

Controle de x Tribunal de x Sistema CN x Acesso 1º x Consulta p: x 0816375-72 x Merge PDF x Audiências x Upload x +

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=260740&ca=764897b6c46ab1e89f946f4fd782ae7866782ef0ff...

Apps Processo Virtual Na... sAdministrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0816375-72.2019.8.18.0140
IGLEBSON DAVILSON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES X SEGURADORA LIDER DO...

9988623 - CONTESTAÇÃO (2723161 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 29/05/2020 13:38:34

29 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9988620 - CONTESTAÇÃO
 - 9988623 - CONTESTAÇÃO (2723161 CONTESTACAO 01)
 - 9988844 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2723161 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9988846 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9988847 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9988848 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

13:38

downloadBinario.seam 1 / 11

2723161- CS/ 2020-02051/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

protocolo.pdf Certidão de arquiv...pdf online.html certidão de trânsi...docx certidão de trânsi...pdf Exibir todos x

PT 13:38 29/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08163757220198180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **05/11/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 05/11/2018.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 6.075,00 (seis mil e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;


³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 6.075,00 (seis mil e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 <small>Administradora do Seguro DPVAT</small>		
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 0-30º), 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.				
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.				
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 - OSTEOSSÍNTESE (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 cranio-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

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 6.075,00 (seis mil e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 05/11/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 6.075,00 (seis mil e setenta e cinco reais).

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

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 6.075,00 (SEIS MIL E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 26 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08163757220198180140.

Rio de Janeiro, 26 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522


JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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	
			1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	36	
Acidente de Transporte	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	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4 Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	Pulso 98 Resp. 18 PA 120/80 TAX. 94 SatO2 94	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	5 - Obedece a comandos 4 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 2 - Flexão anormal 1 - Nenhum	
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 (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração 1 - Sim 2 - Não Oxigênio 1 - Sim 2 - Não Curativos 1 - Sim 2 - Não Prancha longa/curta 1 - Sim 2 - Não Colar cervical 1 - Sim 2 - Não Kred 1 - Sim 2 - Não Imobilização de extremidades 1 - Sim 2 - Não Reanimação cardiopulmonar 1 - Sim 2 - Não Assistência obstétrica 1 - Sim 2 - Não Glicemia 1 - Sim 2 - Não Acesso Venoso 1 - Sim 2 - Não Medicamentos a) 1 - Sim 2 - Não b) 1 - Sim 2 - Não c) 1 - Sim 2 - Não	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	
CARM. 192		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



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 Fone:
Responsável: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA	CNS: 704004858484551	CPF: 040.509.181-88 RG: 1.111.111-11
Profissão:	E. Civil: Ignorado	
G. Instrução: Não informado		
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;
Abrasões áreas punhas, com collar cervical B MV diminuído em base D, sem
RA CBNF ZT RR SS, abdome inocente, pelve estável D Glasgow = 14, apresenta
fratura de fêmur C lesão contusa em face em região nasal e zigomática D

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: : .
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: S068
	Prof. Solicitante Internação:		

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura Profissional - BE

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.



CXCE 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

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



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

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
12/2018 Lido 01 18
11/2018 Lido 01 18
10/2018 Lido 01 18
09/2018 Lido 01 18
08/2018 Lido 01 18
ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABELA
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 03/01/2019 131
ATUAL 01/02/2019 134
CONSUMO MÊS M3 10
LIT 10.7410012
PS. PASS 6,94x1,65% = 0,77
COPIS 46,94x1,68% = 3,56

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
VALOR REFERENTE ÁGUA - 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

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

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/BIBLIOTECASWEB/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 Kyelly 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: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Rua 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

Kyelly 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº9.613/98.

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: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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



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

Aracaju de fevereiro de 2019
Local e Data

Kelly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante



SAMU
192



PREFEITURA DE MUNICIPAL TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE


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



Rua Coronel Luis Ferraz, 3390. Bairro Macaúba
Teresina-PI. CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70



86 3218 - 2880

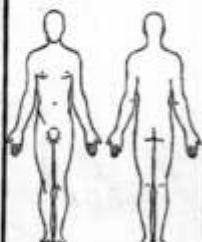


samuteresina@hotmail.com



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	04115			
	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 Observações	
	<p>Até vítima de colisão com ônibus (motocicleta), com TCE, em pé, ferimentos profundos no abdômen e membros inferiores.</p>				

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



CONFERE COM O ORIGINAL
Marília Veloso Canabede
Gerente Administrativa SAMU



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



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

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 493296

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

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?D
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: 1.111.111-11
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 D Glasgow = 14, apresenta
fratura de BATH C lesão contusa em face em região nasal e zigomática D

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: :
DESTINO: () Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs		() Família () IML () Anat. Patol.	() 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 10.000
CBO 3511



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 Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

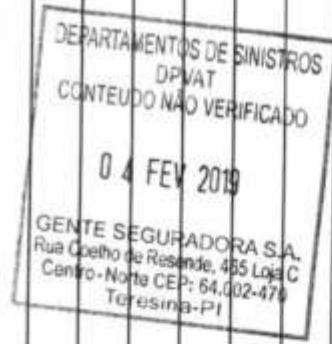
Data/Hora Solicitação: 05/11/18	ESPECIALISTA: Cirurgia Geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente vítima de acidente de moto, Ao EF = UA pericardio, supracardio, estável, hnd; Abdomen flácido e indol. Check Rx de tórax e pelvis. Sem anomalias detectadas	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/_/_/ _:	
CD: hospitalizado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



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 peso -									
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
CRM-PI 1990 Med. Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Trat. cirúrgico de fr. de fêmur DC9 4,5

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CEP
COMPONENTE 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-PI 123
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.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>2h</u>	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7.5 e 6.5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE <u>26</u>	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>1</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>200</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>200</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>1</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>08</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>03</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>20</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>1</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>01</u>	
FORMOL	ML	<u>1</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>06</u>	
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>1</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>1</u>		<u>crepom</u>		<u>03</u>	
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>	<u>04</u>						
FITA UMBILICAL							
VICRYL <u>01-0</u>	<u>02</u>			ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:			



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

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

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 09

ASSINATURA 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	hs	mL	hs	mL	
mL	hs	mL	hs	mL	

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

Klênia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

A 14h - Alta no SRPA, imóvel.

Laiane Nunes de Souza
 Enfermeira
 COREN PI 359 426

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

JOSE ANTONIO
 MATRÍCULA 14501
 S. M. H.
 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 20 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

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-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

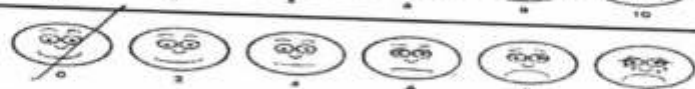
Não responde

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

maime

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

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

João Simão Lima Dantas Souza
Médico
SAM-PI 484.168
CONFERE CUI 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: Sgleiton 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	Suxamiliônio 60mg													
4	Atrovia 75mg													
5	Diprônio 2g													
6	Dexametasona 20mg													
7	Ondansetron 4mg													
8	Timoxigona 20mg													
9	Amorfenol 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>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 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:

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

Anestesiologista

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICODATA 20 / 11 / 2018NOME DO PACIENTE: Isiderson Baylizon de Jesus de Melo Silva Baze PRONTUÁRIO Nº: 493296

DIAGNÓSTICO: _____

CIRURGIA: _____

ANESTESIA: geralNº DA SALA: 08CIRURGIÃO: 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 <u>7,5 6,5</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº <u>8,0 7,0</u>	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.	/		<u>Orepon</u>	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletródos</u>	UNID.	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Escovas</u>	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>			

Jane Simon
Matrícula: 07457
SABE - FMS
CONFERE COM O ORIGINAL



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Syblisson 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. mand</i>		<i>0101020300 - 5026</i> <i>↳ placas 02</i> <i>0101020224 - 5027</i> <i>↳ placas 06 ↳ 3,240</i> <i>0101020704 - 5029</i> <i>↳ 02 placas ↳ 3,320</i>	
Relatório Imediato do Patologista		<div data-bbox="535 904 837 1209" data-label="Text"> <p>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</p> </div>	
Acidente Durante a Operação		<div data-bbox="831 1100 1232 1397" data-label="Text"> <p><i>João</i> Jorge Amador de Souza Matrícula: 04767 SAM - HUT CONFERE COM O ORIGINAL</p> </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
+ redução + por plasmotomia com mini-placa 06
placa com parafusos + incisão intra-oral +
aparelho de maxilomaxilar nos dentes e
bandeja orlita + sutura + drenagem

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

227386

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

13-Resp:

IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

12-Fone: - -

-Ender:

RUA SANTA BARBARA - VILA SANTA BARBARA - CEP: 64000-000

14-Cor: Parda

16-Munic:

TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente de moto
com Trauma de Pele.

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura

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

T-C de face.

-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prin:

25-CID Sec.1

26-CID C.Ass.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0415030013

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

01

CPF

096.850.493-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

MATIAS ARAUJO DA SILVA

34-Data Solicitação:

20/11/2018

Tempo SUS
9999

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

37-() Acidente Trabalho Típico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

03/21/18

Médico

50-Carimbo (Rg.Conselho)

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 692338

Consulta SUS:

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

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

20/11/2018

DATA ADMISSÃO

20/11/2018 11:31

DATA ALTA

21/11/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

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

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	7
S	0	2	6

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

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: 20/11/18 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:

Nome:

Transporte:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

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

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Iglebren 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. ...
Traumatologia
FMS - HUT



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))

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO
CPF: 37320645300

CRM:

DATA ANÁLISE: 05/11/2018 06:27:10

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



SAMU
192



PREFEITURA DE MUNICIPAL TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE


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



Rua Coronel Luis Ferraz, 3390. Bairro Macaúba
Teresina-PI. CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70



86 3218 - 2880



samuteresina@hotmail.com



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	1- Acidente de transporte 2- Agressão física-espantamento 3- Agressão física-FAF 4- Agressão física-FAB 5- Urgência psiquiátrica 6- Tentativa de suicídio 7- Envenenamento 8- Afogamento 9- 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	
	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	
Hospital de Destino	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão			
	26 Pupilas	27 Pulso		28 Sangramento	
Observações Interdisciplinar	29 Dor	30 Fratura		31 Procedimentos realizados	
	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada		34 Óbito	

Observações Interdisciplinar: O paciente foi vítima de colisão com um ônibus (motocicleta), com TCE, em um local fechado, apresentando ferimentos graves. Foi encaminhado para o Hospital de Destino.

Responsável pela Recepção: Dr. Eduardo Salmito
Socorristas: Médico Moises, AE/TE Alexandra
Enfermeiro: Izabel
Condutor: Quinto



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



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

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 493296

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

/

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

NEOTOK
BUW OR
ORTO OK
CIR. GERAL **SUS SUS****BOLETIM DE ENTRADA - BE**NME?D
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: 1.111.111-11
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: Dr. Edson Salmito CRM 155084

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura Profissional - BE



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):

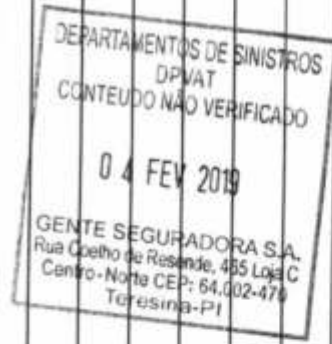
Data/Hora Solicitação: 05/11/18	ESPECIALISTA: Cirurgia Geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente vítima de acidente de moto, Ao EF = UA pericardio, supracardio, estável, hnd; Abdomen flácido e mole	
Checo Rx de tórax e pelvis: Sem anomalias detectadas	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/_/_/ _:	
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 peso -									
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									
CONF. DO ORIGINAL										
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
CRM-PI 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-PI 123
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.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>2h</u>	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>7.5 e 6.5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE <u>26</u>	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>1</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>200</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>200</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>1</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>08</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>03</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>20</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>1</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>01</u>	
FORMOL	ML	<u>1</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>06</u>	
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>1</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>1</u>		<u>crepom</u>		<u>03</u>	
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>	<u>04</u>						
FITA UMBILICAL							
VICRYL <u>01-0</u>	<u>02</u>			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

Fratura metacarpiana 5ª metacarpiana

Operação - Tipo

lap. fecho / fixação com oclusor

Cirurgião

Dr. Carlos

2º Assistente

Moisés R.

1º Assistente

CRACAS

Instrumentador(a)

Anestesista

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 Simplicio de Jesus
Márcia de Jesus
SAE - HUT
CONFERE COM ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. com Agulha Curva de Nash (E) - a 1 cm da base da fratura
2. com Agulha de Kirsch (E) - inserida por dentro da fratura para fixar o fragmento distal
3. com Lâmina de Kirsch (E) - inserida por dentro da fratura para fixar o fragmento proximal
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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ESCALA DE DOR ALTA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TOTAL 09 10

ASSINATURA 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	hs	mL	hs	mL	
mL	hs	mL	hs	mL	

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

Klênia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

A 14h - Alta no SRPA, imóvel.

Laiane Nunes de S.
 Enfermeira
 COREN PI 359 426

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

JOSE ANTONIO
 MATRÍCULA Nº 1401
 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

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Name: Jilson Deysson de Jesus M. S. Lopes Sala:
Procedimento: 175 Ex. de frot. de Difn. de finura Cirurgião: Dr. G. P. + Chapa
Alergia: NBS Data: 14/III/8
Observações: ASA I

Agentes Unid.

[illegible]

Acesso Vascular

- ☒ Periférico _____
Cat. Venoso nº __ G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos __ cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IOT nº _____
- ☐ LMA nº _____

Monitorização:

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

estesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☒ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: DDH

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

Descrição da Anestesia: (A) Mantido 30 seg; (B) Nálax para o pós-pondo; (C) Tensões parciais S100 e Midazolam 23-24 com 16 f. Quincke 11-266; (D) Rotativo f. 200 e 100; (E) Se f. 100 e 100. (F) sem interrupção para o. (G) sem interrupção para o.

CRISTINA + RALF + BUB + SPDE.

Marcus Vinícius Damasceno
Anestesiologista
Médico Anestesiologista

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	ADMISSÃO	SAÍDA
	2	2	1	2	1	0	2	2	1	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	2	2	0	2	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	0	2	2
	1	1	0	2	1	0	2	1	0								



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Sgleiton 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	Suxamiliônio 60mg													
4	Atrovia 75mg													
5	Diprônio 2g													
6	Dexametasona 20mg													
7	Ondansetron 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>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 Raqui-anestesia														
o Peridural														
o Bloqueio Periférico														
o Outros														
Decúbito: <u>Dorsal</u>														
SP02 (%)			100+		100+		100+							
ETCO2 (mmHg)			40		40		40							
Aces. Venoso														
Aces. Venoso														
Diurese														
Perdas Sanguíneas														

Descrição da Anestesia:

Jane Simão de Menezes
Matriculada em
SAME - HUP
CORRETE COM O ORIGINAL

Anestesiologista

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICODATA 20 / 11 / 2018NOME DO PACIENTE: Isidoreon baylissom de Jesus de Melo Silva BazePRONTUÁRIO Nº: 493296

DIAGNÓSTICO: _____

CIRURGIA: _____

ANESTESIA: geralNº DA SALA: 08CIRURGIÃO: Natius

CPF Nº: _____

AUXILIAR: _____

CPF Nº: _____

ANESTESIA: spinal

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.	/		Orephon	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>			

Jane Simon
Matrícula: 07457
SABE - FMS
CONFERE COM O ORIGINAL



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Syblisson Daylison de Jesus de Melo Silva Braga</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura do antebraço direito + Narij. + manobra</i>		
Operação - Tipo <i>Ossificação 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. mandíbula</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 CONFERE COM O ORIGINAL</div>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Antissepsia da pele + colocação do curativo + incisão extra-oral da fratura da mandíbula + redução do mini-max. Placas e parafusos + incisão extra-oral da fratura do antebraço direito + redução + por plasmoliteles com mini-placa 06 + parafusos com parafusos + incisão intra-oral + fechamento mucopérmico + drenagem de ferida cirúrgica + sutura + curativo.

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

227386

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

13-Resp:

IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA LAGES

12-Fone: - -

-Ender:

RUA SANTA BARBARA - VILA SANTA BARBARA - CEP: 64000-000

14-Cor: Parda

16-Munic:

TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente de moto
com Trauma de Pele.

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura.

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

T-C de face.

-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prin:

25-CID Sec.1

26-CID C.Ass.1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0415030013

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

01

CPF

096.850.493-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

MATIAS ARAUJO DA SILVA

34-Data Solicitação:

20/11/2018

Tempo SUS
9999

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

37-() Acidente Trabalho Típico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

03/21/18

Médico

50-Carimbo (Rg.Conselho)

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 692338

Consulta SUS:

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 VITÍMA 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

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

20/11/2018

DATA ADMISSÃO

20/11/2018 11:31

DATA ALTA

21/11/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU 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 ANÁLISE: 20/11/2018 12:12:49

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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

CONFERE COM O ORIGINAL
Jorge Siqueira
Matheus de Jesus
Siqueira - HUT

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	7
S	0	2	6

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	Iglebren 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



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



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



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

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



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
839.502.803-00 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 da Rosa, 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

LO SILVIA LAGE
IGLESON DAYLISON DE JESUS DE ME
04050918188
04050918188
9C2J3C4110CR517582
ODY-1313

PAS/MOTOCICLETA/VEICULO

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2012 2012

02P/01240C

CATEGORIA PARTICU

PRETA

1º PAGO
2º PAGO
3º PAGO
1º IPVA
2º IPVA
3º IPVA

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESTRICOES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
MAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA

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 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 1204

1 04050918188

ODY-1313

00458732940

HONDA/CG 125 FAN KS

2012 09

9C2J3C4110CR517582

PRÊMIO TARIFARIO

000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 000,00

SEGURO LIDER - DPVAT

CHP 09.245.614/0001-44

23/03/2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Rosa, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

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

LO SILVIA LAGE
IGLESON DAYLISON DE JESUS DE ME
04050918188
04050918188
9C2J3C4110CR517582
ODY-1313

PAS/MOTOCICLETA/MOTOCICLO
MARCA / MODELO
HONDA / CG 125 FAN KS
CATEGORIA
PARTICU
PRETA
ANO FAB. 2012
ANO MOD. 2012
DOA PRINCIPALANTE

02P/01240C
CAP / POT / CL
COTA ÚNICA
VENC. COTA ÚNICA
VENC. / COTAS
1º IPVA
2º PAGO
3º

SEGUNDO OBRIGATORIO
PREMIUM TERCEIRO (R\$) 10% (R\$)
PREMIUM TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
TERESINA LOCAL
23/03/2018

SEM RESTRICOES
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 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

00458732940
09
9C2J3C4110CR517582
ODY-1313
2018 23/03/2018

000,00
000,00
000,00
185,90
23/03/2018

000,00
000,00
000,00
185,90
23/03/2018

000,00
000,00
000,00
185,90
23/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.614/0001-44

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. Nexô 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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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, HOVE 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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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, HOVE 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 carta 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: 33901096244



Eu, umho atrevez deste carta 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: Centro 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

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

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2018

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

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

CPF de: Próprio

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: INTERRUÇÃO 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 Laranja Cidade: Iturina Estado: PA CEP: 64041-430
E-mail: _____ Tel (DDD): (84) 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 pedido.

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: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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: PR CEP: 64041-430
 E-mail: _____ Tel (DDD): (84) 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)

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 pedido.

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.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 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



PRF

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



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, SAIRA 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.



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

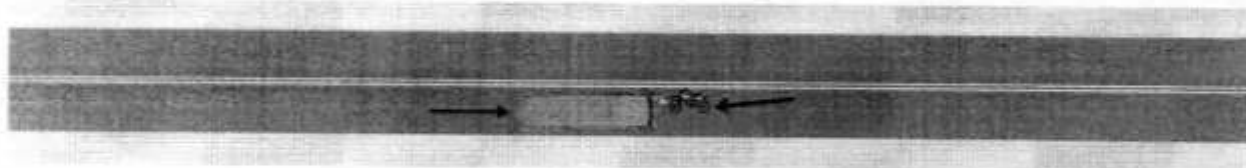


SENTIDO DECRESCENTE

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



← TERESINAPI

DEMÉRIAL LOBÃOPI →



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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



PRF

V1



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

Placa do veículo: ODY1313

Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Envolvimento: Condutor/Proprietário

Nome: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE M SILVA LAGES

CPF: 040.509.181-88

Data de nascimento: 05/01/1992

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Ignorado

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUIZIR 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 / 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



AGENTE SEGURADO

Assinatura eletrônica

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.

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

191



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



PRF

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



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.



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

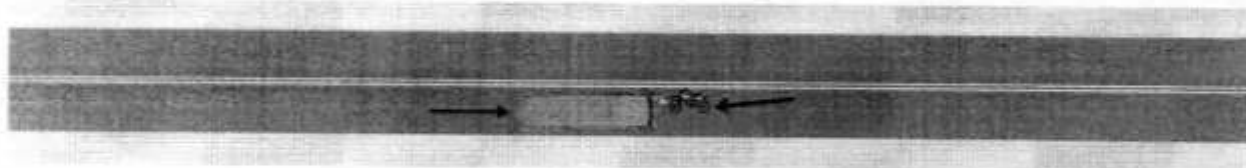


SENTIDO DECRESCENTE

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



← TERESINAPI

DEMÉRIAL 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



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18062965B01



PRF

V1



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

Placa do veículo: ODY1313

Marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Envolvimento: Condutor/Proprietário

Nome: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE M SILVA LAGES

CPF: 040.509.181-88

Data de nascimento: 05/01/1992

Estado civil: Casado(a)

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Ignorado

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA 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 / 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



AGENTE SEGURADO

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

Assinatura eletrônica

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.

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

191



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: 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) 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: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Leiberson Daylison de Jesus de Melo Silva Lages
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): Kelly...

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: Bombeiro Militar Endereço: Rua Santa 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
INVALIDIZADO
04 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Cidade: Teresina - PI CEP: 64.002-479
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 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	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	
C.A.M. 192		A.E.T.E. Alexsandra		Condutor Quinto	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

4 FEV 2019

TERESINA-PI

CONFERE COM O ORIGINAL

Marília Veloso Cantanhede

Gerente Administrativa SAMU



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

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 Fone:
Responsável: IGLEBSON DAYLISON DE JESUS DE MELO SILVA	CNS: 704004858484551	CPF: 040.509.181-88 RG: 1.111.111-11
Profissão:	E. Civil: Ignorado	
G. Instrução: Não informado		
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: / /		HORA: : .
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: S068
			Prof. Solicitante Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura Profissional - BE