
Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624569

Vítima: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

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, 23 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190624569

Vítima: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 08/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

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: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003506-8

Conta: 0000036926-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

1 - 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: 061.260.943-01 4 - Nome completo da vítima: Italo Luis Barbosa da Silva

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

5 - Nome completo: Italo Luis Barbosa da Silva 6 - CPF: 061.260.943-01
7 - Profissão: Unleaded 8 - Endereço: R. Didimo C. Branco 9 - Número: 1374 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Parque Alencar 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64005-310
15 - E-mail: lideansseguros2@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6569

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 3506 8 CONTA: 36.926 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

34 - Impressão digital de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 30/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Italo Luis Barbosa da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
23/09/2019 AUTO-ATENDIMENTO 12,26 51
839773411

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: ITALO LUIS BARBOSA SILVA
AGENCIA: 3506-8 36,926-8

Saldo

DISPONIVEL

JUROS

IOF

INFORMACOES CDC INDISPONIVEIS

O SEU CARTAO JA ESTA DISPONIVEL EM SUA AGENCIA.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003657/2019-05

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Jerônimo Soares Lima Júnior

Data/Hora: 23/09/2019 - 12:01

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA PEDRO BRITO, Nº:

Complemento

557341

Data/Hora

08/08/2019 - 14:15

Bairro

PARQUE ALVORADA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

RG: 3559935

Mãe: LILIA PATRICIA BARBOSA DA SILVA

Pai: ANTONIO LUIS ALVES DA SILVA

Endereço: RUA DÍDIMO CASTELO BRANCO, Nº 1374

Bairro: PARQUE ALVORADA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA CG 160 FAN, PLACA PIZ-8859, COR BRANCA, RENAVAM 01169151822, PROPRIEDADE DE SAMARA DE SOUSA BARROS FEITOSA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO AO PASSAR SOB UM BURACO PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR. QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HUT (PRONT. 331679). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Jerônimo Soares Lima Júnior - Mat.
AGENTE DE POL.

ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA
ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Parreira
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 061.260.943-01 4 - Nome completo da vítima: Italo Luis Barbosa da Silva

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

5 - Nome completo: Italo Luis Barbosa da Silva 6 - CPF: 061.260.943-01
7 - Profissão: Vendedor 8 - Endereço: R. Didimo C. Branco 9 - Número: 1374 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Parque Alvorada 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64005-310
15 - E-mail: ediane@seguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 3506 8 CONTA: 36.926 8 (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 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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Informação digital da vítima ou beneficiário não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 30/10/19

Italo Luis Barbosa da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 1244	02 Data do chamado 09/08/15	03 PRO (código) 2878	04 Saída do PA 1445	05 Chegada ao local 1459
	06 Saída do local 1505	07 Chegada ao 1º hospital 1513	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço R. Pedro Brito.				
	11 Bairro P. Alvarado	12 Município UF TAP PI	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Cruze. Zelia Boti.				
	14 Nome Italo Luis Barbosa da Silva	15 Sexo Masculino			
Dados de Ocorrência	16 Idade 28	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	
	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			
Acidente de Transporte	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 3 - Espontânea 2 - À voz 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 3 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 3 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 75 Resp. 20 PA 140/80 TAX. 28.1 SatO2 98.1
Exame Físico	25 Local da lesão	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial ☐ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não			
	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito 1				
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☐				
	32 Hospital de Destino: HUI ☐ Não Removido				
Hospital de Destino	33 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado				
	34 Óbito: 1-Sim 2-Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar	Refere dor em uma região lombar.				
	S.O.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
AMZ		AE/TE João da Cruz		Conductor Costa	



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

Ortopedia

Imp: 08/08/2019 15:48:43
(User: DALLARA BARROSO)
(Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA	Prontuário:	331679
Mãe:	LILIA PATRICIA BARBOSA DA SILVA	Pai:	ANTONIO LUIS ALVES DA SILVA
End.Resid.:	RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	19/01/1995	Idade:	24a6m20d
Responsável:	SAMARA	Sexo:	Masculino
Profissão:	VENDEDOR	Fone:	86-94774-635
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	CNS:	898003446158393
		Documento:	RG: 3559935 - SSP-PI
		E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	735075	Entrada:	08/08/2019 15:19:56	Convênio:	S U S	Proced:	0301060061
Motivo da Procura	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
(Conforme Paciente/Acomp):							
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco:	CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 08/08/2019 15:33:06	
HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO "CAIU EM BURACO" HÁ 30MIN.RELATO DE TCE, TRAUMA EM MSD, R LOMBAR, MMII, ESCORIAÇÃO EM JOELHO E.NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC)		
ECG=15		
FAZIA USO DE CAPACETE ,MAS SACOU-O.(SIC)		

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente sofreu acidente de trânsito (motocicleta) há aproximadamente 40 minutos. Fazia uso de capacete no momento do acidente. Trazido pelo SAMU com uso de colar cervical. Nega vômitos, otorragia e epistaxe, e nega perda de consciência no momento do acidente. Queixa-se de dor em mão e punho direito.

Vias aéreas pervias, fonação preservada. AP: MV+AHT, SRA, expansibilidade preservada, sem dor ao movimento respiratório. AC: BNF, RR2T, SS. Abd plano, flácido, depressível, indolor à palpação. Pelve estável, indolor à mobilização. Extremidades normoperfundidas. ECG: 15. Pupilas isocóricas, fotorreagentes. Escoriações braço, mão, joelho e tornozelo esquerdos e cotovelo direito.

Diagnóstico Inicial:
?

Exames Complementares:

(1279878) - MÃO DIREITA
(1279879) - PUNHO DIREITO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Samara de Sousa Barros Feitosa
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Roteldo Rego
CRM-PI 5531/CRM-MA 8437
562.0
0428020466
Dr. Antonio de Alencar
CRM-PI 1391
MARIA DALLARA BARROSO E SILVA
CRM-PI 6815 - PI Em: 08/08/2019 15:48:41

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: 19/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03506-8

CONTA: 000000036926-8

Nr. da Autenticação BBE22A638283181D

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 027173807

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS
SETEMBRO/2019 VENCIMENTO 19-09-2019

CONSUMO (KWh) 75 TOTAL A PAGAR (R\$) 74,30

LILIA PATRICIA BARBOSA FRANCO
R. DIDIMO C BRANCO 1374 1 PARQUE ALVORADA
CPF: 00002802302302

DESCRIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA 310 - TERESINA

DATAS DA LEITURA

Atual:		Atual:	
Anterior:	451	Anterior:	12/09/2019
Constante de Multiplicação:	376	Próxima Leitura:	13-08-2019
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	14-10-2019
Consumo Faturado:	75	Apresentação:	11-09-2019
Forma de Faturamento:	Consumo de Inregular FCM	Dias de Consumo:	12-09-2019

Classe/Subclasse NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA 30

RESIDÊNCIA MONO A2186093 DESCRIÇÃO DA CONTA 1.1.1 68

AGO/19	82	CONSUMO	75 A R\$ 0,912203 =	68,41
JUL/19	72	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,89
JUN/19	73	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,99	
MAI/19	76			
ABR/19	73			
MAR/19	0			
FEV/19	66			
JAN/19	63			
DEZ/18	63			
NOV/18	115			

TARIFA DE TRIBUTOS:
Q A 75 - 0,655010

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano 08/2019 Valor R\$ 83,15
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27-09-2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na CADINRA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode pagar pelas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos telefones canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	0547. B8AD. FAC3.3F33.0177.0351. AC4D. 9300			Alíquota ICMS:			
Energia:				Valor do ICMS:	68,41	53,36	
Transmissão:	14,39			Valor do PIS:	22,00%		
Encargos:	27,77			Valor do COFINS:		15,05	
Tributos:	4,69						
	2,30	INDICADORES DE CONTINUIDADE		1,40%		0,75	
	10,26	FIC		6,49%	IMC	3,46	
		Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite							
Realizado							
Conjunta	5,08	10,15	20,30	3,43	6,86	13,72	2,86
	0,00			0,00			0,00

TERESINA

SEU CÓDIGO 07/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 75,49



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Italo Luis Barbosa da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 061.260.943/01 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Italo Luis Barbosa da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.260.943/01 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>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 30 de Outubro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

Eu, Samara de Sousa Barros Feitosa
RG nº 2.670.851, data de expedição 23/02/05
Órgão SSP / PI, portador do CPF nº 041.783.623-64
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. didimo e Branco Parque Alvorada, nº 1374
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Italo Luis Barbosa da Silva, cujo o condutor era
Italo Luis Barbosa da Silva
Veículo: motocicleta Modelo: Honda / CG 160 Fan Ano: 2018
Placa: PIZ 8859 Chassi: 9C2KC22001R175961
Data do Acidente: 08/08/19

Local e Data:

Teresina Piauí 23/09/19

Samara de Sousa Barros Feitosa

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escritório Autorizado
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Orlando Marques, 1271 - Centro - CEP: 64010-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3321-9179 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Situação: Qualificação Cartório de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SAMARA DE SOUSA
BARROS FEITOSA. DOU PE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 23/09/2019. Selo: AAJ44245-T54D
www.tjpi.jus.br/portalextra

ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:172
DECLARAÇÃO DE PROP DE VEICULO

ARTÓRIO - OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado

01 N° do chamado: 1244
02 Data do chamado: 08/08/15
03 PRO (código): 2888
04 Saída do PA: 1445
05 Chegada ao local: 1459
06 Saída do local: 1505
07 Chegada ao 1° hospital: 1518
08 Saída do 1° hospital:
09 Chegada ao 2° Hospital:
10 Endereço: Rua Zélia Botai
11 Bairro: Pq. Alvarada
12 Município/UF: Teresina/PI
Código IBGE:
13 Ponto de referência:
14 Nome: Italo Luiz Barbosa da Silva
15 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado

Local de Ocorrência

16 Idade: 28
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ☐ 1-Sim ☒ 2-Não ☐ 9-Ignorado
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

Dados do Paciente

19 Vitima: ☒ 1-Pedestre ☐ 2-Conducutor ☐ 3-Passageiro ☐ 9-Ignorado
20 Meio de locomoção: ☒ 1-A pé ☐ 2-Automóvel ☐ 3-Motocicleta ☐ 4-Bicicleta
21 Outra parte envolvida: ☐ 1-Automóvel ☐ 2-Motocicleta ☐ 3-Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4-Bicicleta
22 Equipamentos de segurança: ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança

Acidente de Transporte

23 Glasgow = 15
ABERTURA OCULAR:
01 - Espontânea
02 - À voz
03 - À dor
04 - Nenhuma
RESPOSTA VERBAL:
01 - Orientada
02 - Confusa
03 - Palavras inapropriadas
04 - Palavras incompreensíveis
05 - Nenhuma
RESPOSTA MOTORA:
01 - Obedece a comandos
02 - Localiza dor
03 - Movimento de retirada
04 - Flexão anormal
05 - Extensão anormal
06 - Nenhum

Exame Físico

24 Sinais Vitais:
Pulso: 75
Resp.: 20
PA: 140/80
TAX: 28
SatO2: 98%
25 Local da lesão:

26 Pupilas: ☒ 1-Iguals ☐ 2-Desiguais
27 Pulso: ☒ 1-Cheio ☐ 2-Fino ☐ 3-Ausente
28 Sangramento: ☒ 1-Sim ☐ 2-Não
29 Escala de Dor de 0 a 10:

30 Fratura: ☐ 1-Sim ☐ 2-Exposta ☐ 3-Fechada ☒ 4-Não ☐ 5-Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não):
Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia ☐
Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso ☐
Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☐

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUI
33 Condições de entrada: ☒ 1-Melhorado ☐ 2-Piorando ☐ 3-Inalterado
34 Óbito: ☐ 1-Sim ☐ 2-Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Referir dor em alguns pontos lombares.

Assinaturas

Responsável pela recepção:
Socorristas Médico:
Enfermeiro Conducutor:



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Italo Louis Barbosa da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 331679

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".

**HUT - 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

*Ortopedia***BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

Imp: 08/08/2019 15:48:43

(User: DALLARA BARROSO)

(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA		Prontuário: 331679
Mãe: LILIA PATRICIA BARBOSA DA SILVA	Pai: ANTONIO LUIS ALVES DA SILVA	
End.Resid.: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 19/01/1995	Idade: 24a6m20d	Sexo: Masculino Fone: 86-94774-635
Responsável: SAMARA	CNS: 898003446158393	
Profissão: VENDEDOR	Documento: RG: 3559935 - SSP-PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 735075	Entrada: 08/08/2019 15:19:56	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO "CAIU EM BURACO" HÁ 30MIN.RELATO DE TCE, TRAUMA EM MSD, R LOMBAR, MMII, ESCORIAÇÃO EM JOELHO E NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC) ECG=15 FAZIA USO DE CAPACETE, MAS SACOU-O. (SIC)		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 08/08/2019 15:33:06

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg
----------------------	-----------------------	------------------------	-------------------	----------------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente sofreu acidente de trânsito (motocicleta) há aproximadamente 40 minutos. Fazia uso de capacete no momento do acidente. Trazido pelo SAMU com uso de colar cervical. Nega vômitos, otorragia e epistaxe, e nega perda de consciência no momento do acidente. Queixa-se de dor em mão e punho direito.

Vias aéreas pervias, fonação preservada. AP: MV+AHT, SRA, expansibilidade preservada, sem dor ao movimento respiratório. AC: BNF, RR2T, SS. Abd plano, flácido, depressível, indolor à palpação. Pelve estável, indolor à mobilização. Extremidades normoperfundidas. ECG: 15. Pupilas isocóricas, fotorreagentes. Escoriações braço, mão, joelho e tornozelo esquerdos e cotovelo direito.

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

Exames Complementares:

(1279878) - MÃO DIREITA
(1279879) - PUNHO DIREITO

Prescrição Médica:**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Antonio de Alencar
ORTOPEDIA
CLÍNICA E CIRURGIA
CRM-PI 1391
MARIA DALLARA BARROSO E SILVA
CRM: 6815 - PI Em: 08/08/2019 15:48:41



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

244785

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

6 - Prontuário: 331679

7-CNS: 898003446158393

8-Nascimento: 19/01/1995

9-Sexo: Masculino

RG: 3559935 - SSP-PI

11-Mãe: LILIA PATRICIA BARBOSA DA SILVA

12-Fone: 86-94774-635

13-Resp: SAMARA

14-Cor: Sem Informação

15-Ende: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010

Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

- Dor em um dos
punhos D.

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do osso navicular [escafoide] da mão

24-CID Prim:

S620

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408020466

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

Tempo SUS

2

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

838.230.773-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

34-Data Solicitação:

08/08/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50 - Assinatura Paciente ou Responsável:

51-Data: (VALDENICE MENDES)

Consulta Local: 735075

Consulta SUS:

Impressão: 08/08/2019 16:58:18

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 231224
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AJH: 2219101801708

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 898003446158393	NOME DO PACIENTE ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA	NASCIMENTO 19/01/1995	SEXO M	PRONTUÁRIO 331679
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE LILIA PATRICIA BARBOSA DA SILVA	RESPONSÁVEL SAMARA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE 000	
BAIRRO PARQUE ALVORADA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTOCICLETA) HÁ APROXIMADAMENTE 40 MINUTOS. FAZIA USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE. TRAZIDO PELO SAMU COM USO DE COLAR CERVICAL. NEGA VÔMITOS, OTORRAGIA E EPISTAXE. E NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO ACIDENTE. QUEIXA-SE DE DOR EM MÃO E FUNHO DIREITO. VIAS AÉREAS PÉRVIAS. FONCAÇÃO PRESERVADA. AP: MV+AHT, SRA. EXPANSIBILIDADE PRESERVADA. SEM DOR AO MOVIMENTO RESPIRATORIO. AC: BNF, RR2T, SS. ABD PLANO, FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLÓR A PALPAÇÃO. PELVE ESTÁVEL. INDOLÓR A MOBILIZAÇÃO. EXTREMIDADES NORMOPERFUNDIDAS. ECG: 15. PUPILAS ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTES. ESCORIAÇÕES BRAÇO, MÃO, JOELHO E TORNZELO ESQUERDOS E COTOVELO DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S620 - FRATURA DO OSSO NAVICULAR ESCAFOIDE DA MÃO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020466 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

08/08/2019

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

CPF: 83823077368

CRM:

DATA ADMISSÃO

08/08/2019 15:19

DATA ALTA

10/08/2019 09:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

CPF: 97939460363

CRM:

DATA ANALISE: 08/08/2019 17:17:00

NOME DO PROFISSIONAL (PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA)

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09 / 08 / 19

NOME DO PACIENTE: Italo Luis Barbosa de Almeida

DIAGNÓSTICO:

ANESTESIA:

CIRURGIÃO: Dr. André

AUXILIAR:

ANESTESIA: Dr. Ana Beatriz

INSTRUMENTADORA: Salange

PROFISSIONAL Nº: 231679

CIRURGIA:

Nº DA SALA: 02

CPF Nº:

CPF Nº:

CPF Nº:

CPF Nº:

André Leal de Vasconcelos
Cirurgião de Formação em Cirurgia Geral
CRM: 4885 RCE: 25557279

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	09		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	09		LUVA Nº 6.5 7.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5 8.0	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ÁLCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	80	
COMPRESSA	PAC.	08		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	01		<i>Emprego</i>	ee	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO				
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	3-0	01					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							



BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosinteseprima.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place • Caiçara
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosinteseprima.com.br

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

Nome do Hospital: HUT

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome Valda

Herbert

Código Romp Nº _____

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

01 mini-parafuso de auto-compressão
Nº 20

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 09.08.19

DATA DA ALTA ____/____/____

PACIENTE - Nome: Italo Luis Barbosa da Silva

Nº AIH: 244785

Nº do Prontuário: 331679

Data da Internação ____/____/____

Procedimento Médico Realizado: 0408020466

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. André Leal de Vasconcelos

CRM Nº _____



244785

19-CEP: 64000-010

3

41. *Pharm Med. Sol. (CRM)*

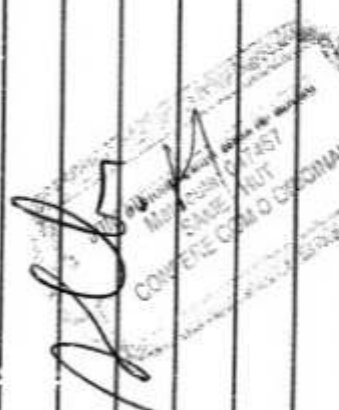
FRUTINA ESCAFÓIDE.

49-Ass.Carimbo (Rq.Conselho)

52-CNS/CPE:

52-CNS/CPF: *Jose de Ribamar Santos Filho*
Assessor de Auditoria - DRCAAFMS
CRM-4-1888-CPF: 373.206.453-00
CNS 170600533260002
(ALCINA OLIVEIRA)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
TALO LUIS BARBOSA		331679	19/01/1995	24	Ortopédica	234	EXT. 2	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES		
08/08/2019	FRAT ESCAFOIDE							
10/08/19								
1	Dieta oral livre							
2	Jeito salinizado							
3	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
4	cefalotina 1g+ AD EV 6/6H							
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
6	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs							
7	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
8	Curativos diários							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
								
Dr. Jordano Cronemberger / Dr. Yuri Jvago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM3415-TEOT10029		CRMPI2308		CRM3766-TEOT11305		CRM3367		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

~~THOR~~ WIS BOLSON

NOME DO PACIENTE

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUARIO

CLÍNICA

Ortopédica

ENF. OU AP LEITO

F. OU AP LEITO
2341 CVT.

MÉDICO ASSISTENTE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

1 | DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO

2 SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN

3|RANITIDINA 50 – 1 AMP + AD EV 12/12H

4. CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H

5 DIPIRONA 1G - 1/2 AMP + AD EV 6/6 H

6TILATIL 20mg-AMP-1AMP+AD EV 12/12H

7 | TRAMAL 100mg-1 AMP+100ml SFO.9% 8/8H SN

8. CURATIVO

9|CCGG*SSW

~~Andre Leal de Vasconcelos~~
64523523230

CONFERENCE DE SANTANA

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () ALTA DEPENDÊNCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 19 / 08 / 2019

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: (☒) Consciente (☒) Orientado () Torporoso () Glasgow: AG / RV / RM =	
2. Locomoção: (☒) Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Parêstesia () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor	
3. Respiração: (☒) Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () () Sem O ₂ () Com O ₂ :	
4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () BT (☒) Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:	
5. Dieta: (☒) VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()	
6. Abdômen: (☒) Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:	
7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integra () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriações () JLP's	
8. Hidratação: () JVP () JAVC () JOutros:	
9. Drenos: () Suctor () Torácico () DVE () Kher () Penrose () Outros:	
10. Diurese: (☒) Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros:	
11. Evacuações: () Presentes () Constipado dias () Diarréia dias () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:	
12. Admissão: 12.1: Alergias (☒) Não () Sim, Quais? 12.2: Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais? Data? 12.3: Comorbidades: (☒) Não () DM () HAS () Outros, Quais? 12.4: Medicamentos de uso contínuo:	
17:30 - paciente admitido nesta clínica, pro- cedendo da SAPA no 225 de escape.	

NOME: Julia IDADE: 8 anos DATA: 09/08/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO: 15h30min TIPO DE ANESTESIA: GERAL RAQUE: RAQUE BLOQUEIO: BLOQUEIO PERIDURAL: PERIDURAL SEDACÃO: SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA: Osteotomia de excisão CIRURGIÃO:

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>124/68</u>		<u>106/67</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>83</u>		<u>62</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97</u>		<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>/</u>		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Julia Celina</u>		

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

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

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
 ASS.: Andelma 484.168

SONDA VESICAL	DRENO DE SUCÇÃO	DRENO TORACICO	DVE	COLOSTOMIA	SONDA NASOG	SONDA NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em por de
ostiotomia de excisão; segue calmo, consciente, aa.
Enferm. Andelma 484.168

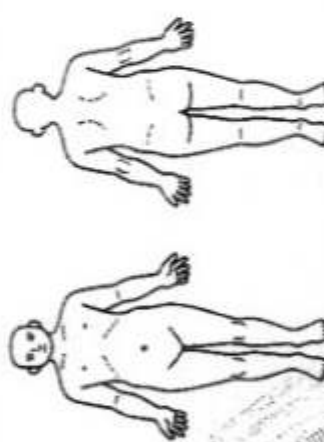
RAIO-X REALIZADO
 DATA: 09/08/19 HORA: 17:00h
 TÉCNICO:

ESCRITURA MÉDICA
 ALTA SRPA
 ANESTESIOLOGISTA
 ANTONIO CORTEZ
 CRM-PI 3.736

CAMINHAMENTO: EXTERNO SAIA DE GESSO IMAGENS E GRÁFICOS
 STO: 1 2 3 EMERGÊNCIA PED. UTI PED NEURO GERAL 4 QUEIM. CLÍNICA PED MORT NEU CIR MED

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

ME: Stelvio Luis Barbosa Silva PRONTUÁRIO: IDADE: ENFERMARIA/LEITO: GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 09.08.19

SINAIS VITAIS					ENTRADAS			SAÍDAS			
IORA	T	P	R	PA	SAT. O	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18											
24											
06											
ESCALA DE BRADEN:					PONTOS:	CONTROLE:	MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"				
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação): Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma					4	ALTO RISCO AR: <12					
ATIVIDADE (Limitação): Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma					4	MEDIO RISCO MR: 12 a 14					
MOBILIDADE (Limitação): Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma					3	BAIXO RISCO BR: > 14					
AUTOCUIDADO (Limitação): Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma					4						
FRICÇÃO E CIBALHAMENTO: Problema 2-Problema Potencial 3-Nenhuma/Problema					3						
TOTAL:					21	CLASSIFICAÇÃO BR					

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:

HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0	PONTOS:	CONTROLE:
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0	0	SEMI RISCO SR: 0-24
AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma	0	BAIXO RISCO BR: 25-50
TERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20 NÃO - 0	0	ALTO RISCO AR: > 51
MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Bem coordenada, acamado, cadeira de rodas - 0	0	CLASSIFICAÇÃO: SR
ESTADO MENTAL: Capacidade de decisão / Esquecimento - 15 / Orientado / Capacidade de aprendizagem / Limitação - 0	0	
TOTAL:	20	

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: ☒ Consciente ☐ Orientado () Torporoso Glasgow:	
2. Locomoção: ☒ Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Parêntese () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor	
3. Respiração: ☒ Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () Sem O ₂ () Com O ₂ :	
4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () 2T () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:	
5. Dieta: ☒ SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT ☒ Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()	
6. Abdômen: ☒ Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:	
7. Pele e mucosas: ☒ Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integro () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões/Bolhas () Escoriações () LPPs	
8. Hidratação: ☒ Adequada () H2O () Torácico () DVE () Kher () Suctor () Outros:	
9. Diurese: ☒ Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros:	
11. Evacuações: ☒ Presentes () Constipado dias () Diarréia () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:	
12. Alergias () Não () Sim- Quais:	

1ª Enfermeira
Enfermeira
COREN: 149472



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA		331679	Otorrinolaringologia	conceder		
DATA/HORA CÓDIGO	PREScrição Médica	Ponto 2	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES / ALERGIAS		
	FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITO					
08/08/19						
1	Dieta oral LIVRE					18h Prescrito AUP com felco nº 20 - Ecto
2	SF 0,9% 1000 ml EV P/ 24H					
3	Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h	Tatiana Dias Visto Nutricional GENIPI 4434	(E) (P) 24/08/19 R.B.			
5	TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H					
6	Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS					
7	CCGG E SSV					
8	 Dr. Renato de Fátima CRM 23104/MG					
	Claudia Amaral FL					Flora
	DR RAL RUBEN					Ao re 136 Cirurgião e Dr. Amador, Leite

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

24: 331679

Nome do Paciente **ITALO LUIZ BARBOSA (DE) DA SILVA**

Diagnóstico pré-operatório **FRATURA ESCAFÓIDE ①**

Operação - Tipo **OSTEOSSÍNTESE ESCAFÓIDE.**

Cirurgião **LA** 1º Assistente

2º Assistente **André Leal de Vasconcelos** 3º Assistente

Instrumentador(a) **CRM: 4803 RQE 2555/2579** Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação Início Fim

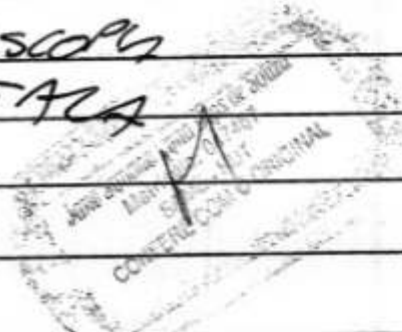
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- ① PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO + SEDAC
- ② ASSÉPSIA, ANTISSEPSIA + CAMPOS
- ③ REDUÇÃO INCRUENTA + PINAGEM PERCUTÂNEA
COM PORAFUSO DO HERBERT 20. APS
FIO GUIA
- ④ CONFERÊNCIA COM RADIOSCOPIA
- ⑤ SURTA + CURATIVO + TACA





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 331679)
 Endereço: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 19/01/1995 Idade: 24a6m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735075
 Requisição: 985554 Solicitação: 08/08/2019 Solicitante: MARIA DALLARA BARROSO E SILVA
 Controle: 1279879 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 08/08/2019

PUNHO DIREITO

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

- Fraturas completas recentes no osso escafoide do carpo e no estiloide ulnar.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 331679)
 Endereço: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 19/01/1995 Idade: 24a6m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735075
 Requisição: 985554 Solicitação: 08/08/2019 Solicitante: MARIA DALLARA BARROSO E SILVA
 Controle: 1279878 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 08/08/2019

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes no osso escafoide do carpo e no estiloide ulnar.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE					
Staleiun Barbosa da Silva							
DATA: 09/08/2014	P. ARTERIAL 125x75	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA		DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		Normal					
SISTEMA CIRCULATÓRIO		Normal					
SISTEMA RESPIRATÓRIO		Normal					
SISTEMA DIGESTIVO		Normal					
ESTADO MENTAL		SISTEMA URINÁRIO		ASMA		BRONQUITE	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		CORTICOIDES		ATARAXICOS		OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		APLICADO AS		FÍSICOS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3					
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 300 200 100					
TEMPERATURA T		C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO		38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS		Bloqueio Axilar e Amel. pleto + Sedação					
OPERAÇÕES		Escabiode					
CIRURGIÕES		André					
ANESTESISTAS		Uma Zetunz C.P. Romo					
Realizada monitorização id. do paciente e realizada oxigenação e hemograma com manutenção saturação ex. cateter de O2.							
PARITICULARIDADES							
INCIDENTE - ACIDENTE		NÃO HOUVE					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		REG					

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 331679)
Endereço: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 19/01/1995 Idade: 24a6m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735075
Requisição: 985578 Solicitação: 08/08/2019 Solicitante: MARIA DALLARA BARROSO E SILVA
Controle: 1279935 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 08/08/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

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

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 331679)
Endereço: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 19/01/1995 Idade: 24a6m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735075
Requisição: 985578 Solicitação: 08/08/2019 Solicitante: MARIA DALLARA BARROSO E SILVA
Controle: 1279933 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 08/08/2019

OMBRO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA** (Prontuário: 331679)
Endereço: RUA DIDIMO CASTELO BRANCO, 1374 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 19/01/1995 Idade: 24a6m27d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 244785
Requisição: 985899 Solicitação: 09/08/2019 Solicitante: ANDRE LEAL DE VASCONCELOS
Controle: 1280570 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 26

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 09/08/2019

PUNHO DIREITO

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

- Fratura recente alinhada no osso escafoide do carpo fixada com parafuso metálico.
- Tala gessada.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Italo Luis Barbosa da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.559.935 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/01/11

NOME ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

FILIAÇÃO LILIA PATRICIA BARBOSA DA SILVA
ANTONIO LUIS ALVES DA SILVA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 19/01/1995

SOC. ORIGEM CERT.N. SC. 227469 L A278 F 308
EXP TERESINA-PI 23/01/95

TERESINA-PI 061.260.943-01

ASSINATURA DO DIRETOR

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

TERESINA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389059/19

Vítima: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

CPF: 061.260.943-01

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 08/08/2019

Titular do CPF: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA : 061.260.943-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624569 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 08/08/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO. P8/14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS. P7/15
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190624569 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 08/08/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO. P8/14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSOS. P7/15
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Italo Luis Barbosa da Silva
 RG: 3.559.935 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 07/08/11
 CPF: 061.260.943-01 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Vendedor
 ENDEREÇO: R. Didaxo c Branco Nº: 1374
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Parque Alvorada
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64005-310 TELEFONE: _____

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSS/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: RECUSO
 ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO Nº: 544
 BAIRRO: CENTRO CIDADE: TERESINA UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Italo Luis Barbosa da Silva

Data do acidente de trânsito: 08/08/2019

Cobertura da vitima: Invalidez

1º OFÍCIO

LOCAL / DATA:

Teresina Piauí 23/09/19.

ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO

Registros de Imóveis - Notas - Títulos e Documentos - Pessoa Jurídica

RECORREO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR. EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ.

TERESINA, 23/09/2019 13:02:54

SELO AAJ54890 - SRH9 CONSULTE A AUTENTICIDADE EM

www.tjpi.jus.br/portalextra



SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO
 Notas - Registro de Imóveis 2ª Zona
 Louany Lima Coimbra Melo
 ESCRIVENTE AUTORIZADA
 Teresina-Piauí

LOUANY LIMA COIMBRA MELO - ESCRIVENTE
 Emol. R\$ 3,86 TJ; R\$ 0,77 MP; R\$ 0,10 Selo; R\$ 0,26 Total: R\$ 4,99

GANTE (BENEFICIÁRIO).

utêntica e verdadeira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389059/19

Vítima: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

CPF: 061.260.943-01

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 08/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ITALO LUIS BARBOSA DA SILVA : 061.260.943-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa