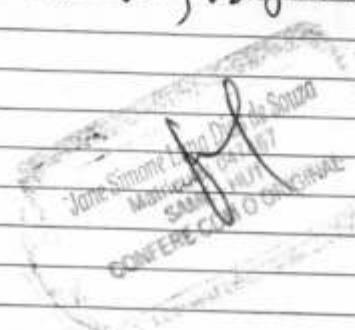
Descrição da Anestesia: ① Monitorizar; ② Salvar para o pós - Pombal; ③ Tuneses fármaco único e Miquene em 23-24 cm x 16 g Quintal 1:266; ④ Tratamento f. 2CR e pós; ⑤ Injeção de Sanc. 150mls ofr. f. 1000mls ⑥ O. ⑦ reanimação.

Oxigênio 2000mls + BCG + SpO2

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Igleison Daylison da Silva de Melo IDADE anos DATA 20/11/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA (GERAL) RAQUEL BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de mandíbula CIRURGIANO _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO		HORÁRIO		SAÍDA
	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	142/58	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	04 FEV 2019	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	89	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Rosendo, 485 Log. C Centro-Norte CEP: 64.000-020 Teresina-PI		125/60	
SATURAÇÃO DE O2 (%)	99%			95	
TEMPERATURA AXILAR (O° C)				100	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/ MATRÍCULA	<u>Selite</u>				
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0
	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2
CONSCIÊNCIA	Desperta, se solicitado	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1
CONSCIÊNCIA	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0
	ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3
ESCALA DE DOR ALTA	0	1	2	3	
SONDA VESICAL	(<input type="checkbox"/>) DRENO DE SUCÇÃO	(<input type="checkbox"/>) DRENO TORACICO	(<input type="checkbox"/>) DVE	(<input type="checkbox"/>) COLOSTOMIA	SONDA (<input type="checkbox"/>) NASOG(<input type="checkbox"/>) NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:					
<u>Paciente admitido na SRPA em POF de parto de mandíbula, segue calmo; em ambiente.</u>					
<u>Maria Jardelme de Oliveira</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-PI 484.168</u>					



ALTA SRPA
Dr. 32
Thiago enfermeira 5107
 HORARIO 216- retra
 ANESTESIOLOGISTA

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

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



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Iglesias Saylison de Jesus de Mello Silva Soza 08
Procedimento: Cirurgião: Matias Sala: 10

Procedimento

10

Date: 20.11.18

Cinungjāo:

Matias

Observações

Date: 20.11.18

110

- Acesso Vascular**

 - Periférico _____
 - Cat. Venoso nº 22G
 - Dificuldade aces. venoso
 - Gastos _____ cateteres
 - Central

Vía Aérea

- Cateter nasal
 - IOT n° 7,5 mm
 - LMA n°

Monitizació

- Cardioscopia
 - PANI
 - Oxímetro de pulso
 - ETCO₂
 - Outros

Annotations

- Geral Venosa
 - Geral Balanceada
 - Raquianestesia
 - Peridural
 - Bloqueio Periférico
 - Outros

Decúbito: Don

SPO2 (%)	100 +	100 +	100 +
ETCO2 (mmHg)	40	40	40
Aces. Venoso			
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia-

Anestesiologista



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <i>Sophieveron Baylison de Jesus de Melo Silva</i>		DATA <i>20/11/2018</i>
		PRONTUÁRIO N°: <i>493296</i>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA: <i>Geral</i>		Nº DA SALA: 08
CIRURGÃO: <i>Matias</i>		CPF N°:
AUXILIAR:		CPF N°:
ANESTESIANA: <i>Spa</i>		CPF N°:
INSTRUMENTADORA: <i>Sayana / Gremilia</i>		CPF N°:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEVEREIRO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24.15	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7,5 6,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA N° 8,0 7,0	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	/		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	12	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	/		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	/	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	06	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE N°	UNID.	/		SERINGA 3CC	UNID.	/	
FORMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL 14.12	UNID.	02	
JELCO N°	UNID.	/		<i>trepon</i>	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Blefarodes</i>	UNID.	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>escorbas</i>	UNID.	05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 5.0	UNID.	04					
FITA UMBILICAL							
VICRYL 3.0	UNID.	07		ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: <i>Operacionar Ana Karla</i>			



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente Iglesias Saylison de Jesus de Melo Silva Braga
Diagnóstico pre-operatório Fratura do cunhoso zigomático + Nariz + Mandíbula
Operação - Tipo Ossificação da Fratura da mandíbula + Zygomatico + Nariz
Cirurgião Matias
2º Assistente

3. Assistente
Instrumentador(a) Sayana Anestesista João Anestesia geral
Anestésico(a)

Data da Operação 20-11-2018 Início 08:11 Fim 11:15

Diagnóstico Pós-operatório

O. Morris

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rue Coelho da Resende, 465 Log C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

0404020300 - 5026
↳ places 02

0404020224 - 5027
↳ places 06 43,240

0404020704 - 5029
↳ places 1 43,320

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

JORÉ SANTOS de SOUZA
Maringá - PR - 01/07/67
SAM - HUT
CONFIRA COM O ORIGINAL

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

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)
Anti-Srcc: Se face + colocação de curvos +
incisão extra-oral de Fratura, e montagem +
redução. **QD** mini-Moa. (caso 7) e Parafuso +
cinta extroracial de Fratura trancando-o +
cicatrizes + por pleurotórax com mini-moa **QD**
para curar Parafuso + incisão intra-oral +
cicatrizes. D. Macoprotet + reconstituir o
osso orbita + sutura + drenagem.

J. Matias Araújo da Silva
Sírurgião Buco-Maxilo-Faci
CRO-PI 770

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE			NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
209203062110001	IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE			05/01/1992	M	493296
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		86994605328	SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES	IGLEBSON DAYLISON		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE		
64000000				000		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF		
VILA SANTA BARBARA			TERESINA	PI		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SEM CAPACETE DESORIENTADO GLASGOW 14/LESÃO CORTOCONTUSA EM FACEEM REGIÃO NASAL E ZIGOMÁTICO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CLÍNICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO

04 FEV 2019



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S026 - FRATURA DE MANDIBULA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

CLÍNICA GERAL

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

MATIAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 09685049300

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

20/11/2018

DATA ADMISSÃO

20/11/2018 11:31

DATA ALTA

21/11/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA
CPF: 06570216368

CRM:

DATA ANALISE: 20/11/2018 12:12:49

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO /
AUDITORIA

CPF:

CRM:

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Iglebeni Daylison de Jesus de Melo Silva		PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	Bucorriametropacae		493296
À CLÍNICA	Ortopedia		LEITO
			216-156

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente motociclistico, com
 fratura fechada A3, fêmur esquerdo + FCC im
 belho. Fez TC de quadil dia 05/11
 solicito exodontia e avaliação.

DATA: 08/11/18

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

Dra. Marisa Pintas
 Esp. Ortopedia
 CRO 4024 - PI

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Mantener internación
 / intervención ortopédica
 DO c/p fémur

Dr. C. O. C.
 Dr. de L.
 Doutorando
 Junc. S. M. P. P. M. de S. M.
 MATRÍCULA 0467
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: _____

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 146340

AIH: 2218101826105

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

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

209203062110001 | IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NASCIMENTO

SEXO

PRONTUÁRIO

05/01/1992

M

493296

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

86994605328

SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES

RESPONSÁVEL

IGLEBSON DAYLISON

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

000

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

VILA SANTA BARBARA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SEM CAPACETE DESORIENTADO GLASGOW 14/LESÃO CORTOCONTUSA EM FACEEM REGIÃO NASAL E ZIGOMÁTICO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CLÍNICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

5068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MEDIO

LEITO/CLÍNICA

CLINICA GERAL

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

05/11/2018

EDUARDO HENRIQUE DE SOUSA

CPF: 65733959304

CRM:

DATA ADMISSÃO

05/11/2018 01:15

DATA ALTA

14/11/2018 11:50

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO
CPF: 37320645360

CRM:

DATA ANALISE: 05/11/2018 06:27:10

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF:

CRM:

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia 05/11/2018 foi socorrido pelo SAMU o paciente Iglebson Daylison de Jesus M Silva Lages, vítima de acidente de trânsito tendo sido removido pelo SAMU para o HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou no preenchimento da ficha registrando a data 04/11/18 ao invés de **05/11/2018** por se tratar de um **atendimento ocorrido por volta das 00h30min.**

Teresina, 21 de Janeiro de 2019.




Marilia Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa do SAMU Teresina





Dados do Chamado	01 N° do chamado 632	02 Data do chamado 04/01/11 14:48	03 PRO (código) 2903	04 Saída do PA 00:30	05 Chegada ao local 00:40
Local da Ocorrência	06 Saída do local 01/09	07 Chegada ao 1º hospital 01/15	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço BR 316 - Prox Balneário Porto Alegre	11 Bairro	12 Município-UF TE - RJ	Código IBGE	
	13 Ponto de referência	05.01.92			
Dados do Paciente	14 Nome Iglebson Daylison de Jesus M Silveira	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 36	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência HUT	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-esparrancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete MTE Airbag Cinto de segurança Assento para criança	23 DEPARTAMENTOS DE CONTEÚDO NÃO SERIADO
	24 1 FEV 2013	25 Local da lesão			
Exame Físico	23 Glasgow = 118	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 6- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 96 Resp. _____ PA _____ TAX. _____ SatO2 94	
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	29 Dor <input type="checkbox"/>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa 10		
	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	30 Fratura 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2 - Não 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>			
Assistência	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred. <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia _____ Acesso Venoso Velco 20 + Ringer 1000 ml Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____			
	32 Hospital de Destino HUT	<input type="checkbox"/> Não Removido			
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>			
Observações Interdisciplinar	<p><i>alteração de humor com</i></p> <p><i>com surtos (motociclistas), com</i></p> <p><i>TCE, dor no peito, fome e</i></p> <p><i>fratadas feias e</i></p> <p><i>graves p1 HUT</i></p>				
	CONFERE COM O ORIG				
	Dr. Eduardo Salmito Médico CRM-RJ 62300	Socorristas Médico Moises AE/TE Alex Sandra	Enfermeiro Condutor Isabel Quinto	Marilia Veloso Cantanh Gerente Administrativa SA	
	Responsável pela recepção				
Versão: 27.11.2011					

Dr. Edmundo Salmito
Médico
CRM-PI 6330
sável pela reedição

Socorristas
Médico Moires
AE/TE Alfredo Sandino

Enfermeiro Isabel
Condutor Paulo

CONFERE COM O ORIGINAL
2012
Marilia Veloso Cantanhede
Gerente Administrativo SAMU



**HOSPITAL
DE URGENCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

NOME DO PACIENTE: Jglebson Daylison de Jesus de M. S. Lage

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 493296

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

~~NEUTROOK~~

BUILD DR

ORTO ~~OK~~

CIR. GENERAL

SUS **SUS**

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NME 20
05/11/18

Imp: 05/11/2018 01:18:35

(User: FLAVIA MENDES) (Estação: BECERCA001)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE		<u>Frontuário:</u> 493296
<u>Mãe:</u> SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES		<u>Pai:</u> FRANCISCO DAMASCENO LAGES
<u>End. Resid.:</u> RUA SANTA BARBARA - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
<u>Nascimento:</u> 05/01/1992	<u>Idade:</u> 26a10m0d	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA		<u>CNS:</u> 704004858464661
<u>Profissão:</u> 		<u>CPF:</u> 040.509.181-84 <u>RG:</u> AFIA COMPUTADORIZADA
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Ignorado
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 692338 Data: 05/11/2018 01:15:59 Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não Trajeto?: Não Tipico: Não CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, sem capacete, desorientado; Armas aéreas penetravam, com colar cervical (B) MVR diminuído em base D, sem RIA (C) BNF 2T 122 SS, abdome insonante, pelvis estéril (D) Glasgow = 14, apresenta final de Battle (E) lesão contusão em face em região nasal e zigomática (F)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

PA X mmHg

Pulso:

工程量表一

Temp.:

Diagnóstico Inicial:

廣雅卷一

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito TC de crânio, Rx de tórax, Rx de perna & Rx de punho E, TC de face, TC de coluna cervical, Rx de pelve, Rx de joelho E

<u>ALTA:</u>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
		DATA SAÍDA: / /	HORA: :
<u>DESTINO:</u>			
<u>ÓBITO:</u>	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	303040092
		CID Compatível:	5068
		Prof. Solicitante	<i>Dr. Antônio de Oliveira</i>
		Internação:	<i>20/05/2008</i>

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo-Assinatura - Profissional - BE

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rio Claro - SP - 13020-000

Centro-Norte CEP: 64.002-370
 Teresina-PI (FLAVIA MENDES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE		<u>Frontuário:</u> 493296
<u>Mãe:</u> SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES		<u>Pai:</u> FRANCISCO DAMASCENO LAGES
<u>End. Resid.:</u> RUA SANTA BARBARA - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
<u>Nascimento:</u> 05/01/1992	<u>Idade:</u> 26a10m0d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> - -
<u>Responsável:</u> IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA		<u>CNS:</u> 704004858484561
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> CPF: 040.509.181-88
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Ignorado
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 692338	<u>Data:</u> 05/11/2018 01:15:59	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 05/11/18 4:30 ESPECIALISTA: Neurocirurgia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE Vítima de acidente de moto (Glagon 14)
Tc: cravivo: fractura nas etmoidal + frontal + Pneumonefrose frontal
CD: + + conservador pl TCE
Cabeceira elevada 30° / unidados clínicos neurofisiológicos pelo risco de fistula

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : / / : /

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 05/11/17 : : ESPECIALISTA: Cirurgia Geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:
 Paciente vítima de acidente de moto. Ao EF = UA paroxi, espasmo, estômag, hord; Abdome firido e doloroso
 Checo Rx de tórax e pelvis: Sems anormalidades

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : / / : /
CD: hospitalizado para cirurgia geral

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
 CRM-PI 1535



8 PPREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

**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

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856

Código da
Internação

4-CNES
5828856

22703

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE**

6 - Prontuário: **493296**

7-CNS: **704004858484561**

8-Nascimento: **05/01/1992**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **040.509.181-88**

11-Mae: **SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES**

12-Fone: **- -**

13-Resp: **IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES**

14-Fone: **- -**

15-Ender: **RUA SANTA BARBARA - VILA SANTA BARBARA - CEP: 64000-000**

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-000**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0408050519

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030910

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-
cidada:

1

Fornecedor da OPM: **SPINE**

38-Profissional Responsável:

JOEL CAMPOS NETO

40-Tp. Documento:

CPF

DR. JOEL CAMPOS NETO
41-A oft. Traumatologia
CRM-PI 1930 CPF: 386.881.313-68
CRM-PI 1930 CRM-Med.Sol. (CRM)

39-Data Solicitação:

14/11/2018

40-No.Doc. Méd. Solic.:

386.881.313-68

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**DEPARTAMENTOS DE SINISTRA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

04 FEV 2019

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

**48-CNS/CEP
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 665 Edif. C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI**

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

CONFERE COM O ORIGINAL

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

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

51-Data Autorização:

**52-CNS/CPF:
0312118**
Araújo, Karla Batista - Teresina
Médico Auditor CRM-PI 386.881.313-68
CRM-PI 1930 CRM-Med.Sol. (CRM)

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

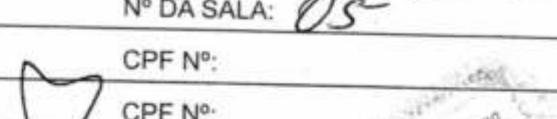


PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14,11,18

NOME DO PACIENTE: Gleison Paylon de Souza PRONTUÁRIO N° 493296
DIAGNÓSTICO: Distese da Perna Direita CIRURGIA: Parte Baixa / Extremitade
ANESTESIA: Drs. Meus amigos Nº DA SALA: 05
CIRURGÃO: Dr. Joel CPF N°:
AUXILIAR: CPF N°:
ANESTESIA: Lynn CPF N°:
INSTRUMENTADORA: Cecy CPF N°:



MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7,5 e 6,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 8,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE 26	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	08		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			crepom		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			DEPARTAMENTOS DE SINAIS
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletrodos - 05			DPVAT
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Cravos - 01			CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Doenças - 01			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							04 FEV 2019
ALCOFIL							
MONONYLON 2,0	04						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 01 - 0	02			CIRCULANTE:			
PROLENE							

2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455, Loja C
Centro - Norto CEP: 64.002-470
Teresina-PI

04 FEV 2019

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

JOELSON

Diagnóstico pré-operatório

Perda de memória: Ponto

Operação - Tipo

AP. FEM / Maxilária

Cirurgião

Dr. Cesar

2º Assistente

Maíra 29

1º Assistente

Caioas

Instrumentador(a)

Anestesista

DR. JOEL CAMPOS NEIO
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 1.930 / CPF: 386.581.312-88

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

Relatório Imediato do Patologista



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

1. DSN Apesar torção nos Nef, (5) - ajoelhado na cama
2. Imen amarrar Irix (1) - miga para o lado Descolamento Iliaco
Hemostase Sut
3. Irix - Lixa 17 Irix (5) - Amarrar na lixa
Nefrite Dex 500 mg 1,5 - 5x1ml
4. Dreno Sut

DR. JOEL CAMPOS NEIO
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 1.930 / CPF: 386.581.312-88

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Sigebren Daylison de Jesus de M. S. Lage IDADE 26 anos DATA 14/11/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA(GERAL TRAQUEI BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO)
 CIRURGIA REALIZADA fst. fémur

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO		HORÁRIO		CIRURGIA		
	ADMISSÃO	SAÍDA	ADMISSÃO	SAÍDA	ADMISSÃO	SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>114 x 52</u>		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		<u>116 x 70</u>		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>82</u>		04 FEV 2019		<u>77</u>		
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>		GENTE SEGURADORA S.A. R. 2 Gócio de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-070 Teresina-PI		<u>98%</u>		
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	<u>-</u>		Anunziaçāo		<u>-</u>		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>-</u>		Anunziaçāo		<u>-</u>		
NOME/ MATRÍCULA			ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK				
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros		2	2	2	2	
RESPIRAÇÃO	Movimenta dois membros		1	1	1	1	
CIRCULAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando		0	0	0	0	
CONSCIÊNCIA	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente		2	2	2	2	
SATURAÇÃO O2	Apresenta dispneia ou limitação da respiração		1	1	1	1	
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	Tem apneia		0	0	0	0	
ESCALA DE DOR ALTA	PA em 20% do nível pré-anestésico		2	2	2	2	
	PA em 20-49% do nível anestésico		1	1	1	1	
	PA em 50% do nível pré-anestésico		0	0	0	0	
	Está lúcido e orientado no tempo e espaço		2	2	2	2	
	Desperta, se solicitado		1	1	1	1	
	Não responde		0	0	0	0	
	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente		2	2	2	2	
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%		1	1	1	1	
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂		0	0	0	0	
	TOTAL		<u>09</u>			<u>40</u>	
	ASSINATURA: Klénia Freire Parentes ENFERMEIRA COREN-PI: 484025		Liane Nunes de Souza Enfermeira COREN PI 359 426				
	SONDA VESICAL		(<input type="checkbox"/>) DRENO DE SUCÇÃO	(<input type="checkbox"/>) DRENO TORACICO	(<input type="checkbox"/>) DVE	(<input type="checkbox"/>) COLOSTOMIA	SONDA (<input type="checkbox"/>) NASOG (<input type="checkbox"/>) NASOE
	5 mL	hs	5 mL	hs	5 mL	hs	5 mL
	10 mL	hs	10 mL	hs	10 mL	hs	10 mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

02:20 Admitido no SRPA, em POC de fst. fémur. Consciente, orientado. Expresso em AP. HV piora.

Klénia Freire Parentes

ENFERMEIRA

COREN-PI: 484025

RAIO-X REALIZADO

DATA 14/11/18Técnico: _____

JOSE ALBERTO SOARES
CONFIRMO COM O ORIGINAIS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

13:30h

HORÁRIO

Patrícia Melo
Médica Anestesiologista
Centro: 6112

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

TO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] JORT [] NEU [] CIR [] MÉD



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: José Silviano Doyfim d. Jesus M. S. J. Jr. Sala: 605 Data: 14/11/18
Procedimento: Trat. de fistula d. fôrma Cirurgião: Dr. S. P. Chaves
Alergia: Observações: ASA I

Agentes	Unid	15m	30	45	10m	15	30	45	15m	30	45	15m	30	45	15m
1 Sopro (Periférico)		15m													
2 Dimid (SP)															
3 Cefox (Periférico)		80mL													
4 Dolo (Periférico)			20												
5 Atropine (0.04)				10mL											
6 Dipirona (0.4)					0.5g										
7 Bromoparafina (0.5)															
8 Ond. de Lactato (0.4)															
9															
10															
11															
12															
13															
Oxigênio															
10															
Volatile	%														

Acesso Vascular

- Periférico _____
Cat. Venoso nº 6
 Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
 Central _____

Via Aérea

- Cateter nasal
 IOT nº _____
 LMA nº _____

Monitorização:

- Cardioscopia
PANI
 Oxímetro de pulso
 ETCO2
 Outros

estesia:

- Geral Venosa
 Geral Balanceada
 Raquianestesia
 Peridural
 Bloqueio Periférico
 Outros

Decúbito: DDH

SPO2 (%)
ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso
<u>SpO2</u>
<u>SpO2</u>
Diurese
Pérdas Sanguíneas

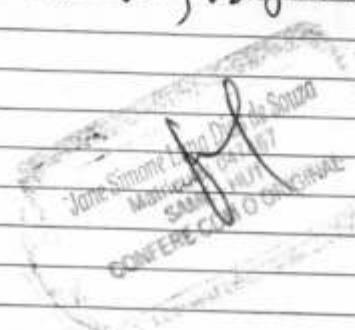
Descrição da Anestesia: ① Monitorizar; ② Salvar para o pós - Pombal; ③ Tuneses fármaco único e Miquimza em 23-24 cm x 16 g Quintal 1:266; ④ Tratamento f. 2CR e pós; ⑤ Injeção de Sanc. náuseas ofr. f. trás ⑥ - ⑦ reum. intracavitárias.

Oral - O2 + RANS + BCG - SpO2

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Igleison Daylison da Silva de Melo IDADE anos DATA 20/11/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA (GERAL) RAQUEL BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de mandíbula CIRURGIANO _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO		HORÁRIO		SAÍDA
	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	142/58	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	04 FEV 2019	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	89	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Rosendo, 485 Log. C Centro-Norte CEP: 64.000-020 Teresina-PI		125/60	
SATURAÇÃO DE O2 (%)	99%			95	
TEMPERATURA AXILAR (O° C)				100	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/ MATRÍCULA	<u>Selite</u>				
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0
	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2
CONSCIÊNCIA	Desperta, se solicitado	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1
CONSCIÊNCIA	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0
	ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3
ESCALA DE DOR ALTA	0	1	2	3	
SONDA VESICAL	(<input type="checkbox"/>) DRENO DE SUCÇÃO	(<input type="checkbox"/>) DRENO TORACICO	(<input type="checkbox"/>) DVE	(<input type="checkbox"/>) COLOSTOMIA	SONDA (<input type="checkbox"/>) NASOG(<input type="checkbox"/>) NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:					
<u>Paciente admitido na SRPA em POF de parto de mandíbula, segue calmo; em ambiente.</u>					
<u>Maria Jardelme de Oliveira</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-PI 484.168</u>					



ALTA SRPA
Dr. 32
Thiago enfermeira 5107
 HORARIO 216- retra
 ANESTESIOLOGISTA

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

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



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: *Igubson Saylison de Jesus de Melo Silva long*
Procedimento: *08*

Sala:

08

Alergia:

Data: *20.11.18*

Cirurgião:

Matias

Observações:

Agentes

Unid

15 30 45

15 30 45

15 30 45

15 30 45

- 1 Propofol 250mg
- 2 Fentanyl 350mcg
- 3 Svoradil 600mg
- 4 Alcuran 75mg
- 5 Diprivan 2g
- 6 Dexpantetetan 20g
- 7 Ondansetron 4mg
- 8 Temoxifen 100g
- 9 Remifentanil 4mg
- 10 Morfina 5mg
- 11
- 12
- 13

Oxigênio

AR/N2O

Volatile *Sevo 2,5* %

Acesso Vascular

- Periférico _____
- Cat. Venoso nº 20G
- Dificuldade aces. venoso
- Gastos _____ cateteres
- Central _____

Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT nº 7,5mm
- LMA nº _____

Monitorização:

- Cardioscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO2
- Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito: *Dorsal*

SPO2 (%)	100	100	100
ETCO2 (mmHg)	40	40	40
Aces. Venoso			
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEVEREIRO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja 0
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Anestesiologista



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <i>Sophieveron Baylison de Jesus de Melo Silva</i>		DATA <i>20/11/2018</i>
		PRONTUÁRIO N°: <i>493296</i>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA:	<i>Geral</i>	Nº DA SALA: 08
CIRURGÃO:	<i>Matias</i>	CPF N°:
AUXILIAR:		CPF N°:
ANESTESIANA:	<i>Spa</i>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	<i>Sayana / Gremilia</i>	CPF N°:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEVEREIRO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24.15	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7,5 6,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA N° 8,0 7,0	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	/		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	12	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	/		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	/	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	06	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE N°	UNID.	/		SERINGA 3CC	UNID.	/	
FORMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL 14.12	UNID.	02	
JELCO N°	UNID.	/		<i>trepon</i>	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Blefarodes</i>	UNID.	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>escorbas</i>	UNID.	05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 5.0	UNID.	04					
FITA UMBILICAL							
VICRYL 3.0	UNID.	07		ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:	<i>Operacionar Ana Karla</i>		



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente: Iglesias Saylison de Jesus de Melo Silva Braga
Diagnóstico pré-operatório: Fratura do cunhado 2º grau + Nervos + Mandíbula
Operação - Tipo: Ossos + Fratura de mandíbula + 2º grau + Nervos
Cirurgião: Matias
1º Assistente: _____
2º Assistente: _____

Instrumentador(a) Sayana Anestesista joão Anestesia geral
Anestésico(a)

Data da Operação 20-11-2018 Início 00:00:00 Fim 00:00:00

Diagnóstico Pós-operatório

O. Morris

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Log C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

0404020300 - 5026
↳ places 02

0404020224 - 5027
↳ places 06 43,240

0404020704 - 5029
↳ places 1 43,320

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

A photograph of a document page. At the top, there is a handwritten signature in black ink. Below the signature, there is a rectangular stamp with a decorative border. The stamp contains the text 'CONFERE COM O ORIGINAL' at the bottom, and above it, 'JÂNIO SOUZA' and 'MANICOMIO DA HUT'.

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

Antissacic la face + colocar os curos +
inserir o ~~est~~ intravascular de Fragon, o Monoblock +
screws (02) mini-plate. (caso de Penfus +
remoção do Fragon através de punzô +
ciculô + por descolamento com mini-plate (06)
caso com Penfus + caso intravascular +
osvalente de macroporeto + reconstituir a
parede óssea + sutura + resorve.

J. Matias Araújo da Silva
Sírurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO-PI 770

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE			NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
209203062110001	IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE			05/01/1992	M	493296
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		86994605328	SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES	IGLEBSON DAYLISON		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE		
64000000				000		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF		
VILA SANTA BARBARA			TERESINA	PI		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SEM CAPACETE DESORIENTADO GLASGOW 14/LESÃO CORTOCONTUSA EM FACEEM REGIÃO NASAL E ZIGOMÁTICO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CLÍNICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO

04 FEV 2019



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S026 - FRATURA DE MANDIBULA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

CLÍNICA GERAL

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

MATIAS ARAÚJO DA SILVA

CPF: 09685049300

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

20/11/2018

DATA ADMISSÃO

20/11/2018 11:31

DATA ALTA

21/11/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA
CPF: 06570216368

CRM:

DATA ANALISE: 20/11/2018 12:12:49

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO /
AUDITORIA

CPF:

CRM:

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Prontuário:

493296

Internação:

226432

Nome: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE

End. Resid.: RUA SANTA BARBARA - VILA SANTA BARBARA

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-000

Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	05/01/1992	26a10m0d	Ignorado	

Internação

Alta

Permanência

Data
05/11/2018

Hora
06:11

Data
21/11/18

Hora
____:____

Cod.CID:

Diagnósticos:

CID Principal:

Intum. Múltipla

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

CID Secundário:

Intum. Múltipla

CID Causa Morte:

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

Intum. Múltipla

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Intum. Múltipla

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: 21/11/18 Tipo: Cirurgia de remoção

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

*Jane Simaria Souza 2020
Matr. 10467
S/Ass. HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

*Dr. José Carlos de O. G. Filho
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-PI 2200*

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Iglebeni Daylison de Jesus de Melo Silva		PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	Bucorriametropacae		493296
À CLÍNICA	Ortopedia		LEITO
			216-156

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente motociclistico, com
 fratura fechada A3, fêmur esquerdo + FCC im
 belho. Fez TC de quadil dia 05/11
 solicito exodontia e avaliação.

DATA: 08/11/18

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEV 2019

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

Dra. Marisa Pintas
 Esp. Ortopedia
 CRO 4024 - PI

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Mantener internación
 / intervención ortopédica
 DO c/p fémur

Dr. C. O. C.
 Dr. de L.
 Doutorando
 Junc. S. M. P. P. M. de S. M.
 MATRÍCULA 0467
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: _____

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 146340

AIH: 2218101826105

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

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

209203062110001 | IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NASCIMENTO

SEXO

PRONTUÁRIO

05/01/1992

M

493296

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

86994605328 | SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES

RESPONSÁVEL

IGLEBSON DAYLISON

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

000

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

VILA SANTA BARBARA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SEM CAPACETE DESORIENTADO GLASGOW 14/LESÃO CORTOCONTUSA EM FACEEM REGIÃO NASAL E ZIGOMÁTICO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CLÍNICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

5068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MEDIO

LEITO/CLÍNICA

CLINICA GERAL

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

05/11/2018

EDUARDO HENRIQUE DE SOUSA

CPF: 65733959304

CRM:

DATA ADMISSÃO

05/11/2018 01:15

DATA ALTA

14/11/2018 11:50

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO
CPF: 37320645360

CRM:

DATA ANALISE: 05/11/2018 06:27:10

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF:

CRM:

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones: (86) 3214-1600 / 3214-1314 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí

E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE M SILVA LAGES

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 05/11/2018
BO=18062965B01

HD FRATURA DO FEMUR E
FRATURA MULTIPLAS DE FACE
TCE

FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE
FEITO OSTE OSSINTSESE DE FRAT. DO FEMUR E
FEITO OSTE OSSINTSESE DE FRT MULTIPLAS DE FACE

EF = LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MIE
CRANIO FACIAL=DIMINUIÇÃO DE ABERTURA BUCAL,
ANOSMIA TOTAL

TG = FRAT MULTIPLAS EM FACE
RX COXA E = FRAT DE FEMUR E CONSOLIDADA

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM MIE - PERDA DE
75 % CRANIO FACIAL



Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia/ Traumatologia
CRM-PI 2913 / CRM-MA 3294
N-07- 8854

Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2312-PI

C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones: (86) 3214-1600 / 3214-1314 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí

E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE M SILVA LAGES

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 05/11/2018
BO=18062965B01

HD FRATURA DO FEMUR E
FRATURA MULTIPLAS DE FACE
TCE

FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE
FEITO OSTE OSSINTSESE DE FRAT. DO FEMUR E
FEITO OSTE OSSINTSESE DE FRT MULTIPLAS DE FACE

EF = LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MIE
CRANIO FACIAL=DIMINUIÇÃO DE ABERTURA BUCAL,
ANOSMIA TOTAL

TG = FRAT MULTIPLAS EM FACE
RX COXA E = FRAT DE FEMUR E CONSOLIDADA

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM MIE - PERDA DE
75 % CRANIO FACIAL



Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia/ Traumatologia
CRM-PI 2913 / CRM-MA 3294
N-07- 8854

Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2312-PI

C.O.B

CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones: (86) 3214-1600 / 3214-1314 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí

E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE M SILVA LAGES

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 05/11/2018
BO=18062965B01

HD FRATURA DO FEMUR E
FRATURA MULTIPLAS DE FACE
TCE

FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE
FEITO OSTE OSSINTSESE DE FRAT. DO FEMUR E
FEITO OSTE OSSINTSESE DE FRT MULTIPLAS DE FACE

EF = LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MIE
CRANIO FACIAL=DIMINUIÇÃO DE ABERTURA BUCAL,
ANOSMIA TOTAL

TG = FRAT MULTIPLAS EM FACE
RX COXA E = FRAT DE FEMUR E CONSOLIDADA

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM MIE - PERDA DE
75 % CRANIO FACIAL



Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia/ Traumatologia
CRM-PI 2913 / CRM-MA 3294
N-07- 8854

Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2312-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

2003
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

2003
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEV 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.212.129	DATA DE EXPEDIÇÃO	21/10/14
NOME		KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA	
FILIAÇÃO		EVA MOURA DA SILVA ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
BARÃO DE GRAJAU-MA		18/12/1979	
DOC. ORIGEM		CERT. NASC. 39751 V 53A F 097 EXP TERESINA-PI 27/08/99	
TERESINA - PI		Assinatura do Diretor	
839.502.303-00		LEI N° 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/63	

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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.212.129	DATA DE EXPEDIÇÃO	21/10/14
NOME		KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA	
FILIAÇÃO		EVA MOURA DA SILVA ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA	
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
BARÃO DE GRAJAU-MA		18/12/1979	
DOC. ORIGEM		CERT. NASC. 39751 V 53A F 097 EXP TERESINA-PI 27/08/99	
TERESINA - PI		Assinatura do Diretor	
839.502.303-00		LEI N° 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

BENATRAN

DETAN - RI

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COR-REMVAM PNR-RC

EXERCÍCIO

2018

VIA <

**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: **3190096244**

Nome do(a) Examinado(a): **IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES**

Endereço do(a) Examinado(a):

R STA JACINTA, 7624 - VERDE LAR - Teresina - PI - CEP 64071-430

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3098362**

Data e local do acidente: [**05/11/2018**] **BR 316, KM 10 - ZONA RURAL TERESINA PI**

Data e local do exame: [**11/04/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURAS MÚLTIPLAS NA FACE (MANDÍBULA E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO). FRATURA DO FÉMUR ESQUERDO.

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

AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA MASTIGAÇÃO. DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO (ADM 0-30°), EXTENSÃO (ADM 0-20°), ABDUÇÃO (ADM 0-30°) E ADUÇÃO (ADM 0-10°) DO QUADRIL ESQUERDO. DIMINUIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO (ADM EM 40°) DO JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA. ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM 3 CM.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. VÍTIMA DESENVOLVEU PROCESSO INFECCIOSOS COM NECROSE DE TECIDOS MOLES (PELE E MÚSCULO) NO PÉ ESQUERDO COM NECESSIDADE DE DEBRIDAMENTO. REALIZOU FISIOTERAPIA E RECEBEU ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Dano cranio facial, Limitação funcional do membro inferior direito

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):

Membro inferior direito

% 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):

Estruturas crânio faciais

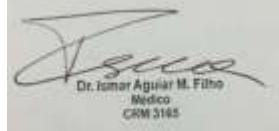
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

**VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 07/02/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI
REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE + DÉFICIT
RESIDUAL EM RELAÇÃO AS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL, HOUVE
UM AGRAVAMENTOS DA SEQUELA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. DEVERÁ SER EFETUADO UM
COMPLEMENTO, ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**



Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
Médico
CRM: 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190096244**

Nome do(a) Examinado(a): **IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES**

Endereço do(a) Examinado(a):

R STA JACINTA, 7624 - VERDE LAR - Teresina - PI - CEP 64071-430

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3098362**

Data e local do acidente: [**05/11/2018**] **BR 316, KM 10 - ZONA RURAL TERESINA PI**

Data e local do exame: [**11/04/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURAS MÚLTIPLAS NA FACE (MANDÍBULA E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO). FRATURA DO FÉMUR ESQUERDO.

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

AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA MASTIGAÇÃO. DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO (ADM 0-30°), EXTENSÃO (ADM 0-20°), ABDUÇÃO (ADM 0-30°) E ADUÇÃO (ADM 0-10°) DO QUADRIL ESQUERDO. DIMINUIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO (ADM EM 40°) DO JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA. ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM 3 CM.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. VÍTIMA DESENVOLVEU PROCESSO INFECCIOSOS COM NECROSE DE TECIDOS MOLES (PELE E MÚSCULO) NO PÉ ESQUERDO COM NECESSIDADE DE DEBRIDAMENTO. REALIZOU FISIOTERAPIA E RECEBEU ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Dano cranio facial, Limitação funcional do membro inferior direito

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):

Membro inferior direito

% 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):

Estruturas crânio faciais

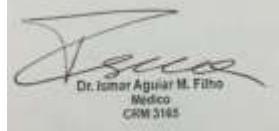
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

**VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 07/02/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI
REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE + DÉFICIT
RESIDUAL EM RELAÇÃO AS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL, HOUVE
UM AGRAVAMENTOS DA SEQUELA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. DEVERÁ SER EFETUADO UM
COMPLEMENTO, ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**



Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
Médico
CRM: 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Igleison Daylison de Jesus de M. Silveira

CPF: 040.509.383-88

Sinistro: 31901096244



Eu, venho através deste e-mail para
comunicar que estou despitoso, não
estou trabalhando porque ninguém quer
me impressionar com a situação não,
sinto cheiro, não te exigindo direito,
sinto muito da sua loboca. Entrei e fui
pedindo que marquem minha prisão
para ser minha melhor auxílio.

Atencioso e Agradecido

Igleison Daylison de J. de M. Silveira



Igleison Daylison de Jesus de M. Silveira

CPF: 040.509.383-88

Sinistro: 31901096244



Eu, venho através deste e-mail para
comunicar que estou despitoso, não
estou trabalhando porque ninguém quer
me impressionar com a situação não,
sinto cheiro, não te exigindo direito,
sinto muito da sua loboca. Entrei e fui
pedindo que marquem minha prisão
para ser minha melhor auxílio.

Atencioso e Agradecido

Igleison Daylison de J. de M. Silveira



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096244 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS MÚLTIPHAS NA FACE (MANDÍBULA E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO). FRATURA DO FÉMUR ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA MASTIGAÇÃO. DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO (ADM 0-30°), EXTENSÃO (ADM 0-20°), ABDUÇÃO (ADM 0-30°) E ADUÇÃO (ADM 0-10°) DO QUADRIL ESQUERDO. DIMINUIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO (ADM EM 40°) DO JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA. ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM 3 CM.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. VÍTIMA DESENVOLVEU PROCESSO INFECCIOSOS COM NECROSE DE TECIDOS MOLES (PELE E MÚSCULO) NO PÉ ESQUERDO COM NECESSIDADE DE DEBRIDAMENTO. REALIZOU FISIOTERAPIA E RECEBEU ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial, Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 07/02/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE + DÉFICIT RESIDUAL EM RELAÇÃO AS ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL, HOUVE UM AGRAVAMENTOS DA SEQUELA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. DEVERÁ SER EFETUADO UM COMPLEMENTO, ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096244 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS MÚLTIPHAS NA FACE (MANDÍBULA E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO). FRATURA DO FÉMUR ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA MASTIGAÇÃO. DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO (ADM 0-30°), EXTENSÃO (ADM 0-20°), ABDUÇÃO (ADM 0-30°) E ADUÇÃO (ADM 0-10°) DO QUADRIL ESQUERDO. DIMINUIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO (ADM EM 40°) DO JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA. ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM 3 CM.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. VÍTIMA DESENVOLVEU PROCESSO INFECCIOSOS COM NECROSE DE TECIDOS MOLES (PELE E MÚSCULO) NO PÉ ESQUERDO COM NECESSIDADE DE DEBRIDAMENTO. REALIZOU FISIOTERAPIA E RECEBEU ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial, Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 07/02/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE + DÉFICIT RESIDUAL EM RELAÇÃO AS ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL, HOUVE UM AGRAVAMENTOS DA SEQUELA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. DEVERÁ SER EFETUADO UM COMPLEMENTO, ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096244 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS MÚLTIPHAS NA FACE (MANDÍBULA E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO). FRATURA DO FÉMUR ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA MASTIGAÇÃO. DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO (ADM 0-30°), EXTENSÃO (ADM 0-20°), ABDUÇÃO (ADM 0-30°) E ADUÇÃO (ADM 0-10°) DO QUADRIL ESQUERDO. DIMINUIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO (ADM EM 40°) DO JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA. ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM 3 CM.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. VÍTIMA DESENVOLVEU PROCESSO INFECCIOSOS COM NECROSE DE TECIDOS MOLES (PELE E MÚSCULO) NO PÉ ESQUERDO COM NECESSIDADE DE DEBRIDAMENTO. REALIZOU FISIOTERAPIA E RECEBEU ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial, Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 07/02/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE + DÉFICIT RESIDUAL EM RELAÇÃO AS ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL, HOUVE UM AGRAVAMENTOS DA SEQUELA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. DEVERÁ SER EFETUADO UM COMPLEMENTO, ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190096244 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E
MELO SILVA LAGES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA DA MANDÍBULA, NASO-ORBITAL-ETMOIDAL, ZIGOMÁTICO.
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACAS NA FACE / PLACA E PARAFUSOS NO FÉMUR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS E LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS E DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Iglebson Daylison de Jesus de Melo Silva Bages
RG: 3098362 Orgão Emissor: SSP- CPF: 040 509 18 188
Nacionalidade: Bombeiro Est. Civil: casado Profissão: Bombeiro Hidráulico
Endereço: Rua Santa Jacinta Bairro: Nº 07624
Cep: 64041430 Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 99442 9591 (86) 9 8804-4840 () _____

OUTORGADO:

Nome: Kelly mouta de oliveira
RG: 222129 Orgão Emissor: SSP-MT CPF: 83950230300
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de seg.
Endereço: RUA 24 de Janeiro Nº 554
Bairro: Centro Cep: 64000902 Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 94729591 (86) 8809-7870 ()

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 outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT.

Vítima: Gleison Daylison de Jesus de melo silva Jages
CPF: 040509181-88 Data do Acidente: 05/11/2018
Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Local e data

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002-470
Teresina-PI

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autorização)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE IGLEBSES DAYLISON
DE JESUS DE MELO SILVA LAGES. DOU FE. EM TEST. DA
VERDADE. TERESINA-PI, 22/01/2019. Selos AAAA14231-HUR7
www.tjpi.jus.br/portalextra

JUDITE DE CASTRO CARDOSO- Escrivente Autorizada
Emol.:3.71 TJ:0.74 FMMP/PI:0.00 Selc:0.26 Total:4.71 - OP:555
PROCURACAO PARTICULAR

ARTURIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Juiz de Castro Cardoso
Escrevente Compreensivo

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Igleison Daylison de Jesus de Melo Silva Bages
RG: 3098362 Orgão Emissor: SSP CPF: 040 509 18 880
Nacionalidade: Branilero Est. Civil: casado Profissão: Bombeiro Militar
Endereço: Rua Santa Jacinta Nº 07624
Bairro: Centro Cep: 64041430 Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 99442 9691 (86) 9 8804-4840 () _____

OUTORGADO:

Nome: Kelly mouta de oliveira
RG: 2212129 Orgão Emissor: SSP-MT CPF: 83950230300
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de seg.
Endereço: Rua 24 de Janeiro Nº 554
Bairro: Centro Cep: 64000902 Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 94429591 (86) 8809-7870 ()

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 outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT.

Vitima: Iglebson Daylison de Jesus de melo silva Jages
CPF: 040509181-88 Data do Acidente: 05/11/2018
Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Local e data

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002-470
Teresina-PI

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Laranjeira Negreiros, 1021 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0159 - E-mail: avocados@uol.com.br
Título: Anastácia Gonçalves de Sampaio Ferreira

ARTURIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAR
Juiz de Castro Cardoso
Escrivente Compromissário

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041580/19

Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELC

CPF: 040.509.181-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2018

Titular do CPF: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES : 040.509.181-88

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: 04/02/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041580/19

Número do Sinistro: 3190096244

Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELC

CPF: 040.509.181-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2018

Titular do CPF: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA
LACFO

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/03/2019

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

CPF: 839.502.303-00

Data do cadastramento: 28/03/2019

Nome: Danielle Nobre de Sousa

CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041580/19

Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELC

CPF: 040.509.181-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2018

Titular do CPF: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES : 040.509.181-88

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: 04/02/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041580/19

Número do Sinistro: 3190096244

Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELC

CPF: 040.509.181-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2018

Titular do CPF: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA
LACFO

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/03/2019

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

CPF: 839.502.303-00

Data do cadastramento: 28/03/2019

Nome: Danielle Nobre de Sousa

CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa

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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190096244

Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

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

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

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190096244**

Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

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\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

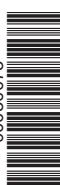
Agência: 000000855

Conta: 0000088525-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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



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

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190096244

Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190096244**

Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 0000088525-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

04050918188

Nome completo da vítima:

Registre de Informações Cadastrais e Faixa de Renda Mensal da Pessoa Física (Vítima/Beneficiário) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Endereço:

Cidade:

E-mail:

CPF:
04050918188

Número:
7624

Complemento:

CEP:
62041430

Tel. (DDD):
(6694) 729391

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Até 10 opções)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0255

03

CONTA: 88525

9

(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.

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

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

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

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

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

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

04 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Centro de Atendimento, 465 Loja C
Teresina - PI CEP: 64.002-470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina, PI 04/10/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

04050918188

Nome completo da vítima:

Registre de Informações Cadastrais e Faixa de Renda Mensal da Pessoa Física (Vítima/Beneficiário) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Endereço:

Cidade:

E-mail:

CPF:
04050918188

Número:
7624

Complemento:

Estado:
Paraná

CEP:
62041430

Tel. (DDD):
(6099) 4729391

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Até 10 opções)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0255 03

CONTA: 88525 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

04 FEV 2019

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: 04/02/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

PRF

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA



Acidente nº 18062965B01

502652

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 316 **KM:** 11,0 - Crescente

Município: TERESINA/PI

Data: 05/11/2018 **Hora:** 00:15

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

Policial responsável pelo atendimento: SUSANA, matrícula 1072750

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condicao da pista: Seca

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: **Acostamento:**

Canteiro central:

Condicao meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Plena Noite

NARRATIVA

APÓS LEVANTAMENTO REALIZADO NO LOCAL DO ACIDENTE, OCORRIDO NA BR 316, KM 10, MUNICÍPIO DE TERESINA/PI, DE ACORDO COM POSICIONAMENTO DOS VEÍCULOS SOBRE A VIA, DINÂMICA DO ACIDENTE, INFORMAMOS QUE V.01,ODY-1313, HONDA PRETA, TRANSITAVA PELA CONTRA MÃO DE DIREÇÃO, QUANDO COLIDIU FRONTALMENTE EM V.02, NIH-4893, ÔNIBUS MARCOPOLO PRATA, QUE SEGUIA EM SUA MÃO DE DIREÇÃO E AINDA PAROU NA TENTATIVA DE EVITAR A COLISÃO. SEGUNDO INFORMAÇÕES, O CONDUTOR DE V.01, SAÍRA DE UMA FESTA, ONDE TERIA INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA, PORÉM ESTA INFORMAÇÃO NÃO PODE SER COMPROVADA DEVIDO O ENVOLVIDO TER SIDO LEVADO AO HOSPITAL COM FRATURAS NA FACE, O QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DO TESTE DE ETILOMETRO.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	05/11/2018 00:15	05/11/2018 00:30

Bo conferido no site da PRF em 04.02.19.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



PRF

IMAGENS PANORÂMICAS



SENIDO CRESCENTE



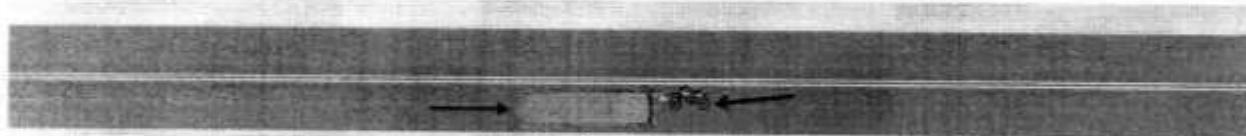
SENIDO DECRESCENTE



CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



TERESINA/PI

DE Merval Lobão/PI



Autenticação
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA



PRF

V1



ODY1313

Placa: ODY1313 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/CG 125 FAN KS/2012

Renavam: 00458732940

Chassi: 9C2JC4110CR517582

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoría: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Transitando na contramão de direção

PROPRIETÁRIO

Nome: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA **CPF/CNPJ:** 040.509.181-88

Endereço: , TERESINA/PI

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Ausência de responsável

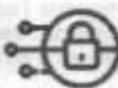
Tipo de receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: vip leilões



Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EEABF8E675414



Assinatura
eletrônica



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA



PRF

V1



TRACIONADOR



ODY1313



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



PRF

V2



NIH4893

Placa: NIH4893 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: MARCOPOLLO/VOLARE W9 ON/2010

Renavam: 00203859448

Chassi: 93PB40E3PAC033114

Tipo de Veículo: Ônibus

Espécie/categoria: Passageiro/Aluguel

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: condutor parou veículo sobre a via para tentar evitar colisão

PROPRIETÁRIO

Nome: FRANCISTUR TRANSPORTADORA TURISTICA LTDA **CPF/CNPJ:** 05.746.617/0001-74

Endereço: , TERESINA/PI

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



PRF

V1



**IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE M
SILVA LAGES**

Placa do veículo: ODY1313

Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Envolvimento: Condutor/Proprietário

Nome: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE M SILVA LAGES

CPF: 040.509.181-88

Data de nascimento: 05/01/1992

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Ignorado

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AB **Data primeira habilitação:** 27/06/2018

Nº Registro: 07079115068 **UF:** PI

Data de vencimento da habilitação: 27/06/2019

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA SANTA JACINTA, 7624, VERDE LAR, TERESINA/PI

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: ferido encaminhado para HUT



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA



PRF

V2



ERON LIMA DE FIGUEIREDO JUNIOR

Placa do veículo: NIH4893

Marca/modelo: MARCOPOLLO/VOLARE W9 ON

Envolvimento: Condutor

Nome: ERON LIMA DE FIGUEIREDO JUNIOR

CPF: 960.315.573-04

Data de nascimento: 21/04/1980

Estado civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino **Estado físico:** Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AD **Data primeira habilitação:** 10/12/2003

Nº Registro: 03139386000 **UF:** PI **Data de vencimento da habilitação:** 14/01/2021

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 15

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não **Resultado:** 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: Q 01 C- 01 CONJUNTO PEDRA MOLE, 01, PEDRA MOLE, TERESINA/PI

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 FAN KS

Placa: ODY1313

Nome do agente: SUSANA

Nº BOAT: 18062965B01

Matrícula do agente: 1072750

Data: 05/11/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro	X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira	X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira	X		
4	Coluna de direção	X		
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 4

Dimensão da monta: Média

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

***Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / MARCOPOLO/VOLARE W9 ON

Placa: NIH4893

Nome do agente: SUSANA

Nº BOAT: 18062965B01

Matrícula do agente: 1072750

Data: 05/11/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM*	NÃO**	NA***
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M		X	
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria.	M		X	
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
14	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M		X	
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi	M		X	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente

DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE POR SUSANA, MATRÍCULA 1072750, POLICIAL RODOVIÁRIO FEDERAL, EM 15/11/2018, CONFORME HORÁRIO OFICIAL DE BRASÍLIA, COM FUNDAMENTO NO § 2º DO ART. 10 DA MEDIDA PROVISÓRIA N° 2.200-2, DE 2001, NO ART. 6º DO DECRETO N° 8.539, DE 8 DE OUTUBRO DE 2015 E NA ALÍNEA B DO INCISO IV DO ART. 2º DA INSTRUÇÃO NORMATIVA N° 61-DG, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2015.

Assinatura
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

PRF

Item	Descrição do Item	Valor	SIM*	NÃO**	NA***
17	Região da carroceria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
18	Região do chassi termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

Dimensão da manta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Autenticação
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

PRF

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA



Acidente nº 18062965B01

502652

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 316 **KM:** 11,0 - Crescente

Município: TERESINA/PI

Data: 05/11/2018 **Hora:** 00:15

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

Policial responsável pelo atendimento: SUSANA, matrícula 1072750

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condicao da pista: Seca

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: **Acostamento:**

Canteiro central:

Condicao meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Plena Noite

NARRATIVA

APÓS LEVANTAMENTO REALIZADO NO LOCAL DO ACIDENTE, OCORRIDO NA BR 316, KM 10, MUNICÍPIO DE TERESINA/PI, DE ACORDO COM POSICIONAMENTO DOS VEÍCULOS SOBRE A VIA, DINÂMICA DO ACIDENTE, INFORMAMOS QUE V.01,ODY-1313, HONDA PRETA,TRANSITAVA PELA CONTRA MÃO DE DIREÇÃO, QUANDO COLIDIU FRONTALMENTE EM V.02, NIH-4893, ÔNIBUS MARCOPOLO PRATA, QUE SEGUIA EM SUA MÃO DE DIREÇÃO E AINDA PAROU NA TENTATIVA DE EVITAR A COLISÃO. SEGUNDO INFORMAÇÕES, O CONDUTOR DE V.01, SAIRÁ DE UMA FESTA, ONDE TERIA INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA, PORÉM ESTA INFORMAÇÃO NÃO PODE SER COMPROVADA DEVIDO O ENVOLVIDO TER SIDO LEVADO AO HOSPITAL COM FRATURAS NA FACE, O QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DO TESTE DE ETILOMETRO.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão frontal	

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	05/11/2018 00:15	05/11/2018 00:30

Bo CONFERIDO NO SITE DA PRF EM 04.02.19.



Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

Assinatura
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



PRF

IMAGENS PANORÂMICAS



SENIDO CRESCENTE



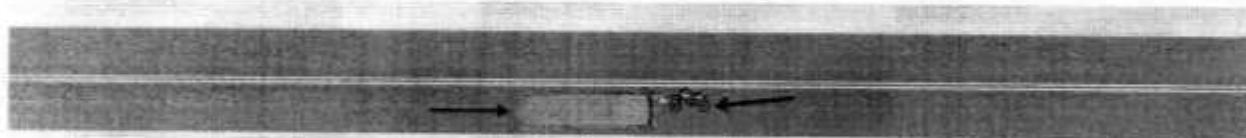
SENIDO DECRESCENTE



CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



TERESINA/PI

DE Merval Lobão/PI



Autenticação
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA



PRF

V1



ODY1313

Placa: ODY1313 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: HONDA/CG 125 FAN KS/2012

Renavam: 00458732940

Chassi: 9C2JC4110CR517582

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoría: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Transitando na contramão de direção

PROPRIETÁRIO

Nome: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA **CPF/CNPJ:** 040.509.181-88

Endereço: , TERESINA/PI

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Ausência de responsável

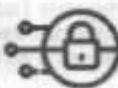
Tipo de receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: vip leilões



Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EEABF8E675414



Assinatura
eletrônica



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA



PRF

V1



TRACIONADOR



ODY1313



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



PRF

V2



NIH4893

Placa: NIH4893 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: MARCOPOLLO/VOLARE W9 ON/2010

Renavam: 00203859448

Chassi: 93PB40E3PAC033114

Tipo de Veículo: Ônibus

Espécie/categoria: Passageiro/Aluguel

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares: condutor parou veículo sobre a via para tentar evitar colisão

PROPRIETÁRIO

Nome: FRANCISTUR TRANSPORTADORA TURISTICA LTDA **CPF/CNPJ:** 05.746.617/0001-74

Endereço: , TERESINA/PI

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



PRF

V1



**IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE M
SILVA LAGES**

Placa do veículo: ODY1313

Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Envolvimento: Condutor/Proprietário

Nome: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE M SILVA LAGES

CPF: 040.509.181-88

Data de nascimento: 05/01/1992

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Ignorado

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AB **Data primeira habilitação:** 27/06/2018

Nº Registro: 07079115068 **UF:** PI

Data de vencimento da habilitação: 27/06/2019

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 99

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA SANTA JACINTA, 7624, VERDE LAR, TERESINA/PI

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: SAMU

Informações complementares: ferido encaminhado para HUT



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA



PRF

V2



ERON LIMA DE FIGUEIREDO JUNIOR

Placa do veículo: NIH4893

Marca/modelo: MARCOPOLLO/VOLARE W9 ON

Envolvimento: Condutor

Nome: ERON LIMA DE FIGUEIREDO JUNIOR

CPF: 960.315.573-04

Data de nascimento: 21/04/1980

Estado civil: Solteiro(a)

Sexo: Masculino **Estado físico:** Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AD **Data primeira habilitação:** 10/12/2003

Nº Registro: 03139386000 **UF:** PI **Data de vencimento da habilitação:** 14/01/2021

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 15

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

Condutor se recusou a realizar o teste: Não **Resultado:** 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: Q 01 C- 01 CONJUNTO PEDRA MOLE, 01, PEDRA MOLE, TERESINA/PI

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 FAN KS

Placa: ODY1313

Nome do agente: SUSANA

Nº BOAT: 18062965B01

Matrícula do agente: 1072750

Data: 05/11/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro	X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira	X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira	X		
4	Coluna de direção	X		
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 4

Dimensão da monta: Média

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

***Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / MARCOPOLO/VOLARE W9 ON

Placa: NIH4893

Nome do agente: SUSANA

Nº BOAT: 18062965B01

Matrícula do agente: 1072750

Data: 05/11/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM*	NÃO**	NA***
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M		X	
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria.	M		X	
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
14	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M		X	
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi	M		X	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente

DOCUMENTO ASSINADO ELETRONICAMENTE PELA AGENTE SEGURADORA SUSANA, MATRÍCULA 1072750, POLICIAL RODOVIÁRIO FEDERAL, EM 15/11/2018, NO COLETO DE PESO: 18062965B01, CONFORME HORÁRIO OFICIAL DE BRASÍLIA, COM FUNDAMENTO NO § 2º DO ART. 10 DA MEDIDA PROVISÓRIA N° 2.200-2, DE 2001, NO ART. 6º DO DECRETO N° 8.539, DE 8 DE OUTUBRO DE 2015 E NA ALÍNEA B DO INCISO IV DO ART. 2º DA INSTRUÇÃO NORMATIVA N° 61-DG, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2015.

Assinatura
eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

PRF

Item	Descrição do Item	Valor	SIM*	NÃO**	NA***
17	Região da carroceria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
18	Região do chassi termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Autenticação
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por SUSANA, matrícula 1072750, Policial Rodoviário Federal, em 15/11/2018, às 09:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18062965B01 e o número de controle 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	04050938188	Sebastião Daylison de Jesus de Melo Silveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF: 04050938188	
Profissão:	Eereço:	Número: 76221 Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado: Piauí CEP: 61041430
E-mail:	Tel.(DDD): (66) 94729391	

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0255

083

CONTA: 88525

9

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Ribeiro, 465 Loja C
Cidade: Teresina - PI - CEP: 64.002-420

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companionheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companionheiro(a), informar o nome completo: _____

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: 04/10/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	04050938188	Sebastião Daylison de Jesus de Melo Silveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF: 04050938188	
Profissão:	Eereço:	Número: 76221 Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado: Piauí CEP: 61041430
E-mail:	Tel.(DDD): (66) 94729391	

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0255

03

CONTA: 88525

9

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na 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 prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Ribeiro, 465 Loja C
Cidade: Teresina - PI - CEP: 64.002-420

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companionheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companionheiro(a), informar o nome completo: _____

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: 04/10/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sebastião Daylison de Jesus de Melo Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Kelly Leanne Oliveira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia 05/11/2018 foi socorrido pelo SAMU o paciente Iglebson Daylison de Jesus M Silva Lages, vítima de acidente de trânsito tendo sido removido pelo SAMU para o HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou no preenchimento da ficha registrando a data 04/11/18 ao invés de **05/11/2018** por se tratar de um **atendimento ocorrido por volta das 00h30min.**

Teresina, 21 de Janeiro de 2019.



Marilia Veloso Cantanhede
Marilia Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa do SAMU Teresina





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 632	02 Data do chamado 04 111 118	03 PRO (código) 2903	04 Saída do PA 00 30	05 Chegada ao local 00 40	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 01 10A	07 Chegada ao 1º hospital 01 115	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço BR 316 - Prox Balões Porto Alegre	11 Bairro	12 Município-UF TE - PJ	Código IBGE		
	13 Ponto de referência	05.01.92				
	14 Nome Iglebson Daylison de Jesus M Silve hages	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado				
	16 Idade 36	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 1 - Acidente de transporte 2 - Agressão física-espancamento 3 - Agressão física-FAF 4 - Agressão física-FAB 5 - Urgência psiquiátrica	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag Cinto de Segurança <input checked="" type="checkbox"/> Assento para crianças	DEPARTAMENTOS DPVA SINISTRO CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Acidente de Transporte	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	22 - Outros 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Exame Físico	23 Glasgow = 11	RESPOSTA VERBAL 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 98 Resp. PA TAX. Sat02 99	25 Local da lesão	
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 P脉 Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	29 Dor <input type="checkbox"/> 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10	ESCALA DE DOR DE 0 A 10		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	30 Fratura 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada	2 - Não 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Jelco 20 + Ringer 1000 ml Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HDT	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Não Removido
Observações Interdisciplinar	<p>Até viatura de colisão morte com ônibus (motociclista), com TCE, deixa em face, fermeira gravida ferida é levado.</p> <p>Horário 01 Hrs</p>					
	Dr. Eduardo Salmito Médico	Socorristas Médico AE/TE	Moires Alex Sandra	Enfermeiro Condutor	Isabel Quinto	CONFERE COM O ORIGINAL Marilia Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU



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

NEUTRO OK

BUJO OK

ORTO OK

CIR. GERAL

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NME? 05/11/18

Imp: 05/11/2018 01:18:35

(User: FLAVIA MENDES)

(Estação: RECEPCAO001)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE		Prontuário: 493296
Mãe:	SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES	Pai: FRANCISCO DAMASCENO LAGES
End. Resid.:	RUA SANTA BARBARA - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000	
Nascimento:	05/01/1992	Idade: 26a10m0d
Sexo:	Masculino	
Responsável:	IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA	
CPF:	040.509.181-88	
Profissão:	COMPUTADORA	
G. Instrução:	Não informado	
End. Local.:	- - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 692338	Data: 05/11/2018 01:15:59	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, sem capacete, desorientado; Armas cíereos pernas, com colar cervical (3) MV diminuído em base D, 8un RIA (2) BNF ZT 122 SS, abdome inofante, pele estéril (4) Glasgow = 14, apresenta sinal de Battle (2) lesão contusão em face em região nasal e zigomática)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

PA _____ mmHg	Pulso: _____	PR _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		PRESENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	
CID:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado TC de crânio, Rx de tórax, Rx de perna & Rx de punho E, TC de face, TC de coluna cervical, Rx de pele, Rx de joelho E

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	DATA SAÍDA: / /
	<input type="checkbox"/> A Pedido		HORAS: : _____
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> DESTINO: Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	Proced. Solicitado: _____
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	303040092
			CID Compatível: S068

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura - Profissional - BE

Dr. Edson Salmito
Assinatura: _____
Carimbo: _____

Prof. Solicitante
Internação: