


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.


Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa do SAMU Teresina





Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	632	04/11/18	2903	0030	0040
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	0104	0418			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	BR 316 - Prox Balsa Porto Alegre				
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
			1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	36	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 14	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4 Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 98 PA TAX Sat02 94	Diagrama do corpo humano com setas indicando a localização da lesão.		
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem Dor Leve Moderada Intensa	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	HUT	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
	Paciente vítima de acidente com ônibus (motocicleta), com TCE, lesão na face, fratura de fêmur e fratura de estômago.				
Responsável pela recepção		Socorristas		Enfermeiro	
Dr. Eduardo Salmito		Médico Moises		Isabel	
CRM 12345		AETE Alexsandra		Condutor Quinto	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

4 FEV 2019

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI

TERESINA-PI



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

NEOTON OK
BUW OR
ORTO OK
CIR. GERAL **SUS SUS**

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NOME? D
05/11/18

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

DADOS DO PACIENTE:

(User: FLAVIA MENDES)
(Estação: RECEPCAO01)

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	CNS: 704004858484551	Fone: 704004858484551
Profissão:	CPF: 040.509.181-88	RG: AFIA COMPUTADORIZADA
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Ignorado	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, sem capacete, desorientado;
A) Asas aéreas renuais, com collar cervical B) MV diminuído em base D, sem
RA C) BNF 2T RR SS, abdome inocente, pelve estável D) Glasgow = 14, apresenta
fractura de BNF E) Lesão contusa em face, em região nasal e zigomática

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

PA X mmHg Pulso: bpm Temp.:

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado TC de crânio, Rx de tórax, Rx de punho E, TC
de face, TC de coluna cervical, Rx de pelve, Rx de joelho E

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura Profissional - BE

Dr. Edson Salmito
Cirurgião Geral
CRM 155084

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: 000000088525-9

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: 000000088525-9

Nr. da Autenticação 8B7900ABF525B3D9

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

Itaucard

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



CCE PORTALIZA CI PI 7

IGLEBSON DAVILSON DE JESUS DE MELO SILVA

R STA JACINTA 7624

V LAR

64071-430 TERESINA - PI



721104230061700000010250 151018

Data de Portagem: 15/10/2018

Data de Vencimento: 27/10/2018

Data de Fechamento (entressdo): 14/10/2018

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 22/11/2018

00001026



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

Itaucard

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



CXCE PORTALIZA CI PI 7

IGLEBSON DAVILSON DE JESUS DE MELO SILVA

R STA JACINTA 7624

V LAR

64071-430 TERESINA - PI



72110423006617000000010250 151018

Data de Portagem: 15/10/2018

Data de Vencimento: 27/10/2018

Data de Fechamento (entressdo): 14/10/2018

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 22/11/2018

00001026



ÁGUAS DE **TERESINA**

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

TC 1.38
20190201:20481

MATRICULA

13428373-2

NATURA Nº

150356277

MÊS/ANO

2/2019

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

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
01/2018	Lido	03	18
02/2018	Lido	01	18
03/2018	Lido	01	18
04/2018	Lido	01	18
05/2018	Lido	01	18
06/2018	Lido	01	18
07/2018	Lido	01	18
08/2018	Lido	01	18
09/2018	Lido	01	18
10/2018	Lido	01	18
11/2018	Lido	01	18
12/2018	Lido	01	18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABULA

1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 03/01/2019 131
ATUAL 01/02/2019 134

CONSUMO MÊS M3

10

LEI 10.741/03

PS. PASS 6,94x1,65% = 0,77

COPIS 46,94x1,68% = 3,86

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0 10	2.8450 65
10 20	5.3800 65
20 999999	9.1500 65

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 28,45		
> Residencial-Normal	10,0 m3	28,45
VALOR DE ESGOTO - 18,49		
> Residencial-Normal	10,0 m3	18,49

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



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 Lei Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/96, Art. 6º, §3º, inciso II.

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 DISCONFORMIDADE	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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	744	740	4	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COL.	744	744	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 01/02/2019

HORA DA EMISSÃO: 12:04

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

ÁGUAS DE **TERESINA**

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

TC 1.38
20190201:20481

MATRICULA

13428373-2

NATURA Nº

150356277

MÊS/ANO

2/2019

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

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
01/2018	Lido	03	18
02/2018	Lido	01	18
03/2018	Lido	01	18
04/2018	Lido	01	18
05/2018	Lido	01	18
06/2018	Lido	01	18
07/2018	Lido	01	18
08/2018	Lido	01	18
09/2018	Lido	01	18
10/2018	Lido	01	18
11/2018	Lido	01	18
12/2018	Lido	01	18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABUA

1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 03/01/2019 131
ATUAL 01/02/2019 134

CONSUMO MÊS M3

10

LEI 10.741/03

PS. PASS 6,94x1,65% = 0,77

COPIS 46,94x1,68% = 3,96

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0 10	2.8450 65
10 20	5.3800 65
20 999999	9.1500 65

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 28,45		
> Residencial-Normal	10,0 m3	28,45
VALOR DE ESGOTO - 18,49		
> Residencial-Normal	10,0 m3	18,49

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



VENCIMENTO

13/02/2019

TOTAL A PAGAR

46,94

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM

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 Lei Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/96, Art. 6º, §3º, inciso II.

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 DISCONFORMIDADE	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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	744	740	4	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COL.	744	744	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 01/02/2019

HORA DA EMISSÃO: 12:04

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

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/biblioteca/web/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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 83950230300 / na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Iglebson Douglas de Jesus de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 04050938188 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Iglebson Douglas de Jesus de Melo Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 04050938188 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ ☒ Apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>Rua Vinte e Quatro de Junho</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Aracaju</u>	Estado <u>Alagoas</u>	CEP <u>54000902</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 994729593</u>

Aracaju de junho de 2019
Local e Data

Kelly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante

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/biblioteca/web/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 83950230300 / na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Iglebson Douglas de Jesus de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 04050938188 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Iglebson Douglas de Jesus de Melo Silva Lopes inscrito (a) no CPF sob o Nº 040509381 / 88 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ ☒ Apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>Rua Vinte e Quatro de Janeiro</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64000902</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 994729593</u>

Terminado de fevereiro de 2019
Local e Data

Kelly Moura 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.

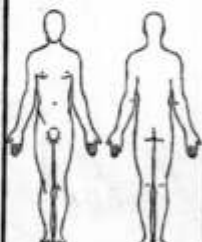



Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa do SAMU Teresina



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	632	04/11/18	2903	00130	0040
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
	0109	04118			
	10 Endereço	BR 316 - Prox Balsa Porto Alegre			
Dados do Paciente	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
		TE - PJ			
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	05.01.92			
	14 Nome	Jalebson Daylison de Jesus M Silva Hayes			15 Sexo
Acidente de Transporte	16 Idade	36			1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado			
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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			
	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Assistência	23 Glasgow = 14	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		26 Pupilas	
Hospital de Destino	27 Pulso Radial	28 Sangramento		29 Dor	
	30 Fratura	31 Procedimentos realizados		32 Hospital de Destino	
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada	34 Óbito		35 Responsável pela recepção	
	36 Observações Interdisciplinar				

DEPARTAMENTOS DE SINI
OPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICA
4 FEV 2019
CENTRO DE REGISTRO DE SINI
Teresina - PI
Fone: 64.002-470



Até vítima de colisão com ônibus (motocicleta), com TCE, em pé, ferimentos profundos no abdômen e membros inferiores.

Dr. Eduardo Salmito
Responsável pela recepção
Socorristas Médico Moises
Alexandra
Enfermeiro Izabel
Quinto
Condutor



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
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: 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".

1

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

NEOTOK
BUW DR
ORTO OK
CIR. GERAL **SUS SUS****BOLETIM DE ENTRADA - BE**NME 20
05/11/18

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

(User: FLAVIA MENDES)

(Estação: RECEPCAO01)

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 Fone:
Responsável: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA		CNS: 704004858484561
Profissão:		CPF: 040.509.181-88 RG: AFIA COMPUTADORIZADA
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Ignorado
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, sem capacete, desorientado;
Duas áreas perimais, com colar cervical B MV diminuído em base D, sin
RA CBNF 2T RR SS, abdome inocente, pele estável Glasgow = 14, apresenta
fratura de BATH C lesão contusa em face em região nasal e zigomática

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado TC de crânio, Rx de tórax, Rx de punho E, TC
de face, TC de coluna cervical, Rx de pelve, Rx de joelho E

ALTA: () Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido () Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
	DATA SAÍDA: / / HORA: : : () Internação na Unidade Proced. Solicitado: 303040092 CID Compatível: S068
DESTINO: () Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs () Família () IML () Anat. Patol.	Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura Profissional - BE

Dr. Edson Salmito
CRM 10.539



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

DOCUMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua...
Cidade-Norte CEP: 64.002-370
Teresina-PI

05/11/2018 01:18:35
(FLAVIA MENDES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

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 Fone: - -
Responsável: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA	CNS: 704004858484561	Documento: CPF: 040.509.181-88
Profissão:	E. Civil: Ignorado	
G. Instrução: Não informado		
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 692338	Data: 05/11/2018 01:15:59	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: 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. Glasgow 14	
Te de crânio: Fratura naso-etmoidal + frontal + Pneumoencefalo Frontal	
CD: tto conservador pl TCE	
Cabeceira elevada 30° / unidades clínicas - neurológicas pelo risco de fistula	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/_/_/_ : _:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

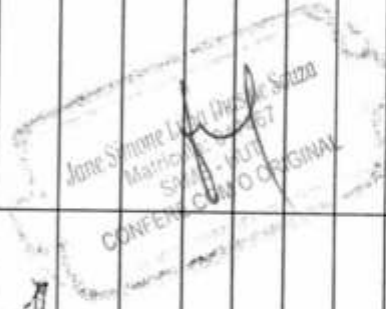
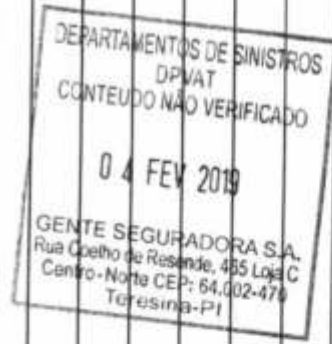
Data/Hora Solicitação: 05/11/18	ESPECIALISTA: Cirurgia Geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente vítima de acidente de moto, Ao EF = UA pericard, supnoro, estável, hnd; Abdomen flácido e mole	
Checo Rx de tórax e pelvis: Sem anomalias	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/_/_/_ : _:	
CD: hospitalizado para cirurgia geral	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



8ª PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO					
IGLESON DAYLSON DE DEUS DE MELO SILVA LAGE	49 3296	05/01/92	907	216	EXT					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE									
1.0.P.O.: FRATURA DE MANDÍBULA + NOE + ARCO ZIGOMÁTICO	BUCOMAXILO									
PREScrição MÉDICA	OBSERVAÇÕES									
DATA: 21 / 11 / 18 HORA: 07:14	HORÁRIO									
1) Dieta líquida pastosa	9h: pt de alto fluxo -									
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h	Pitoloza S. C. Bezerra									
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h	Pitoloza S. C. Bezerra									
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h	Pitoloza S. C. Bezerra									
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h	Pitoloza S. C. Bezerra									
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h	Pitoloza S. C. Bezerra									
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h	Pitoloza S. C. Bezerra									
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia	Pitoloza S. C. Bezerra									
9) SSVV + CCGG	Pitoloza S. C. Bezerra									
10) Óleo mineral 15ml, AD V.O 8/8h	Pitoloza S. C. Bezerra									
Dr. José Carlos de O. G. Filho										
Cirurgião Bucomaxilofacial										
CRO-PI-2200										



**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 d
Internação

4-CNES

5828856

22703

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

7-CNS: **704004858484561**

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

9-Sexo: **Masculino**

6 - Prontuário: **493296**

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

CPF: **040.509.181-88**

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

12-Fone: - -

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

14-Fone: - -

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 FÊMUR

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
Ortopedia e Traumatologia
CPF: 386.881.313-68
CRM: 1990 Med. Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Placa de 4,5 mm

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CEP
RUA COELHO DE RESSENDE, 466 - LOJA C
CENTRO NORTE CEP: 64.002-470
TERESINA-PI

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

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

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

03/21/18
Márcio
Médico Anest. - FMS - Teresina
CRM: 123456789
Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(KARLA BATISTA)

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/11/18

NOME DO PACIENTE: <u>Ioleilson Daylison de Jesus Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº <u>493296</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Distúrbio da função renal</u>	CIRURGIA: <u>Distúrbio da função renal</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Moura</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Joel</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Ryann</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ceray</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>2h</u>	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.15 e 6.5</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE <u>26</u>	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.	/		<u>crepom</u>		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletrodo - 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Cur - 02</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Doado 4.8 - 01</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>	04						
FITA UMBILICAL							
VICRYL <u>01-0</u>	02			ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:			

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

IGLEBSON

Diagnóstico pré-operatório

Lesão Mediana / Lesão

Operação - Tipo

Lesão Mediana / Lesão

Cirurgião

Dr. Carlos

2º Assistente

Moisés R.

1º Assistente

CRACAS

Instrumentador(a)

Anestesiador

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Jane Simão
Márcia
SAE - HUT
CONFERE COM ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Lesão Mediana Lesão Mediana (E) - Lesão Mediana Lesão Mediana
2. Lesão Mediana Lesão Mediana (E) - Lesão Mediana Lesão Mediana
3. Lesão Mediana Lesão Mediana (E) - Lesão Mediana Lesão Mediana
4. Lesão Mediana Lesão Mediana (E) - Lesão Mediana Lesão Mediana

DR. JOEL CAMPOS NEVO
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 1.930 / CPF: 386.861.342-68

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Aglaebon 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 () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Art. fémur CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>114 x 52</u>		<u>116 x 70</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>82</u>		<u>77</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>		<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	-		-
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	-		-
NOME/ MATRÍCULA	<u>Anuniação</u>		<u>Anuniação</u>

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 04 FEV 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Celso de Rosende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 54.002-070
 Teresina-PI

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2
Movimenta dois membros	1	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1
Tem apnéia	0	0
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2
Desperta, se solicitado	1	1
Não responde	0	0
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		
ESCALA DE DOR ALTA		
TOTAL	<u>09</u>	<u>10</u>

ASS. KLÊNIA FREIRE PARENTES
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

Laiane Nunes de S. Almeida
 Enfermeira
 COREN-PI: 359 426

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
_____ mL	_____ hs	_____ mL	_____ hs	_____ mL	_____ mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
12:20 Admitido no SRPA, em POC de Art. fémur. Consciente, orientado. Espm em AA. HV piva.

KLÊNIA FREIRE PARENTES
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

Laiane Nunes de S. Almeida
 Enfermeira
 COREN PI 359 426

RAIO-X REALIZADO
 DATA 14 / 11 / 2018
 Técnico: _____

JOSE ALMEIDA
 MATRÍCULA 14501
 S. M. - H. 1
 CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA 13:30h

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA Dr. Patrícia Meneses
 Médico Anestesiologista
 CRM-PI: 6112

CAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

TO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Leibson Daylison de Jesus de Melo IDADE anos DATA 20/11 /2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 17h30 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Exatoma de mandíbula CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS

ADMISSÃO

HORÁRIO

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

SATURAÇÃO DE O₂ (%)

TEMPERATURA AXILAR (°C)

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/ MATRÍCULA

ÍNDICE DE ALDRETT-KROLIK

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

Movimenta dois membros

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

Tem apnéia

CIRCULAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

PA em 20-49% do nível anestésico

PA em 50% do nível pré-anestésico

CONSCIÊNCIA

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

Desperta, se solicitado

Não responde

SATURAÇÃO O₂É capaz de manter saturação de O₂ maior de 92% respirando em ar ambienteNecessita de O₂ para manter saturação maior que 90%Apresenta saturação de O₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O₂

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

09

10

ASS.

Maria Jardelma de Oliveira
Enfermeira
COREV-PI 484.168

maio

SONDA VESICAL

() DRENO DE SUÇÃO

() DRENO TORACICO

() DVE

() COLOSTOMIA

SONDA () NASOG () NASOE

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POE de fratura de mandíbula; segue calmo; ar ambiente.

Maria Jardelma de Oliveira
Enfermeira
COREV-PI 484.168

Jane Simone Lima Dantas Souza
Márcia...
SARA...
CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

216-
Hugo
ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Agilhon Baylison de Jesus de Melo Silva Haag Sala: 08
Procedimento: Natias Cirurgião: Natias Alergia: Data: 20.11.18
Observações:

Agentes		Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1	Propofol 250mg													
2	Fentanyl 150mg													
3	Succinilcolina 60mg													
4	Atorvast 75mg													
5	Diprônio 2g													
6	Dexametasona 20mg													
7	Ondansetron 4mg													
8	Timoxigona 20mg													
9	Amorfinol 4mg													
10	Morfina 5mg													
11														
12														
13														
Oxigênio														
AR/N2O														
Volatil <u>Suvo 2,5</u>		%												
Acesso Vascular														
o Periférico														
Cat. Venoso nº <u>20G</u>														
o Dificuldade aces. venoso														
Gastos <u>solu</u> cateteres														
o Central														
Via Aérea														
o Cateter nasal														
<input checked="" type="radio"/> IOT nº <u>7.5mm</u>														
o LMA nº														
Monitorização:														
<input checked="" type="radio"/> Cardioscopia														
<input checked="" type="radio"/> PANI														
<input checked="" type="radio"/> Oxímetro de pulso														
<input checked="" type="radio"/> ETCO2														
o Outros														
Anestesia:														
o Geral Venosa														
<input checked="" type="radio"/> Geral Balanceada														
o Raquianestesia														
o Peridural														
o Bloqueio Periférico														
o Outros														
Decúbito: <u>Dorsal</u>														
SP02 (%)			100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)			40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Aces. Venoso														
Aces. Venoso														
Diurese														
Perdas Sanguíneas														

Descrição da Anestesia:

Jane Simão de Melo
Márcia de Melo
SAME - HUP
CORRIGIR COM O ORIGINAL

Anestesiologista



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20 / 11 / 2018

NOME DO PACIENTE: Isidoreon baylissom de Jesus de Melo Silva Baze PRONTUÁRIO Nº: 493296

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA:

ANESTESIA: geral

Nº DA SALA: 08

CIRURGIÃO: Natius

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIA: sem

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Dayana / Joemilia

CPF Nº:

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

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 Nº 7,5 6,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 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 Nº	UNID.	/		SERINGA 3CC	UNID.	/	
FORMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL 14.12	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	/		Orepon	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródos	UNID.	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escovas	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: <u>Geraciulva Ana Karla</u>			



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Sybilson Daylison de Jesus de Melo Silva Braga</i>			
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura do antebraço direito + Narij + manobra</i>			
Operação - Tipo <i>Ossificante da fratura de mandíbula + Z-plastia + Narij</i>			
Cirurgião <i>Matias</i>		1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Sayana</i>	Anestesista <i>João</i>	Anestesia <i>geral</i>	
Anestésico(a)			
Data da Operação <i>20.11.2018</i>		Início <i>09h</i>	Fim <i>13,40h</i>
Diagnóstico Pós-operatório <i>O M. m. m.</i>		<i>0101020300 - 5026 ↳ placas 02 0101020224 - 5027 ↳ placas 06 ↳ 3,240 0101020704 - 5029 ↳ 02 placas ↳ 3,320</i>	
Relatório Imediato do Patologista		<div>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</div>	
Acidente Durante a Operação		<div>JOSÉ ANTONIO DE SOUZA Médico - HUP SAB - HUP CONFERE COM O ORIGINAL</div>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Anti-ssac da face + colocação do curativo +
incisão extra-oral da fratura de mandíbula +
redução do mini-Max. Placas e parafusos +
incisão extra-oral da fratura do antebraço direito +
diálise + por pleostomia com mini-placa 06
+ parafusos + incisão intra-oral +
fechamento mucopérmico + drenagem de
líquido orbita + sutura + curativo.*

M. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo-Faci
CRO-PI 770



221386

Impressão: 20/11/2018 11:29:47

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 151392

AIH: 2218101844772



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

209203062110001

NOME DO PACIENTE

IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE

NASCIMENTO

05/01/1992

SEXO

M

PRONTUÁRIO

493296

DOCUMENTO CPF

86994605328

NOME DA MÃE

SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES

RESPONSÁVEL

IGLEBSON DAYLISON

CEP

64000000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

BAIRRO

VILA SANTA BARBARA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

NUMERO / LOTE

000

UF

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 FACE EM REGIÃO NASAL E ZIGOMÁTICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CLÍNICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO

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 CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

CLÍNICA GERAL

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

MATIAS ARAUJO DA SILVA
CPF: 09685049300

CARÁTER

URGENCIA

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 VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

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: Masculino	Nascimento: 05/01/1992	Idade: 26a10m0d	Estado Civil: Ignorado	Profissão:
Internação		Alta		Permanência
Data 05/11/2018	Hora 06:11	Data 21/11/18	Hora :	

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod. CID:

S	0	2	0
S	0	2	0

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

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA:

Data:

Tipo:

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta:

() Curado (x) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

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



REQUISIÇÃO DE PARECER

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

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente motociclístico, com fratura fechada A3, fêmur esquerdo + FCC em pelve. fez TC de quadril dia 05/11
solicito conduta e avaliação.

DATA: 08/11/18



Dra. Marisa Dantas
Esp. Ortopedia e Traumatologia
CRM 4024 - PI

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Manter internado
1) Intervenção ortopédica
no c/ fratura fêmur

Dr. ...
C. ...
C. ...
...
...
...



DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

209203062110001

NOME DO PACIENTE

IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

05/01/1992

M

493296

DOCUMENTO CPF

86994605328

NOME DA MÃE

SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES

RESPONSÁVEL

IGLEBSON DAYLISON

CEP

64000000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

000

BAIRRO

VILA SANTA BARBARA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

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 FACE EM REGIÃO NASAL E ZIGOMÁTICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CLÍNICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO

LEITO/CLÍNICA

CLÍNICA 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

PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO

CPF: 37320645300

CRM:

DATA ANÁLISE: 05/11/2018 06:27:10

CPF:

CRM:

DATA ANÁLISE:

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.




Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa do SAMU Teresina



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	632	04/11/18	2903	00130	0040
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
	0109	04118			
	10 Endereço	BR 316 - Prox Balsa Porto Alegre			
Dados do Paciente	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
		TE - PJ			
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	05.01.92			
	14 Nome	Jalebson Daylison de Jesus M Silva Hayes			15 Sexo
Acidente de Transporte	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999			17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	36				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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			
	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Assistência	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinturão de segurança 4 - Assento para criança	
	23 Glasgow = 14	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Hospital de Destino	ABERTURA OCULAR		5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais
	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		Pulso 98 Resp. 18 PA 100/60 TAX 94 SatO2 94
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	
Observações Interdisciplinar	30 Fratura		31 Procedimentos realizados		
	1 - Sim 2 - Não	3 - Suspeito	1 - Sim 2 - Não 1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Oxigênio 5 - Colar cervical 6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Curativos 8 - Kred 9 - Assistência obstétrica		
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		
	HUT		1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito		
Observações Interdisciplinar	35 Observações		36 Observações		
	Oite vítima de colisão com ônibus (motocicleta), com TCE, em estado de choque, ferimentos profundos.		1 - Sim 2 - Não 3 - Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	Responsável pela recepção		Socorristas		
	Dr. Eduardo Salmito		Médico Moises AE/TE Alexandra		
Observações Interdisciplinar	Enfermeiro		Condutor		
	Isabel		Quinto		



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 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

NEOTOK
BUW DR
ORTO OK
CIR. GERAL **SUS SUS****BOLETIM DE ENTRADA - BE**NME 20
05/11/18

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

(User: FLAVIA MENDES)

(Estação: RECEPCAO01)

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 Fone:
Responsável: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA		CNS: 704004858484561
Profissão:		CPF: 040.509.181-88 RG: AFIA COMPUTADORIZADA
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Ignorado
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, sem capacete, desorientado;
Duas áreas perimais, com colar cervical B MV diminuído em base D, sin
RA CBNF 2T RR SS, abdome inocente, pele estável Glasgow = 14, apresenta
fratura de BATH C lesão contusa em face em região nasal e zigomática

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado TC de crânio, Rx de tórax, Rx de punho E, TC
de face, TC de coluna cervical, Rx de pelve, Rx de joelho E

ALTA: () Melhorado () Administrativa () Curado () Por Indisciplina () Inalterado () Por Evasão () A Pedido		() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
DESTINO: () Até 24 Hs () Família () De 24 a 48 Hs () IML () Após 48 Hs () Anat. Patol.		DATA SAÍDA: / / HORA: : () Internação na Unidade Proced. Solicitado: 303040092 CID Compatível: S068
ÓBITO:		Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura Profissional - BE

Dr. Edson Salmito
CRM 10.539



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

DOCUMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua...
Cidade-Norte CEP: 64.002-370
Teresina-PI
05/11/2018 01:18:35
(FLAVIA MENDES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

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 Fone: - -
Responsável: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA	CNS: 704004858484561	Documento: CPF: 040.509.181-88
Profissão:	E.Civil: Ignorado	
G. Instrução: Não informado		
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 692338	Data: 05/11/2018 01:15:59	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: 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. Glasgow 14	
Te de crânio: Fratura naso-etmoidal + frontal + Pneumoencefalo Frontal	
CD: tto conservador pl TCE	
Cabeceira elevada 30° / unidades clínicas - neurológicas pelo risco de fistula	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/_/_/ _:	Carimbo/Assinatura Solicitante
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

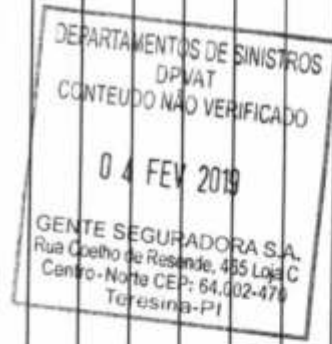
Data/Hora Solicitação: 05/11/18	ESPECIALISTA: Cirurgia Geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente vítima de acidente de moto, Ao EF = UA pericardio, supracardio, estável, hnd; Abdomen flácido e mole	
Checo Rx de tórax e pelvis: Sem anomalias detectadas	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/_/_/ _:	Carimbo/Assinatura Solicitante
Cd: hospitalizado para cirurgia geral	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



8ª PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO					
IGLESON DAYLSON DE DEUS DE MELO SILVA LAGE	49 3296	05/01/92	907	216	EXT					
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE									
1.0.P.O.: FRATURA DE MANDÍBULA + NOE + ARCO ZIGOMÁTICO	BUCOMAXILO									
PREScrição MÉDICA	OBSERVAÇÕES									
DATA: 21 / 11 / 18 HORA: 07:14	HORÁRIO									
1) Dieta líquida pastosa	9h: pt de alto fluxo -									
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h	Pitoloza S. C. Bezerra									
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h	Pitoloza S. C. Bezerra									
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h	Pitoloza S. C. Bezerra									
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h	Pitoloza S. C. Bezerra									
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h	Pitoloza S. C. Bezerra									
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h	Pitoloza S. C. Bezerra									
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia	Pitoloza S. C. Bezerra									
9) SSVV + CCGG	Pitoloza S. C. Bezerra									
10) Óleo mineral 15ml, AD V.O 8/8h	Pitoloza S. C. Bezerra									
Dr. José Carlos de O. G. Filho										
Cirurgião Bucomaxilofacial										
CRO-PI-2200										



**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 de
Internação

4-CNES

5828856

22703

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

7-CNS: **704004858484561**

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

9-Sexo: **Masculino**

6 - Prontuário: **493296**

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

CPF: **040.509.181-88**

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

12-Fone: - -

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

14-Fone: - -

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 FÊMUR

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
Ortopedia e Traumatologia
CPF: 386.881.313-68
CRM: 1990 Med. Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Placa de 4,5 mm

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CEP
COMPENSAÇÃO SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

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

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

03/21/18
Márcio
Médico Anest. - FMS - Teresina
CRM: 123456789
Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(KARLA BATISTA)

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/11/18

NOME DO PACIENTE: <u>Isabelson Daylison de Jesus Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº <u>493296</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Distúrbio da função renal</u>	CIRURGIA: <u>Distúrbio da função renal</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Moura</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Joel</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Ryann</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ceray</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>2h</u>	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.15 e 6.5</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE <u>26</u>	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.	/		<u>crepom</u>		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletrodo - 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Cur - 02</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Pacote 4.8 - 01</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>	04						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>01-0</u>	02			CIRCULANTE:			
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

IGLEBSON

Diagnóstico pré-operatório

Lesão Mediana Perna

Operação - Tipo

LAP. Perna / LAXADURA OSTE

Cirurgião

DR. CARLOS

2º Assistente

Moisés R.

1º Assistente

CARLOS

Instrumentador(a)

Anestesiador

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Jane Simão de Sousa
Márcia de Sousa
SAE - HUT
CONFERE COM ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. com Agulha Curva de Noyes (B) - 4 pontos de sutura
2. com Agulha Curva (B) - 4 pontos de sutura
3. com Lâmina de Noyes (B) - 4 pontos de sutura
4. com S.A.

DR. JOEL CAMPOS NEVO
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 1.930 / CPF: 386.861.342-68

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Aglaebon 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 () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Art. fémur CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>114 x 52</u>		<u>116 x 70</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>82</u>		<u>77</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>		<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	-		-
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	-		-
NOME/ MATRÍCULA	<u>Anuniação</u>		<u>Anuniação</u>

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 04 FEV 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Celso de Rosende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 54.002-070
 Teresina-PI

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2
Movimenta dois membros	1	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1
Tem apnéia	0	0
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2
Desperta, se solicitado	1	1
Não responde	0	0
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		
ESCALA DE DOR ALTA		
TOTAL	<u>09</u>	<u>10</u>

ASS. Cláudia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

Laiane Nunes de S.
 Enfermeira
 COREN-PI: 359 426

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
_____ mL	_____ mL	_____ mL	_____ mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
12:20 Admitido no SRPA, em POC de Art. fémur. Consciente, orientado.
Expirado em AA. HV piva.

Cláudia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

Laiane Nunes de S.
 Enfermeira
 COREN PI 359 426

RAIO-X REALIZADO
 DATA 14 / 11 / 2018
 Técnico: _____

JOSE ANTONIO DE ALMEIDA
 Médico Anestesiologista
 CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA 13:30h

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

CAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

TO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Leibson Daylison de Jesus de Melo IDADE anos DATA 20/11 /2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 17h30 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Exatoma de mandíbula CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>142/58</u>	<u>125/60</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>89</u>	<u>95</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>99</u>	<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Solite</u>	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-100
Teresina-PI

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS	MOVIMENTA DOIS MEMBROS	É INCAPAZ DE MOVER OS MEMBROS VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDO	É CAPAZ DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU DE TOSSIR LIVREMENTE	APRESENTA DISPNEIA OU LIMITAÇÃO DA RESPIRAÇÃO	TEM APNÉIA	PA EM 20% DO NÍVEL PRÉ-ANESTÉSICO	PA EM 20-49% DO NÍVEL ANESTÉSICO	PA EM 50% DO NÍVEL PRÉ-ANESTÉSICO	ESTA LÚCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	DESPERTA, SE SOLICITADO	NÃO RESPONDE	É CAPAZ DE MANTER SATURAÇÃO DE O ₂ MAIOR DE 92% RESPIRANDO EM AR AMBIENTE	NECESSITA DE O ₂ PARA MANTER SATURAÇÃO MAIOR QUE 90%	APRESENTA SATURAÇÃO DE O ₂ MENOR QUE 90%, MESMO COM SUPLEMENTO DE O ₂	TOTAL	ASS.
ADMISSÃO	2	2	1	2	1	0	2	1	0	2	2	1	2	1	0	09	Maria Jardelma de Oliveira
SAÍDA	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	0	10	maimo

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



SONDA VESICAL

() DRENO DE SUÇÃO

() DRENO TORACICO

() DVE

() COLOSTOMIA

SONDA () NASOG () NASOE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POE de sutura de mandíbula; segue calmo; ar ambiente.

Maria Jardelma de Oliveira
Enfermeira
COREV-PI 484.168

Jane Simone Lima Dantas Souza
Márcia Lúcia de Sá
SANDRA LUIZ
CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

216-rebra
HORÁRIO 17h30 ANESTESIOLOGISTA 5124

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Sgleiton Baylison de Jesus de Melo Silva Haag Sala: 08
Procedimento: Natário Cirurgião: Natário Alergia: Data: 20.11.18
Observações:

Agentes		Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1	Propofol 250mg													
2	Fentanyl 150mg													
3	Suxamiliônio 60mg													
4	Atrovia 75mg													
5	Diprônio 2g													
6	Dexametasona 20mg													
7	Ondansetrona 4mg													
8	Timoxigona 20mg													
9	Amorfenil 9mg													
10	Morfina 5mg													
11														
12														
13														
Oxigênio														
AR/N2O														
Volatil <u>Suvo 2,5</u>		%												
Acesso Vascular														
o Periférico														
Cat. Venoso nº <u>20G</u>														
o Dificuldade aces. venoso														
Gastos <u>Suvo</u> cateteres														
o Central														
Via Aérea														
o Cateter nasal														
<input checked="" type="radio"/> IOT nº <u>7.5mm</u>														
o LMA nº														
Monitorização:														
<input checked="" type="radio"/> Cardioscopia														
<input checked="" type="radio"/> PANI														
<input checked="" type="radio"/> Oxímetro de pulso														
<input checked="" type="radio"/> ETCO2														
o Outros														
Anestesia:														
o Geral Venosa														
<input checked="" type="radio"/> Geral Balanceada														
o Raqui-anestesia														
o Peridural														
o Bloqueio Periférico														
o Outros														
Decúbito: <u>Dorsal</u>														
SP02 (%)			100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)			40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Aces. Venoso														
Aces. Venoso														
Diurese														
Perdas Sanguíneas														

Descrição da Anestesia:

Jone Simão de Melo Haag
Médico Anestesiologista
MATE - RMT
CONFIRME COM O ORIGINAL

Anestesiologista



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20 / 11 / 2018

NOME DO PACIENTE: Isidoreon baylissom de Jesus de Melo Silva Baze PRONTUÁRIO Nº: 493296

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA:

ANESTESIA: geral

Nº DA SALA: 08

CIRURGIÃO: Natius

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIA: Am: spao

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Dayana / Joemilia

CPF Nº:

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

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 Nº 7,5 6,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 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 Nº	UNID.	/		SERINGA 3CC	UNID.	/	
FORMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL 14.12	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	/		Orepon	UNIB	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródos	UNIB	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escovas	UNIB	05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 5.0	UNIB	04					
FITA UMBILICAL							
VICRYL 3.0	UNIB	07		ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Geraciulva Ana Karla</u>			



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Sybilson Daylison de Jesus de Melo Silva Braga</i>			
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura do antebraço direito + Narij + Manubrio</i>			
Operação - Tipo <i>Ossificante da fratura de manubrio + Z-plastia + Narij</i>			
Cirurgião <i>Matias</i>		1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Sayana</i>	Anestesista <i>João</i>	Anestesia <i>geral</i>	
Anestésico(a)			
Data da Operação <i>20.11.2018</i>		Início <i>09h</i>	Fim <i>13,40h</i>
Diagnóstico Pós-operatório <i>O M. m. m.</i>		<i>0101020300 - 5026 ↳ placas 02 0101020224 - 5027 ↳ placas 06 ↳ 3,240 0101020704 - 5029 ↳ 02 placas ↳ 3,320</i>	
Relatório Imediato do Patologista		<div>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</div>	
Acidente Durante a Operação		<div>JOSÉ ANTONIO DE SOUZA Médico - HUP SAB - HUP CONFERE COM O ORIGINAL</div>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Antissepsia da pele + colocação do curativo + incisão extra-oral da fratura de manubrio + redução do mini-Max. Placas e parafusos + incisão extra-oral da fratura do antebraço direito + redução + por plasmolítico com mini-placa 06 + parafusos com parafusos + incisão intra-oral + fechamento mucopérmico + drenagem de ferida aberta + sutura + curativo.

M. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo-Faci
CRO-PI 770



221386

Impressão: 20/11/2018 11:29:47

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 151392

AIH: 2218101844772



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

209203062110001

NOME DO PACIENTE

IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE

NASCIMENTO

05/01/1992

SEXO

M

PRONTUÁRIO

493296

DOCUMENTO CPF

86994605328

NOME DA MÃE

SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES

RESPONSÁVEL

IGLEBSON DAYLISON

CEP

64000000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

BAIRRO

VILA SANTA BARBARA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

NUMERO / LOTE

000

UF

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 FACE EM REGIÃO NASAL E ZIGOMÁTICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CLÍNICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO

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 CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

CLÍNICA GERAL

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

MATIAS ARAUJO DA SILVA
CPF: 09685049300

CRM:

CARÁTER

URGENCIA

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 VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

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: Masculino	Nascimento: 05/01/1992	Idade: 26a10m0d	Estado Civil: Ignorado	Profissão:
Internação		Alta		Permanência
Data 05/11/2018	Hora 06:11	Data 21/11/18	Hora :	

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod. CID:

S	0	2	0
S	0	2	0

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

Intenção múltipla de fha

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

sem mais fha



MEDICAÇÕES:

CIRURGIA:

Data:

20/11/18

Tipo:

Cirurgia de fha

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Complementar HV.

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:



Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

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

REQUISIÇÃO DE PARECER

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

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente motociclístico, com fratura fechada A3, fêmur esquerdo + FCC em pelve. fez TC de quadril dia 05/11
solicito conduta e avaliação.

DATA: 08/11/18



Dra. Marisa Dantas
Esp. Ortopedia e Traumatologia
CRM 4024 - PI

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Manter internado
1) Intervenção ortopédica
no c/ fratura fêmur

Dr. ...
C...
C...



DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

209203062110001

NOME DO PACIENTE

IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGE

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

05/01/1992

M

493296

DOCUMENTO CPF

86994605328

NOME DA MÃE

SILVANA PINHEIRO DE MELO SILVA LAGES

RESPONSÁVEL

IGLEBSON DAYLISON

CEP

64000000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

000

BAIRRO

VILA SANTA BARBARA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

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 FACE EM REGIÃO NASAL E ZIGOMÁTICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CLÍNICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO

LEITO/CLÍNICA

CLÍNICA 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

PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO

CPF: 37320645300

CRM:

DATA ANÁLISE: 05/11/2018 06:27:10

CPF:

CRM:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



C.O.B

CLINICA 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 OSTEOSINTESE DE FRAT. DO FEMUR E
FEITO OSTEOSINTESE DE FRT MULTIPLAS DE FACE

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

TC = 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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

28 MAR 2019

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

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
FE-07-8054

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI

C.O.B

CLINICA 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 OSTEOSINTESE DE FRAT. DO FEMUR E
FEITO OSTEOSINTESE DE FRT MULTIPLAS DE FACE

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

TC = 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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

28 MAR 2019

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

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
FE-07-8054

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI

C.O.B

CLINICA 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 OSTEOSINTESE DE FRAT. DO FEMUR E
FEITO OSTEOSINTESE DE FRT MULTIPLAS DE FACE

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

TC = 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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2019

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

28 MAR 2019

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

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
FE-07-8054

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEB 2019

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 FEB 2019

2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0601401

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 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 X 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0601401

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 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 X 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI
839.502.803-00 ASSINATURA DO DIRETOR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PI Nº 013227684577
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 00458732940
CDS - MANUAL 2018
RUBRIC: 2018

2513
0601
1605
7500
1605
2110
2076
0792
1605
1605
1510
PLACANT/UF
04050918188
9C2J0C4110CR517582
CLASS
ODY-1313
PUCU
CONDIÇÃO

PAS/MOTOCICLETA/VEICULO

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

02P/01240C

CATEGORIA PARTICU

PRETA

COPIA ÚNICA

VENIC. COPIA ÚNICA

VENIC. COPIA ÚNICA

PAIXA L.PVA

PARCELAMENTO / COTAS

1º 2º 3º PAGO

PROJ. TERMO DE PAGAMENTO

SEGURO

SEGURO OBRIGATORIO

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICOES

CONSERVACOES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
MAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA

LOCAL

23/03/2018

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

PI Nº 013227684577 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1304

VIA 1 04050918188
CPF / CNPJ

BEVAVAN

00458732940

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2012

09

9C2J0C4110CR517582

PRÊMIO TARIFARIO

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

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

CHPJ 09.245.614/0001-44

23/03/2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PI Nº 013227684577
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 00458732940
CDS - MANUAL 2018
RUBRIC: 2018

2513
0601
1605
7500
1605
2110
2076
0792
1605
1605
1510
PLACANT/UF
04050918188
9C2J0C4110CR517582
CLASS
ODY-1313
PUCU
CONDIÇÃO

PAS/MOTOCICLA/VEICULO

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

02P/01240C

CATEGORIA PARTICU

PRETA

COPIA ÚNICA

VENO. COPIA ÚNICA

VENO. COPIA ÚNICA

PAIXA L.PVA.

PARCELAMENTO / COTAS

1º 2º 3º

PAIXA L.PVA.

PARCELAMENTO / COTAS

PAIXA L.PVA.

PAIXA L.PVA.

PARCELAMENTO / COTAS

PAIXA L.PVA.

PAIXA L.PVA.

PARCELAMENTO / COTAS

PAIXA L.PVA.

PAIXA L.PVA.

PARCELAMENTO / COTAS

PAIXA L.PVA.

PAIXA L.PVA.

PARCELAMENTO / COTAS

PAIXA L.PVA.

23/03/2018

PI Nº 013227684577 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 04050918188

CPF / CNPJ

ODY-1313

00458732940

HONDA/CG 125 FAN KS

2012

09

9C2J0C4110CR517582

PRÊMIO TARIFARIO

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.614/0001-44

23/03/2018

2012

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 FÊMUR 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 0-30º), EXTENSÃO (ADM 0-20º), ABDUÇÃO (ADM 0-30º) E ADUÇÃO (ADM 0-10º) DO QUADRIL ESQUERDO. DIMINUIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO (ADM EM 40º) 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?

[☒] 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)?

[☒] 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
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

% do dano: (X) 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 CRANIO-FACIAIS. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL, HOUE 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 M. 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 FÊMUR 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 0-30º), EXTENSÃO (ADM 0-20º), ABDUÇÃO (ADM 0-30º) E ADUÇÃO (ADM 0-10º) DO QUADRIL ESQUERDO. DIMINUIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO (ADM EM 40º) 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
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

% do dano: (X) 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 CRANIO-FACIAIS. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL, HOUE 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 M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Iglebson Daylison de Jesus de M. Silva Loures

CPF: 040.509.181-88

Sinistro: 31901096244



Eu, umho atrevez deste conte para
comunicar que estou desempregado, não
estou trabalhando porque ninguém quer
me empregar com a situação não,
sinto choro, não to exagando direito,
sinto muita dor de cabeça. Então estou
pedindo que marquem minha perícia
para ser minha avaliada.

Assinado e Assinado

Iglebson Daylison de J. de M. A. Loures



Iglebson Daylison de Jesus de M. Silva Loures

CPF: 040.509.181-88

Sinistro: 31901096244



Eu, umho atrevez deste conte para
comunicar que estou desempregado, não
estou trabalhando porque ninguém quer
me empregar com a situação não,
sinto choro, não to exagando direito,
sinto muita dor de cabeça. Então estou
pedindo que marquem minha perícia
para ser minha avaliada.

Assinado e Assinado

Iglebson Daylison de J. de M. A. Loures



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 MÚLTIPLAS NA FACE (MANDÍBULA E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO). FRATURA DO FÊMUR 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 crânio 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 CRÂNIO-FACIAIS. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL, HOUE 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 MÚLTIPLAS NA FACE (MANDÍBULA E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO). FRATURA DO FÊMUR 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, HOUE 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 MÚLTIPLAS NA FACE (MANDÍBULA E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO). FRATURA DO FÊMUR 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 crânio 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 CRÂNIO-FACIAIS. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL, HOUE 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 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 FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACAS NA FACE / PLACA E PARAFUSOS NO FÊMUR) 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 Borges
RG: 3098362 Orgão Emissor: SSP- CPF: 04050918188
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado Profissão: Bombeiro Militar
Endereço: Rua Santa Jacinta Nº 07624
Bairro: _____ Cep: 64071430 Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 994729591 (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: Keylly mouna de Oliveira
RG: 2212129 Orgão Emissor: SSP-MA CPF: 83950230300
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteira Profissão: Corretora de Seguros
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 referente à:

Vítima: Iglebson Daylison de Jesus de Melo Silva Borges
CPF: 040509181-88

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DAMS ☐ Morte

Teresina, 22 de Janeiro de 2019

Local e data



Iglebson Daylison de Jesus de Melo Silva Borges
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 22/01/2019. Selo: AAA-5231-MUR7

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada
Emol.: 3,71 TJ: 0,74 FMMP/PI: 0,00 Selo: 0,26 Total: 4,71 - OP: 555
PROCURAÇÃO PARTICULAR

ARTÓRIO THEMSTOCKS SAMPÃO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Compromissada

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Iglebson Daylison de Jesus de Melo Silva Borges
RG: 3098362 Orgão Emissor: SSP- CPF: 04050918188
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado Profissão: Bombeiro Militar
Endereço: Rua Santa Jacinta Nº 07624
Bairro: _____ Cep: 64071430 Cidade/UF: Teresina
Telefone: (86) 994729591 (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: Keylly mouna de Oliveira
RG: 2212129 Orgão Emissor: SSP-MA CPF: 83950230300
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteira Profissão: Corretora de Seguros
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 referente à:

Vítima: Iglebson Daylison de Jesus de Melo Silva Borges
CPF: 040509181-88 Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ☐ DAMS ☐ Morte

Teresina, 22 de Janeiro de 2019

Local e data



Iglebson Daylison de Jesus de Melo Silva Borges
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 22/01/2019. Selo: AAA-5231-MUR7

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada
Emol.: 3,71 TJ: 0,74 FOMP/PI: 0,00 Selo: 0,26 Total: 4,71 - OP: 555
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPÃO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Comprovaçada

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0041580/19

Vítima: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELC

CPF: 040.509.181-88

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 05/11/2018

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

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 05/11/2018

CPF de: Próprio

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

Data da entrega: 28/03/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 05/11/2018

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

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 05/11/2018

CPF de: Próprio

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

Data da entrega: 28/03/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.





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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 04050918188 Nome completo da vítima: Salibson Daiferson de Jesus de Melo Silva Lages

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

Nome completo: Salibson Daiferson de Jesus de Melo Silva Lages CPF: 04050918188
 Profissão: Sombrista Endereço: Rua Santa Joana Número: 7624 Complemento: _____
 Bairro: Verde Lior Cidade: Iturina Estado: Piauí CEP: 64041-430
 E-mail: _____ Tel (DDD): (89) 4729391

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0855 083 CONTA: 88525 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base nos documentos 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.



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 companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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: Iturina, PI 04/02/19
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Salibson Daiferson de Jesus de Melo Silva Lages
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Kelly de Almeida Oliveira
 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (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.**

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: Salibson Daiferson de Jesus de Melo Silva Lages

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

Nome completo: Salibson Daiferson de Jesus de Melo Silva Lages CPF: 04050918188
Profissão: Sombrista Endereço: Rua Santa Joana Número: 7624 Complemento: _____
Bairro: Verde Dor Cidade: Iturina Estado: Piauí CEP: 64041-430
E-mail: _____ Tel (DDD): (89) 4729391

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0855 083 CONTA: 88525 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente 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 - CEP: 64.002-430
Teresina - PI

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 companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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: Iturina, PI 04/02/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Salibson Daiferson de Jesus de Melo Silva Lages
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª 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 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.**

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

Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 18062965B01

502652

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 316

KM: 11,0 - Crescente

Município: TERESINA/PI

Data: 05/11/2018

Hora: 00:15

Policial responsável pelo atendimento: SUSANA, matrícula 1072750

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: ☒

Acostamento: ☒

Canteiro central: ☒

Condição 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 ETILÔMETRO.

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



SENTIDO CRESCENTE

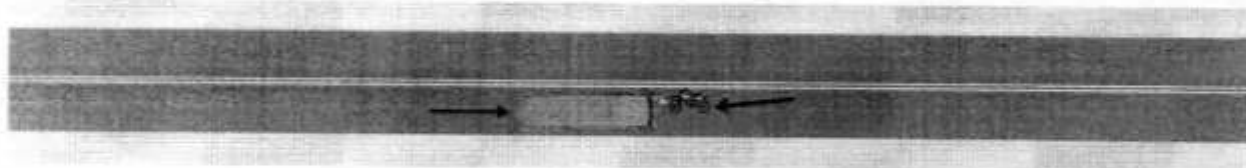


SENTIDO DECRESCENTE

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



← TERESINAPI

DEMÉRVIL LOBÃOPI →



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

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/categoria: 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 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18062965B01



PRF

V1



TRACIONADOR



ODY1313



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

V2



NIH4893

Placa: NIH4893 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: MARCOPOLO/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

V1



CONDUTOR

**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 CONDUIR 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



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

V2



CONDUTOR

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



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



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: V2 / MARCOPOLLO/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 longitudinal.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal.	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 longitudinal.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	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 carroçaria.	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 carroçaria com o chassi	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO 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 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



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 carroçaria 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



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
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 18062965B01

502652

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 316

KM: 11,0 - Crescente

Município: TERESINA/PI

Data: 05/11/2018

Hora: 00:15

Policial responsável pelo atendimento: SUSANA, matrícula 1072750

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada: ✓

Acostamento: ✓

Canteiro central: ✗

Condição 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 ETILÔMETRO.

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



SENTIDO CRESCENTE

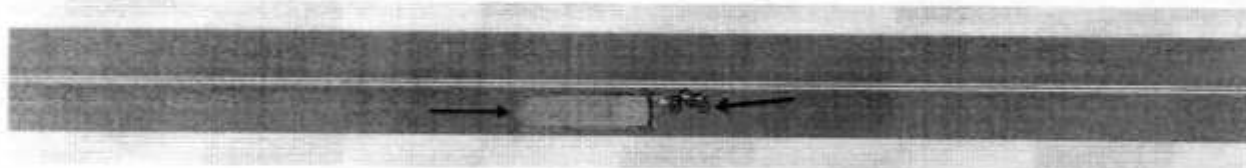


SENTIDO DECRESCENTE

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



← TERESINAPI

DEMÉRVIL LOBÃOPI →



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

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/categoria: 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 924E00C5739FF066EE0ABF8E675414



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18062965B01



PRF

V1



TRACIONADOR



ODY1313



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

V2



NIH4893

Placa: NIH4893 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: MARCOPOLO/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

V1



CONDUTOR

**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 CONDUIR 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



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

V2



CONDUTOR

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



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: 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 carroçaria.	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 carroçaria com o chassi	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO 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 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



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 carroçaria 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



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: 04050918188 Nome completo da vítima: Leilson Daylison de Jesus de Melo Silva Lages

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

Nome completo: Leilson Daylison de Jesus de Melo Silva Lages CPF: 04050918188
Profissão: Dono de empresa Endereço: Rua Sombra Jacinta Número: 7624 Complemento: _____
Bairro: Verde Laranja Cidade: Lourina Estado: Piauí CEP: 64041430
E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 914729391

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0855 083 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

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.



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 companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Lourina, PI 04/02/19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Leilson Daylison de Jesus de Melo Silva Lages
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | 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 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: 04050918188 Nome completo da vítima: Leiberson Daylison de Jesus de Melo Silva Lages

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

Nome completo: Leiberson Daylison de Jesus de Melo Silva Lages CPF: 04050918188
Profissão: Dono de empresa Endereço: Rua Sombra Jacinta Número: 7624 Complemento: _____
Bairro: Verde Laranja Cidade: Lourina Estado: Piauí CEP: 64041430
E-mail: _____ Tel.(DDD): (86) 994429391

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0855 083 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente.

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.



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 companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Lourina, PI 04/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | 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 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.


Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa do SAMU Teresina





Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	632	04/11/18	2903	00:30	00:40
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	01:04	04:15			
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	BR 316 - Prox Balsa Porto Alegre		TE - PJ		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	
		Iglebson Daylison de Jesus M Silva Hayes	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	36	
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão	
	Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	ABERTURA OCULAR 4 Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 98 Resp. PA TAX. Sat02 94		
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sem Dor Leve Moderada Intensa	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Sim 2 - Não Aspiração 4 Prancha longa/curta Oxigênio 4 Colar cervical Curativos Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	HUT	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
	Paciente vítima de acidente com ônibus (motocicleta), com TCE, lesão na face, fratura de fêmur e fratura de estômago. PT HUT				
Responsável pela recepção		Socorristas		Enfermeiro	
Dr. Eduardo Salmito		Médico Moises		Isabel	
CARM. 1928		AE/TE Alexsandra		Condutor Quinto	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

4 FEV 2019

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI

TERESINA - PI



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

NEOTON OK
BUW OR
ORTO OK
CIR. GERAL **SUS SUS**

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NOME? D
05/11/18

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

DADOS DO PACIENTE:

(User: FLAVIA MENDES)
(Estação: RECEPCAO01)

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	CNS: 704004858484551	Fone: 704004858484551
Profissão:	CPF: 040.509.181-88	RG: AFIA COMPUTADORIZADA
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Ignorado	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, sem capacete, desorientado;
A) Asas aéreas renuais, com collar cervical B) MV diminuído em base D, sem
RA C) BNF 2T RR SS, abdome inocente, pelve estável D) Glasgow = 14, apresenta
fractura de fêmur E) lesão contusa em face, em região nasal e zigomática

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

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

PA X mmHg Pulso: bpm Temp.:

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado TC de crânio, Rx de tórax, Rx de punho E, TC
de face, TC de coluna cervical, Rx de pelve, Rx de joelho E

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura Profissional - BE