

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface. The main window displays a Microsoft Word document titled "2730595\_CONTESTACAO" with page 1/10. The document contains the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MIGUEL ALVES/PI". The left sidebar shows a tree view of the document structure, including sections like "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and "10533238 - CONTESTAÇÃO". The bottom navigation bar shows several PDF files: "prot + proc adm.pdf", "prot + cont.pdf", "pa.pdf", "cont.pdf", and "prot + pç.pdf". The status bar at the bottom right shows the date "30/06/2020" and time "10:04".



Número: **0800014-86.2020.8.18.0061**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Miguel Alves**

Última distribuição : **30/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA (AUTOR)</b>	<b>ANA MARIA SALES DE CASTRO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10533 443	30/06/2020 10:04	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

# 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: 02/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000015806-2

---

Nr. da Autenticação 0BA5CEC8D6469F40



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 10:04:37  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006301004367530000009996744>  
Número do documento: 2006301004367530000009996744

Num. 10533443 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190653086      **Cidade:** Miguel Alves      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 11/06/2019      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO ( OSTEOSSÍNTESE). P.01/05/13/16  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS O PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA O PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME A PÁG. 01  
IMAGEM P.15

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

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







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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 SUSEP 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<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 MAVCON JACKSON SILVA DE CASTRO  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.077.223 , 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.170.033 , 83  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.170.033 , 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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>LC SÃO FELIPE</u>	Número:	<u>S/N</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade:	<u>UNIÃO</u>	Estado:	<u>PI</u>	CEP:	<u>64.120 000</u>	
E-mail:							Tel.(DDD):	<u>(86)995005512</u>

Local e Data: MIGUEL ALVES, PI 21/11/19

Mavcon Jackson Silva de Castro  
Assinatura do Declarante





Sr(a). BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 11/06/2019  
BO=114520.000163/2019-90

HD = FRATURA DO RADIO DISTAL D

FEITO OSTE OSSINTESE DE FRATURA  
DO RADIO DISTAL D

EF = DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL  
EM PUNHO D ; F+E = 45 GRAUS

RX PUNHO D 2P = FRAT . RADIO  
DISTAL D CONSOLIDADA

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA  
COM PERDA DE 50 % EM PUNHO D

Dr. Edmar de S Lima Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2313 / CRH-MA 3294  
TRCW - 8064

Dr. Edmar de S Lima Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2313 / CRH-MA 3294  
TRCW - 8064

Teresina 21 de Novembro de 2019

UNIDADE BARÃO  
AV. BARÃO DE GURUÉIA 3450  
(86) 3221-5170

UNIDADE DIRCEU  
AV. JOSÉ FRANCISCO DE  
ALMEIDA NETO 2650  
(86) 3236-550

UNIDADE JÓQUEI  
AV. AVIADOR  
IRAPUÃ ROCHA  
(86) 3203-7353

UNIDADE PLANALTO  
AV. ZEQUINHA FREIRE 3080  
(86) 3231-0001



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO  
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI  
Fone (086) 3265 1116  
CNPJ: 18.488.308/0001-93  
E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO									
CONTROLE:	SERVIDOR:		UNÔNICA		DATA:		11/06/19		
01. DADOS DO PACIENTE:									
NOME: Bernardo Furtas de Oliveira				DN: 180898		ID: 20		SEXO: M	
NOME DA MÃE: Eliete de Oliveira Furtas									
CNS: 700 007043450106		RG: 3.934.782		CONTATO: 86 98528700					
ENDEREÇO: Rua 02						CEP:			
BAIRRO: Coqueiro			CIDADE: Miguel Alves			UF: PI			
FORMA DE ENCAMINHAMENTO:									
<input checked="" type="checkbox"/> DEMANDA ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS									
ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.									
MOTIVO DA PROCURA:			TRAUMA		CLÍNICO		PEDIÁTRIA		
VITais/FC:	PA:	SAT. 02:	T:	DOR:	ECG:	GLICEMIA:	PESO:	ALTURA:	
DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:									
OBSERVAÇÕES: CONFERE COM O ORIGINAL DATA: 11/06/19 ANTONIA R. VIANA DA SILVA									
VERMELHO <input type="checkbox"/>	LARANJA <input type="checkbox"/>	AMARELO <input type="checkbox"/>	VERDE <input type="checkbox"/>	AZUL <input type="checkbox"/>					
HORÁRIO: ENFERMEIRO(A):				CONSELHO/REGISTRO:					
03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO  Pt com história de trauma motociclístico em brav. d bró 6h. Evolui com dor torácica, movimento do e dor em pulmão.									
04. EXAMES COMPLEMENTARES <input type="checkbox"/> LABORATORIAL <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US									
05. DIAGNÓSTICO  soloito de pulmão d.									
06. PRESCRIÇÃO MÉDICA  ②									
07. CONDUTA									
<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> EVASÃO	TRANSFERIDO PARA: <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE						
08. HORA/SAÍDA			<input type="checkbox"/> URGÊNCIA	<input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA	<input type="checkbox"/> NÃO URGÊNCIA				
MÉDICO/CRM:		ENFERMEIRO(A)/COREN:				PACIENTE:			
MÉDICO CRM:		ENFERMEIRO(A) COREN:				Jesuarez Ferreira de Oliveira			

## DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente **Bernardo Freitas de Oliveira** deu entrada neste hospital no dia 11 de junho de 2019, às 14h37min, vítima de acidente de motocicleta, a mesma chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 21 de novembro de 2019.

*Antonia Raimunda Viana da Silva*  
Antonia Raimunda Viana da Silva  
Servidora do HMU.

**HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO**  
Dr. Jose da Rocha Furtado  
CNPJ: 18.488.308/0001-93  
Rua São Paulo, S/N – Bairro São Judas Tadeu.  
CEP - 64.120.000 - União - PI





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original que  
foi apresentado(a) e dou fé  
Em 20/06/2020

Setor do Arquivo Técnico do HPM

Luis Henrique Vasconcelos Reis - 1º TEN PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 105198193-2 Mat. 14485-9

NOME DO PACIENTE: Bernardo Freitas de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 48774719

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."



HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI  
Av. Higino Cunha, Nº 1642 – Bairro Ilhotas – Teresina-PI  
CEP 64.014-220  
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

**Saúde**  
Secretaria de Estado



FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA  
COMPROVANTE

Número do Laudo: **214342**

Orgão Emissor:

M221100001

Paciente: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

Nascimento: 18/08/1998

**Procedimento:**

0408020440 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO  
FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO

**CID:**

5525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Data da Solicitação: 12/06/2019

Data da

Autorização: 12/06/2019 23:24:58

AIH.: 2219100427456

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR  
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

*Autorizador*

**Operador:**

Atendimento (Data, Hora): 20/06/2019 11:00:39

Luis Henrique Alencar Santos Ribeiro  
RCPM: 109/05/113-21 Mat: 14495-9  
Código Série do Arquivo Técnico



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS  
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 214342  
ABII: 2219100427456

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

#### ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

#### ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
898002570342376	BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		18/08/1998	487247	M
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
1.931.787-71	8699197872	ELIJETE DE OLIVEIRA FREITAS	DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA FILHO		
CEP	ENDERECO (LOGRADOURO)		NÚMERO / LOTE		
	RUA CLAUDIO ALDO FREITAS		1735		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
CENTRO			TERESINA	PI	

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Descrição do procedimento principal	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	0408020407

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Descrição do procedimento solicitado - ANTERIOR	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FÍSICA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	0408020440
Descrição do procedimento solicitado - MUDANÇA	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	0408020407
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO	S87.5

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

#### PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

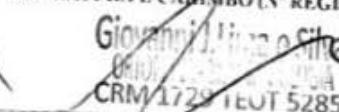
FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

#### NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

JOVANNI JOSE DE LIMA E SILVA

#### ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

  
CRM 1729 / EOT 5285

### AUTORIZAÇÃO

#### ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

  
Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Diretor Técnico do HPMPI  
CRM-PI2608

  
Luis Henrique - CRM-PI2608 - 17/06/2020  
RGPM 102.951.13-2 - Mat. 14495-9  
Câmara de Desenvolvimento da Piauí

PK

<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>	Nº LAUDO: 214342 AII: 2219100427456
FORMA DE ENTRADA: ESTÁDIAL	

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPEITAL DA SANTÍSSIMA TRINDADE - ABÓIA VERDE - PI	CNES 232345
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPEITAL DA SANTÍSSIMA TRINDADE - ABÓIA VERDE - PI	CNES 232345

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
08060370342276	BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		18/08/1998	M	487747
DOCUMENTO / CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
03478071	8699492873	ELIEZIENE OLIVEIRA FREITAS	DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA FILHO		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
	IRACOLODAO FREITAS		2735		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		
CENTRO			TERESINA		
UF					
PI					

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

POSSUI ATROFIA DE TRÍGANO (ORCINICO) E OSTEOMÍELO DE MÍLEUS (PEQUENO) DE FÍBULA, SÓ DE MOVIMENTO DE ORCINA, AÓ RX, FRAUDE DE FÍBULA, DESFASADA, PACIENTE SÓ DE FÍBULA, DADO CONSCIENTE, NEGATIVO A MIGRAÇÃO DE OUTROS SINTOMAS.

#### CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ANALÍSIA

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESUMO DOS EXAMES REALIZADOS)

ANALÍSIA

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S52 - FRAUDE DA EXTREMIDADE DISTAL DOR RÁDIO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### CÓD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0400000 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRAUDE DA EXTREMIDADE DISTAL DOR RÁDIO

#### LEITO CLÍNICA

OPORTO DE ALTA MAIOR QG V. SANCHEZ

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/ N° DO CONSELHO)

#### CARÁTER

UTERINA

#### DATA SOLICITAÇÃO

07/06/2020 10:00:00

#### DATA ADMISSÃO

07/06/2020 10:00:00

#### MOTIVO ALTA

07/06/2020 10:00:00

CRM  
EDSON SOARES COUTINHO  
Nº 1004367530000009996744  
Assinatura: 07/06/2020 10:04:37

#### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE - CNP/SEGURADORA - N° DO BILHETE - SÉRIE - CNP/PE/EMPRESA - CNAE/EMPRESA - CBO/ NATUREZA DA LESÃO

#### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR - ASSINATURA E CARIMBO/ N° DO CONSELHO

PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE/ AVALIAÇÃO /  
ASSINATURA

ASSINATURA DO PACIENTE/ DE RESPONSÁVEL:

20/06/2019 1



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

234342

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
<b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	<b>2323451</b>	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	Atendimento
<b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	<b>2323451</b>	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	<b>BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA</b>	6 - Prontuário:	<b>487747</b>
7 - CNS:	700007043450106	8 - Nascimento:	18/08/1998
11 - Mãe:	ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS	9 - Sexo:	M CPF: 071.170.033-83
13 - Resp:	DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA FILHO	12 - Fone:	86-9.95297008
15 - Ender:	RUA DOIS 1142	14 - Cor:	PARDA
16 - Munic:	MIGUEL ALVES	17 - Cod. IBGE:	220620 18 - UF:
			PI RG: 39347-87

Justificativa da Internação

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Doz e edeme em  
ponto de dor

21 - Condições que justificam a Internação:

Necessite de monitoramento

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

RX ponto D

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S525

25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_

26 - Cid C.Ass.

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Luz Henrique Vilela  
HCPM 2017-186173-2 Mat. 1426-3  
Data: 12/06/2019

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020440 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS

2

29 - Clínica:

30 - Caráter:

Ident.:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

POSTO II

02

1

CPF

16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente  
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

12/06/2019

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N.º Bilhete.

41 - Serie

37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR

38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajetô.

45 - Vínculo com a Previdência. ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizado

47 - Data Autorização.

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

1º Tenente Bernardo de Oliveira

Usuário: MARIA.DORES  
Consulta Local:  
Consulta SUS: 201906111118787  
Impressão 23:01:28





**Polícia Militar do Piauí**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



244342

**FOLHA DE INTERNAÇÃO**

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	<b>FICHA DE PRONTUÁRIO</b>		12/06/2019
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		Pront.: 487747
IDEML OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 18/08/1998 Sexo: M Convênio: SUS - INTERNACAO		
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 996719	Enfermaria: POSTO II	ENF 204 LEITO
CLÍNICA	Leito: 204		
	Pai: DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA		
	Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS		
Médico Assistente	RG: 3934787		
Permanência	Residência:		
	RUA DOIS Nr.: 1142 Cep: 64130000	Bairro: COHEB Cidade: MIGUEL ALVES Telefone: 86 - 995297008	
CLÍNICA			

Histórido Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Don e edema eeu  
cwj Dr*

**DIAGNÓSTICO**

Provisório:	CID S525	
Principal:	CID S525	
Procedimento:	CID S525	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico
		<i>Luis Henrique Viana - 2019-06-12 10:21:54 HCPM - 2019-06-12 10:21:54 Sob: 00 Ativo - Término</i>

**TRATAMENTO**

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico			<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

**DURAÇÃO**

Data/Hora de Internação 12/06/2019 22:51:16	Data da Alta: 20/06/2019	Data da Hospitalização / /
--	-----------------------------	-------------------------------

**ALTA**

Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação		

THE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"*

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 10:04:37

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063010043675300000009996744>

Número do documento: 20063010043675300000009996744



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
PÓLICIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 17/06/2019  
Nº DO PRONTUÁRIO: 287447 SALA 03  
CÓD. DA CIRURGIA: 00000000000000000000000000000000

NOSSO: Bernardo Freitas de Oliveira Género: M ASA: 1  
PROCEDIMENTO: Fr. de extirpação cervical e R. Lateral e Leito: Blagowid  
CIRURGÃO: G. Boni AUX: ANEST. Trevo ANESTESIA: Blagowid  
INSTR.: Cibele CIRE: Surline INÍCIO: 16:10 FIM: 16:24 SALA: 08  
PESO: 71 Ht: 170 Glicose: 100 Creatina: 1.2 Respir: 18

(A) *Leucania* 7.1c  
40-1

1. *Leptobius* 3
2. *Streblus* 10
3. *Siphonos* 3
4. *Terpsichore* 10
5. *Podonobius* 6

Técnica Anestésica: <i>Blóqueo Faco Bruxo Cervicobraco + axilo</i>	MONITORIAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro																					
Comentários Adicionais		<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> Cadiógrafo																					
	<input checked="" type="checkbox"/> PAANI	<input type="checkbox"/> PVC																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Gástric</td> <td style="width: 25%;">Arteria</td> <td style="width: 25%;">Início</td> <td style="width: 25%;">Fim</td> <td style="width: 25%;">Variação</td> </tr> <tr> <td>0.000</td> <td>1.1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0.0</td> <td>1.1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ar. Médio</td> <td>1.1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Gástric	Arteria	Início	Fim	Variação	0.000	1.1				0.0	1.1				Ar. Médio	1.1			
Gástric	Arteria	Início	Fim	Variação																				
0.000	1.1																							
0.0	1.1																							
Ar. Médio	1.1																							





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

*"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"*

**PEDIDO:** 153840  
**PACIENTE:** BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA  
**NOME DA MÃE:** ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS  
**DATA DO NASCIMENTO:** 18/08/1998  
**MÉDICO SOLICITANTE:** CRM  
**DATA DA REALIZAÇÃO:** 12/06/2019  
**DATA DO LAUDO:** 14/06/2019  
**CONVÊNIO:** SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Fratura distal dos ossos do antebraço direito.  
Aumento de volume das partes moles adjacentes.  
Pinçamento articular neste nível.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Fratura óssea.  
- Controle -

Luis Henrique Viana  
HGP/PM 1053443-21 Mat. 14286-9  
CRM 106120110-2  
Assinado por: Luis Henrique Viana

  
**MARTA MARIA PINHEIRO DE SOUSA**  
CRM: 1063

Av. Higino Cutrim, 1642 – Búzios – Teresina-PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 19 / 06 / 19  
Nº DO PRONTUÁRIO 48747 SALA 08  
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

Pele em SS sob soprovio  
arrepiado / pele firme /  
ampollos / maceos / coelhos  
fascio / incapsulation /  
reduz / foras / in  
vitri / peg / certame a  
cirsario / folc perrele

Luis Henrique Vitor Teixeira  
RCPM 10° 19813-2-AHM 14456-9  
CRM 4320 - Mato Grosso

Cirurgia:

Orfeoshirose Rodo do S. L.

Cirurgião:

Giovanni

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Antonia Erlene Dias  
Médica Enfermeira

ORLEN-PI 922-62





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 154830

NOME.....: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO...: 24/06/2019

CONVÊNIO: INTERNO

**DATA REALIZ:** 20/06/2019

**IDADE:** 20 anos

**CRM:** -PI

**CÓDIGO:** 46633

**RX PUNHO DIREITO**

O estudo radiológico do punho direito realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura na extremidade distal do rádio fixada com fios metálicos.
- Fratura no processo estilóide da ulna.
- Imobilização gessada.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**Controle ortopédico de osteossíntese de fratura no punho.**

*[Handwritten signature]*  
Luc Henrique Vaz Gomes Reg.º TEN PM  
RGP.M 107188173-2/ Mat. 14486-9  
Comando de Armas Terceiro

*[Handwritten signature]*  
**IVAN FONTENELE GOMES**  
**CRM 2426-PI**  
**CRM**



### Informações Gerais

- Paciente:** BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA - 700007043450106 - 18/08/1998 (20 anos), União. Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS (/pacientes/231472)
- Class. Risco:** Muito urgente

### VISÃO GERAL

### EVOLUÇÃO

#### **Estab. Solicitante**

Hospital Dr. José da Rocha Furtado (União/PI)

#### **Médico Solicitante**

LUCAS BOUSINHO SILVA RODRIGUES

#### **Usuário Solicitante**

Usuário Padrão

#### **Senha**

VISUALIZAR SENHA (/internacoes/118767/visualizar\_senha)

#### **Observação Solicitante**

BRUNA RECEBEU A SENHA : Arlene da Silva Fontenele em 12/06/2019 16:16

#### **Observação Executante**

; GAUBELINE TEIXEIRA FEITOSA em 12/06/2019 12:03

#### **Caráter**

Retaguarda

#### **Tipo de Leito**

Ortopedia e Traumatologia

#### **CIDs**

Fratura da extremidade superior do rádio

#### **Procedimentos**

#### **Descrição Clínica**

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA MOTOCICLÍSTICO HÁ 8H, EVOLUIU COM EDEMA EM PUNHO D, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO E DOR LOCAL. AO RX: FRATURA DE RÁDIO DISTAL. PACIENTE SEGUE ORIENTADO, CONSCIENTE, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO. NEGA COMORBIDADES OU OUTROS SINTOMAS.

  
Lucas Bousinho Silva  
RCFM 119108133-2 Mat. 11480-5  
Dra. Lucas Bousinho Silva

#### **Protocolo de Atendimento**

**Assistência Ventilatória:** Não necessita

**Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado):** NAO INFORMADO

**Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado):** NAO INFORMADO

**Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado):** 15

**Intubação de oxigênio (0 a 100 % ou Não Informado):** 99



**POLICIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

NOME: **BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA**  
MÉDICO  
CONVÊNIO: **SUS / INTERNO / ENF. 204 - 01**

IDADE: **20 ANOS**

**HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST**

ERITROGRAMA	VALORES ENCONTRADOS	VALORES DE REFERENCIA:	
		HOMEM	MULHER
Hemácias em milhões/mm <sup>3</sup>	4,50	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hemoglobina em g/dl	12,3	13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
Hematóccrito em %	41,0	40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

**OBSERVAÇÕES:** *Hemácias normocíticas e normocrônicas.*

**LEUCOGRAMA**

Leucócitos por mm <sup>3</sup>	VALOR ENCONTRADO		REFERENCIAL		
	2.900		4.000	10.000	
	%	REFERENCIAL	ABSOLUTO	REFERENCIAL	
Bastões	0	3	5	0	120
Segmentados	54	50	66	1.566	2000
Eosinófilos	2	2	4	58	80
Basófilos	0	0	1	0	0
Linfócitos	43	20	30	1.247	800
Monócitos	1	4	8	29	160
Metamielócitos	0	0	1	0	100
Mielócitos	0	0	0	0	0

**OBSERVAÇÕES:**

**PLAQUETAS** **116.000 mm<sup>3</sup>** **100.000/mm<sup>3</sup> - 400.000/mm<sup>3</sup>**

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

**OBSERVAÇÕES:** *Plaquetas Morfológicamente normais e bem distribuídas*

TERESINA, 13 DE JUNHO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEÇO  
CAP.QOPM - FARMAC. BIOQUÍMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUÍMICO  
CRF - PI 292

HAROLDO LEAL SHIA  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF-PI 0985

*Lan Henrique Freitas Ribeiro PI  
RCFPI1051681193-21 Mat. 14495-B  
Data: 13/06/2019*

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"  
Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520  
CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8





**POLICIA MILITAR DO PIAUI  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

**NOME BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA**  
MEDICO **IDADE: 20 ANOS**

**CONVENIO SUS / INTERNO / ENF. 204 - 01**

**EXAME DE SANGUE**

<b>EXAMES</b>	<b>VALORES NORMAIS</b>	<b>VALORES ENCONTRADOS</b>
GLICOSE	70 - 99 mg/dl	87

TERESINA, 13 DE JUNHO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO  
CAP. QOPMS - FARMAC. / BIOQUIMICO  
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA  
BIOQUIMICO  
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
Farmaceutico-Bioquimico  
CRF-PI 0985

Luz Henrique Vieira - 20001868 - EN PI  
RCPM 102188171-2 Mat 14495-9  
Cadastral Seta do Alvará Testado

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"  
Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245  
CEP 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 CMC: 035.372-8



**Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado):** 75

**Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado):** 120x80

#### Observações

#### Dados de Notificação da Senha

Data	Usuário	Solicitante	Executante
12/06/2019 12:50	Natacha Welia da Silva Costa - Operador Internação - SESAPI	BRUNA RECEBEU A SENHA ; Arlene da Silva Fontenele em 12/06/2019 16:16	; GAUBELINE TEIXEIRA FEITOSA em 12/06/2019 12:03

#### Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
12/06/2019 16:16	Arlene da Silva Fontenele - Estab: Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento Solicitante
12/06/2019 12:03	GAUBELINE TEIXEIRA FEITOSA - Estab: Hospital da Polícia Militar Dirceu Arcos - HPM	Regulada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento
12/06/2019 12:00	DENISE DE SOUSA LEAL MARTINS MOURA - Regulador Internação - SESAPI	Regulada	tempo para transporte
11/06/2019 15:54	Ana Rita Gonçalves Melo - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
11/06/2019 15:43	LUCAS MOUSINHO SILVA RODRIGUES - Estab: Hospital Dr. José da Rocha Furtado	Pendente	





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETTRAN - PI** N° 011377563639  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO  
1 01079049921 2015

NAME  
MARIA DE NAZARE MORAES

PLACA 70059993391 PLACA PIM-4529  
PLACA ANT/UE CHASSI 9C2JB0100GR028488

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FABR. ANO MOD.  
HONDA/POP 110I 2015 2016

CAP/POD/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
02P/0109CC PARTIC VERMELHA

DOTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS  
I 1<sup>º</sup> IPVA  
P  
V 2<sup>º</sup>  
A 3<sup>º</sup> PAGO

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/DOTAS  
00000000

PRÉMIO TARIFÁRIO  
021,50 002,38 023,88

PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURADO PAGO 004,15 000,19 052,14

PB: 000.24  
ALIENACAO FIDUCIARIA  
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

MIGUEL ALVES 07/06/2016

ANHO MÁXIMO DO REGO LOMBO  
DIRETOR GERAL DO DETTRAN - PI

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTICOS DE VIAS TERRESTRES OU POR SURCARGA APEIS TRANSPORTADAS OU NAUFRAGOS SEGURO DPVAT

PI N° 011377563639 BILHETE DE SEGURO

70059993391 PIM-4529 2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

PERÍODO DATA PAGAMENTO  
2015 07/06/2016

VIA COD. RENAVAM MARCA/MODELO  
1 70059993391 HONDA/POP 110I

PLACA PIM-4529

ANO FABR. DATA PAG. N° CHASSI  
2015 00215 9C2JB0100GR028488

PRÉMIO TARIFÁRIO  
021,50 002,38 023,88

VALOR DO BILHETE (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
004,15 000,19 052,14

PAGAMENTO  
 COTA UNICA  PARCELADO 02/06/2016

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.808/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PI N° 011377563639  
 0120160195797 65607578946

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
 074501569475b50e7687Ed12e59b839e5d9140062916

VIA	Nº RENAVAM	PONT	
1	01079049921		
NOME/ENFERMOS			
MARIA DE NAZARE MORAES			
R 14 DE AGOSTO		00030	
URBANO		PI	
CNPJ/MF		PLACA	
70059993391		PIM-4529	
NOME ANTERIOR			
CIRO NOGUEIRA COMERCIO DE MOTOCICLE			
PLACA ANT/UP		CHASSI	
-		9C2JB0100GR029488	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA		GASOLINA	
MARCAS/Modelo		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/POP 110I		2015	2016
CAF/POT/OL		CATEGORIA	
02P/0109CC		PARTIC	
COR PREDOMINANTE			
VERMELHA			
OBSERVAÇÕES			
0 PBT: 000.24			
ALIENACAO FIDUCIARIA ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L			
MIGUEL ALVES		LOCAL	07/06/2016
AMANDA MARTINS DO RIO LOBÃO DIRETOR GERAL DO DETAN - PI			





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO  
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI  
Fone (086) 3265 1116  
CNPJ: 18.488.308/0001-93  
E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO							
CONTROLE:	SERVIDOR: <i>Monica</i>		DATA: <i>11/06/19</i>		HORA: <i>14:33</i>		
<b>01. DADOS DO PACIENTE:</b>							
NOME: <i>Bernardo Freitas de Oliveira</i>				DN: <i>180898</i>		ID: <i>20</i>	SEXO: <i>M</i>
NOME DA MÃE: <i>Eliete de Oliveira Freitas</i>				RG: <i>3.934.782</i>		CONTATO: <i>86 99528700</i>	
CNS: <i>200 007043450106</i>				CEP:			
ENDEREÇO: <i>Rua 02</i>				CIDADE: <i>Miguel Alves</i>		UF: <i>PI</i>	
BAIRRO: <i>Coibe</i>							
FORMA DE ENCAMINHAMENTO:							
<input checked="" type="checkbox"/> DEMANDA ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS							
<b>ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.</b>							
MOTIVO DA PROCURA: <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRIA							
VITAIS/FC:	PA:	SAT. 02:	T:	DOR:	ECG:	GLICEMIA:	PESO:
DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:							
OBSERVAÇÕES: CONFERE COM O ORIGINAL DATA: <i>21/11/19</i> <i>Assinatura</i> ANTONIA R. VIANA DA SILVA							
VERMELHO <input type="checkbox"/>		LARANJA <input type="checkbox"/>		AMARELO <input type="checkbox"/>		VERDE <input type="checkbox"/> AZUL <input type="checkbox"/>	
HORÁRIO: <i>11:00</i>				ENFERMEIRO(A): <i>ANTONIA R. VIANA DA SILVA</i>			
<b>03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO</b>							
<i>Pt com história de trauma motociclistico em braco d há 6h. Evolução com dor intensa d, movimento da e dor em pulso.</i>							
<b>04. EXAMES COMPLEMENTARES</b> <input type="checkbox"/> LABORATORIAL <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> US							
<b>05. DIAGNÓSTICO</b> <i>relevante d de pulso d.</i>							
<b>06. PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> <i>④</i>							
<b>07. CONDUTA</b>							
<input type="checkbox"/> ALTA		<input type="checkbox"/> ÓBITO		<input type="checkbox"/> EVASÃO		TRANSF. RIDO PARA: <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE	
<b>08. HORA/SAÍDA</b> <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> NÃO URGÊNCIA							
MÉDICO/CRM:				ENFERMEIRO(A)/COREN:		PACIENTE:	
MÉDICO CRM: <i>Lucas Moura</i>		ENFERMEIRO(A) COREN:		<i>Patrulhos Correia de Oliveira</i>			

## DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente **Bernardo Freitas de Oliveira** deu entrada neste hospital no dia 11 de junho de 2019, às 14h37min, vítima de acidente de motocicleta, a mesma chegou ao hospital por demanda espontânea.

União (PI), 21 de novembro de 2019.

*Antonia Raimunda Viana da Silva*  
Antonia Raimunda Viana da Silva  
Servidora do HMU.

**HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO**  
Dr. Jose da Rocha Furtado  
CNPJ: 18.488.308/0001-93  
Rua São Paulo, S/N – Bairro São Judas Tadeu.  
CEP - 64.120.000 - União - PI



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 071.170.033-83 4 - Nome completo da vítima: **BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA**

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

 5 - Nome completo: **BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA** 6 - CPF: **071.170.033-83**  
 7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **R. JARDIM MULATO** 9 - Número: **1142** 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: **COHEB** 12 - Cidade: **MIGUEL ALVES** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP: **64.130.000**  
 15 - E-mail: **66)99500SS12**
**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÔR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

 17 - Nome completo do Representante Legal:  
 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

**21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)**
 **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

**AGÊNCIA:** **4288** **08** **CONTA:** **00015 806** **2**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

**AGÊNCIA:** \_\_\_\_\_ **CONTA:** \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

**22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**
 **Declaro**, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotoras, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

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

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

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

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

**34**  
 Impressão  
 digital da  
 vítima ou  
 beneficiário  
 não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data: **MIGUEL ALVES - PI - 21/11/19**
**Ronaldo Freitas de Oliveira**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 10:04:37  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006301004367530000009996744>  
Número do documento: 2006301004367530000009996744

Num. 10533443 - Pág. 29



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

1374 v. 1.1

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000163/2019-90**

**Unidade de Registro:** 20º DP - UNIÃO

**Resp. pelo Registro:** Paulo Roberto Da Silva Nunes

**Data/Hora:** 05/11/2019 - 14:59

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Unidade Policial Responsável**

DP DE MIGUEL ALVES

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

MIGUEL ALVES

**Endereço**

LOCALIDADE GATOS, Nº:

**Complemento**

561398

**Data/Hora**

11/06/2019 - 10:00

**Bairro**

INFORMAR NO COMPLEMENTO

**Ponto de Referência**

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome:** BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

RG: 3934787 SSP PI

**Tipo Envolv.:** VITIMA/Noticiante

Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS

Pai: DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA JARDIM DO MULATO, Nº 1142

Complemento: BAIRRO COHEB

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: MIGUEL ALVES

Telefone(s): 86-9937-9169

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

**Marca:** Honda

**Modelo:** POP110I

**Ano:** 2016

**Placa:** PIM4529

**Chassi:** 9C2JB0100GR028488

**Renavam:** 01079049921

**Cor:**

Vermelha

**Condutor:** BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

RG: 3934787 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA JARDIM DO MULATO Número: 1142 Complemento: BAIRRO COHEB

Cidade: MIGUEL ALVES UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

**Proprietário:** MARIA DE NAZARE MORAES

Cidade: MIGUEL ALVES UF: Bairro:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O noticiante compareceu a esta delegacia a fim de comunicar que na data do dia 11/06/2019, por volta das 10:00min, pilotava a motocicleta acima citada, na localidade Gatos, Zona Rural em Miguel Alves-PI, quando aproximava se da Ponte dos Gatos, o pneu traseiro derrapou, perdeu o equilíbrio, caiu ao chão, onde sofreu uma fratura no punho direito; QUE foi socorrido pelo o Senhor GILBERTO DIAS FERREIRA, levado para Hospital Estadual de União-PI e depois transferido para Hospital da Polícia Militar do Piauí de Teresina-PI; QUE tem como Testemunhas: o Senhor GILBERTO DIAS FERREIRA, RG: 2.960.919, CPF: 602.464.943-60, residente e domiciliado na Rua 02 de Março, nº 365, Bairro Coheb, em Miguel Alves-PI, e o Senhor LUIZ ANTONIO FREITAS DE OLIVEIRA, RG: 3.653.250, CPF: 065.245.193.45, residente e domiciliado Rua Jardim Mulato, nº 1142, Bairro Coheb, em Miguel Alves-PI.

Paulo Roberto Da Silva Nunes - Mat.  
AGENTE DE POL

BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA - Noticiante  
Responsável pela Informação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190653086**      **Vítima: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 11/06/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000004288**

**Conta: 0000015806-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190653086**      **Vítima: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 11/06/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA**

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, contados 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

Carta nº 15145059

Pag. 01791/01792 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020896



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 10:04:37  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006301004367530000009996744>  
Número do documento: 2006301004367530000009996744

Num. 10533443 - Pág. 32

## PROCURACÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

<b>OUTORGANTE</b>	BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	3.934.787
Profissão	RECUSO	CPF nº	071.170.033-83
Endereço	R. JARDIM MULATO 1142		
Bairro	COHEP	CEP	64.130 000
Município/UF	MIGUEL ALVES		

**OUTORGADOS:** **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2.922.535 e CPF nº 038.077.223-00, residente e domiciliado na Localidade São Felipe, zona rural, União – PI.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: **DAR ENTRADA E ACOMPANHAR PROCESSO ADMINISTRATIVO DE SEGURO DPVAT JUNTO À SEGURADORA LÍDER, REFERENTE AO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ -- ACIDENTE OCORRIDO EM 11 / 06 / 2019.**

MIGUEL ALVES - PI, 21 de Novembro de 2019.

**CARTÓRIO DE UNIÃO**  
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobão, 850 - Centro - União/PI - CEP: 64400-000  
Tel./ Cel.: (86) 99493-8833 - CNPJ: 32.228.312/0001-42

Tabelia: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA, DOL. FE. EM TEST. VERDADE. UNIÃO-PI/21/2019. Emol.: 3.857 - 70.077  
FIMP: 0,10 - 0,00:0,24 - TOTAL: 4,58 - SETOR: 92451 - F540/P291

DOCENTE: OLIVEIRA VIEIRA - Tabelia Interina

**OUTORGANTE**

CAMARCA DE UNIÃO  
CIVIL E DE NOTAS - UNIÃO - PI  
Lucinete Oliveira Vieira  
Escrivã Pública Oficial de  
Câmara de Casas de  
Justiça - Mauá

SELO DE FISCALIZAÇÃO  
e AUTENTICIDADE  
Poder Judiciário  
Estado do Piauí  
Arquivo de Notas  
Registros e  
Judicados  
RECONHECIMENTO  
DE FIRMA  
ABT 92551



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

234342

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	2 - CNES <b>2323451</b>	Atendimento
3 - Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	4 - CNES <b>2323451</b>	

## Identificação do Paciente

5 - Nome: <b>BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA</b>	6 - Prontuário: <b>487747</b>
7 - CNS: <b>700007043450106</b>	8 - Nascimento: <b>18/08/1998</b>
11 - Mãe: <b>ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS</b>	9 - Sexo: <b>M</b>
13 - Resp: <b>DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA FILHO</b>	10 - Fone: <b>86-9.95297008</b>
15 - Ender: <b>RUA DOIS 1142</b>	11 - Cor: <b>PARDA</b>
16 - Munic: <b>MIGUEL ALVES</b>	12 - Cod. IBGE: <b>220620</b>
	13 - CEP: <b>64130-000</b>
	14 - UF: <b>PI</b>
	15 - RG: <b>39347-87</b>

## Justificativa da Internação

## 1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Doz e edeme em  
ponto de

## 21 - Condições que justificam a Internação:

Necessite de cura

## 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rx para D

## 23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: **S525**

25 - Cid Sec.: \_\_\_\_\_

26 - Cid C.Ass.

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Luz Henrique Vilela  
HCPM 2017-186173-2 Mat. 1456-3  
Data: 12/06/2019  
Assinatura: [Assinatura]

## Procedimento Solicitado

## 28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020440 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS

2

29 - Clínica: <b>POSTO II</b>	30 - Caráter: <b>02</b>	Ident.: <b>1</b>	31 - Documento: <b>CPF</b>	32 Doc. Med. Solic. <b>16778699841</b>
-------------------------------	-------------------------	------------------	----------------------------	--

33 - Nome Profissional / Assistente  
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

12/06/2019

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

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

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizado	47 - Data Autorização.	50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)
48 - Documento	49 - Num. Documento	

## 51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

1º Trunfoos Ferreira de Oliveira Edmo.

Usuário: **MARIA.DORES**  
Consulta Local:  
Consulta SUS: **201906111118787**  
Impressão: **23:01:28**





**Polícia Militar do Piauí**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



244342

**FOLHA DE INTERNAÇÃO**

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	<b>FICHA DE PRONTUÁRIO</b>		12/06/2019
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		Pront.: 487747
IDEML OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 18/08/1998 Sexo: M Convênio: SUS - INTERNACAO		
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 996719	Enfermaria: POSTO II	ENF 204 LEITO
CLÍNICA	Leito: 204		
	Pai: DOMINGOS FERREIRA DE OLIVEIRA		
	Mãe: ELIETE DE OLIVEIRA FREITAS		
Médico Assistente	RG: 3934787		
Permanência	Residência:		
	RUA DOIS Nr.: 1142 Cep: 64130000	Bairro: COHEB Cidade: MIGUEL ALVES Telefone: 86 - 995297008	
CLÍNICA			

Histórido Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Don e edema eeu  
cwj Dr*

**DIAGNÓSTICO**

Provisório:	CID S525	
Principal:	CID S525	
Procedimento:	CID S525	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico
		<i>Luis Henrique Viana - 2019-06-12 10:21:54 RCPM - 2019-06-12 10:21:54 Sob: 00 Ativo - Término</i>

**TRATAMENTO**

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico			<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

**DURAÇÃO**

Data/Hora de Internação 12/06/2019 22:51:16	Data da Alta: 20/06/2019	Data da Hospitalização / /
--	-----------------------------	-------------------------------

**ALTA**

Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação		

THE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"*

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 10:04:37

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063010043675300000009996744>

Número do documento: 20063010043675300000009996744

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETTRAN - PI** N° 011377563639  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO  
1 01079049921 2015

NOTE  
MARIA DE NAZARE MORAES

70059993391 PLACA PIM-4529  
PLACA ANT/UE CHASSI 9C2JB0100GR028488

BESPECE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FABR. ANO MOD.  
HONDA/POP 110I 2015 2016

CAP/POD/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
02P/0109CC PARTIC VERMELHA

DOTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS  
I 1<sup>º</sup> IPVA  
P  
V 2<sup>º</sup>  
A 3<sup>º</sup> PAGO

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/DOTAS  
00000000

PREMIOS TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURADO PAGO

PBT: 000.24  
ALIENACAO FIDUCIARIA  
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

MIGUEL ALVES 07/06/2016

ANHO MANTER DO REGO LOMBO  
DIRETOR GERAL DO DETTRAN - PI

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTICOS DE VIAS TERRESTRES OU POR SURCARGA APEIS TRANSPORTADAS OU NAUFRAGOS SEGURO DPVAT

PI N° 011377563639 BILHETE DE SEGURO

70059993391 PIM-4529 2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

PERÍODO - DATA PAGAMENTO 2015 07/06/2016

VIA COD. RENAVAM CNPJ PLACA  
1 01079049921 PIM-4529

MARCA / MODELO HONDA/POP 110I

ANO FABR. DATA TAREFA N° CHASSI  
2015 9C2JB0100GR028488

PRÉMIO TARIFÁRIO  
021,50 002,38 023,88

VALOR DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) VALOR DO SEGURO  
004,15 000,19 052,14

PAGAMENTO:  COTA UNICA  PARCELADO DATA DE PAGAMENTO  
02/06/2016

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.808/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PI N° 011377563639  
 0120160195797 65607578946

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
 074501569475b50e7687Ed12e59b839e5d9140062916

VIA	Nº RENAVAM	PONT	
1	01079049921		
NOME/ENFERMOS			
MARIA DE NAZARE MORAES			
R 14 DE AGOSTO		00030	
URBANO		PI	
CNPJ/MF		PLACA	
70059993391		PIM-4529	
NOME ANTERIOR			
CIRO NOGUEIRA COMERCIO DE MOTOCICLE			
PLACA ANT/UP	CHASSI		
-	9C2JB0100GR029488		
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/POP 110I		2015	2016
CAF/POT/OL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
02P/0109CC	PARTIC	VERMELHA	
OBSERVAÇÕES			
0 PBT: 000.24			
ALIENACAO FIDUCIARIA ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L			
MIGUEL ALVES		LOCAL	07/06/2016
AMANDA MARTINS DO RIO LOBOS DIRETOR GERAL DO DETAN - PI			

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412058/19

**Vítima:** BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

**CPF:** 071.170.033-83

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/06/2019

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Titular do CPF:** BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

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

#### BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA : 071.170.033-83

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

#### Portador da documentação apresentada

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 22/11/2019  
Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO  
CPF: 038.077.223-00

Data do cadastramento: 22/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Danielle Nobre de Sousa







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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 SUSEP 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<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 MAVCON JACKSON SILVA DE CASTRO  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.077.223 , 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.170.033 , 83  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.170.033 , 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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>LC SÃO FELIPE</u>	Número:	<u>S/N</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade:	<u>UNIÃO</u>	Estado:	<u>PI</u>	CEP:	<u>64.120 000</u>	
E-mail:							Tel.(DDD):	<u>(86)995005512</u>

Local e Data: MIGUEL ALVES, PI 21/11/19

Mavcon Jackson Silva de Castro  
Assinatura do Declarante



## PROCURACÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

<b>OUTORGANTE</b>	BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	3.934.787
Profissão	RECUSO	CPF nº	071.170.033-83
Endereço	R. JARDIM MULATO 1142		
Bairro	COHEP	CEP	64.130 000
Município/UF	MIGUEL ALVES		

**OUTORGADOS:** **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2.922.535 e CPF nº 038.077.223-00, residente e domiciliado na Localidade São Felipe, zona rural, União – PI.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: **DAR ENTRADA E ACOMPANHAR PROCESSO ADMINISTRATIVO DE SEGURO DPVAT JUNTO À SEGURADORA LÍDER, REFERENTE AO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ -- ACIDENTE OCORRIDO EM 11 / 06 / 2019.**

MIGUEL ALVES - PI, 21 de Novembro de 2019.

**CARTÓRIO DE UNIÃO**  
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobão, 850 - Centro - União/PI - CEP: 64400-000  
Tel./ Cel.: (86) 99493-8833 - CNPJ: 32.228.312/0001-42

Tabelia: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: BERNARDO FREITAS DE OLIVEIRA, DOL. FE. EM TEST. VERDADE. UNIÃO-PI/21/2019. Emol.: 3.857 - 70.077  
FIMP: 0,10 - 0,00 - 0,24 - TOTAL: 0,34 - SETOR: 92451 - F540/P291

DOCENTE: OLIVEIRA VIEIRA - Tabelia Interina

**OUTORGANTE**

CAMARCA DE UNIÃO  
CIVIL E DE NOTAS - UNIÃO - PI  
Lucinete Oliveira Vieira  
Escrivã Pública Oficial de  
Câmara de Casas de  
Justiça - Mauá

SELO DE FISCALIZAÇÃO  
e AUTENTICIDADE  
Poder Judiciário  
Estado do Piauí  
Arquivo de Notas  
Registros e  
Judicados  
RECONHECIMENTO  
DE FIRMA  
ABT 92551