
Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631464

Vítima: GEOVANE GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVANE GOMES 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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631464

Vítima: GEOVANE GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEOVANE GOMES 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 ombros
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: GEOVANE GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003828

Conta: 0000021081-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 061.110.083-58 4 - Nome completo da vítima: Gleivane Gomes 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: Gleivane Gomes da Silva 6 - CPF: 061.110.083-58
7 - Profissão: Armado 8 - Endereço: R. Terra Nova 9 - Número: 2055 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Monte Alegre 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: leivasenrigues20@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 86 39534-6565

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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
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: 3828 CONTA: 21081 3
(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 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) 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 (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 - _____
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 06/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Gleivane Gomes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
TERCEIRA DELEGACIA DE POLICIA DE CAXIAS - 3 DP CAXIAS
Endereço: JERUSALEM, s/n - COHAB , Fone: (99)3521-1220.

OCORRÊNCIA Nº: 701/2019 - Registrado em 24 de Junho de 2019 às 8:56h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 06/03/2019 às 00:10hs/ Quarta-Feira

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA DE LESAO CORPORAL PROVOCADO PELA PROPRIA VITIMA

LOCAL

55 91 72

Município: CAXIAS

Estado: MA

Logradouro:

Nº: CEP:

Bairro:

Tp de Local: VIA URBANA

Referência: AVENIDA CENTRAL

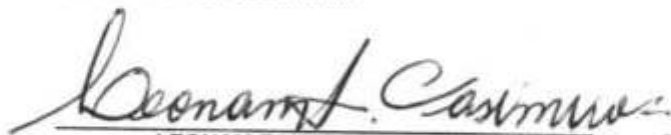
ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

GEOVANE GOMES DA SILVA (26), do sexo masculino, Brasileira, Solteiro, exercendo a profissão de Armador carpinteiro, RG Nº: 6111008358/SSPMA, CPF: 061.110.083-58, nascido em 29/12/1992, natural de CAXIAS - MA, PAI: JOSE DE RIBAMAR CONCEICAO DA SILVA e MÃE: MARIA JOSE GOMES DA SILVA, Endereço: 3360 - Bairro: Pai Geraldo - CAXIAS - MA.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE NA DATA ACIMA CITADA TRAFEGAVA NA AVENIDA CENTRAL NO SENTIDO AO BAIRRO PAI GERALDO, EM UMA MOTO HONDA/CG 150 TITAN EX DE COR BRANCA DE PLACA-PSJ-9666-MA ANO 2015 RENAVAL-1072876822 CHASSI-9C2KC1660FR012832, QUANDO PASSAVA EM FRENTE AO SUPERMERCADO CARVALHO UMA MULHER PILOTANDO UMA BIS VERMELHA ATRAVESSOU A FRENTE DO COMUNICANTE COLIDINDO COM O MESMO PROVOCANDO SUA QUEDA QUE EM CONSEQUENCIA FICOU LESIONADO NO OMBRO ESQUERDO. O FATO FOI REGISTRADO PARA AS PROVIDÊNCIAS.



LEONAM FONSECA CASIMIRO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula: 1880626



MARIA VANILDE DA SILVA
ATENDENTE


GEOVANE GOMES DA SILVA
COMUNICANTE

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: 061.110.083-58 4 - Nome completo da vítima: Gleivane Gomes 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: Gleivane Gomes Da Silva 6 - CPF: 061.110.083-58
7 - Profissão: Armado 8 - Endereço: R. Terra Nova 9 - Número: 2055 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Monte Alegre 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: leonaseguros2@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 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
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: 3828 CONTA: 21081 3
(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 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) 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 (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 - Imprescindível a assinatura da vítima ou representante legal habilitado
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 06/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

UPA 24H

GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Sequencial Diário 1

Guia N°
19017007

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE: 76979 - GEOVANE GOMES DA SILVA

NASC.: 29/12/1992 IDADE: 26 anos 2 m

NOME SOCIAL/APELIDO:

CARTÃO SUS: 701201004736119

SEXO: MASCULINO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)

RAÇA/COR: PARDA

ETNIA: NAO SE APL

NATURALIDADE:

NOME DA MÃE: MARIA JOSÉ GOMES DA SILVA

NOME DO PAI:

OCUPAÇÃO:

MACROREGIÃO: CAXIAS

TIPO DOC.: IGNORADO

N° DOC.:

N° CPF:

EMAIL:

ACOMPANHANTE:

LOGRADOURO: AVENIDA CENTRAL, N° 3360

BAIRRO: JOAO VIANA

CIDADE: CAXIAS

TELEFONE:

UF: MA CEP: 65600010

ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM QUEIXA DE ALGIA NO OMBRO E + CORTE NO JOELHO D

CLASSIFICAÇÃO
DE RISCO

Verde

ALERGIA:
DIPIRONA

CARACTER DO ATENDIMENTO: URGENCIA/EMERGENCIA

CONSCIENCIA DO PACIENTE: ALERTA

PACIENTE SOFREU TRAUMA: NÃO

COMO O PACIENTE CHEGOU: ESPONTANEA

ENCAMINHAMENTO: CLINICA CIRURGICA

OBSERVAÇÃO:

Diabético ☐ Hipertenso ☐

DATA DA ENTRADA: 06/03/2019 00:10

Ass. e Carimbo do Profissional
EUZA KAMILA MACHADO VIEIRA DA SILVA
COREN-324633SINAIS
VITAISPESO
KgPRESSÃO ARTERIAL
120 / 70 mmHgTEMPERATURA
°CPULSO
89 bpmSAT. O2
99 %HGT
mg/dl

GLICEMIA CAPILAR

ANAMNESE

EXAMES FÍSICOS/HDA

DIAGNÓSTICOS:

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO

ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO: () SIM () NÃO

SAÍDA/ALTA

() ALTA HOSPITALAR: HORA ____ () ÓBITO () TRANSFERÊNCIA:

ASS. CARIMBO MÉDICO

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

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: 21/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVANE GOMES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000021081-3

Nr. da Autenticação 1F4DDE05A950CA5D

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			DMIC	DICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunta	TERESTINA-MACAUBA						Período de apuração: 04/2019	EJG: 62,87

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 Gleuzane Gomes Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.110.083/58 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Gleuzane Gomes Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.110.083/58, 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
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(86)99534-6565</u>		

Teresina, 07 de Novembro de 2019

Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Imp: 18/03/2019 22:53:46
 (User: TERCIO DANTAS)
 (Estação: SALADEGESSO-PC)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)
DADOS DO PACIENTE:

Nome: GEOVANE GOMES DA SILVA		Prontuário: 144052	
Mãe: MARIA JOSE GOMES DA SILVA		Pai: JOSE DE RIBAMAR CONCEICAO DA SILVA	
End.Resid.: RUA 27,2055 VILA MONTE ALEGRE SANTA ROSA - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 29/12/1992	Idade: 26a2m20d	Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: Reg.Nasc:	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 345023	Entrada: 18/03/2019 22:08:37	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: dor e limitação de movimento em ombro E. Relata acidente motociclistico prévio		SINARA CAVALCANTE DE LIMA RIBEIRO COREN 279618 Em: 18/03/2019 22:13:05

SSVV: (Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: trauma em ombro esquerdo rx : lac V cd ; tipoia e aine		 Confere Com o Original CNPJ: 05.522.917/0035-19 UPA-RENASCEÇA Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - CEP: 64082-110 Teresina-PI
Diagnóstico Inicial: Luxação da articulação acromioclavicular		
Exames Complementares:		CID: s431

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento: Alta com Orientações	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
---	-----------------------------	------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

 TERCIO DANTAS MOURA
 CRM PI 3824 Em: 18/03/2019 22:53:42

 Dr. Tercio Dantas Moura
 ORTOPEdia e TRAUMATOLOGIA
 CRM PI: 3824

Alusio a Dipirona

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SETOR: VERDE LEITO: EXTRA UNIDADE DE SAÚDE: UPA - RENASCENÇA

DATA: 19/03/2019 09:55

NOME: GEOVANE GOMES DA SILVA

LAC V

PACIENTE ORTOPÉDICO. PRESCRITO POR CLÍNICO PELA MANHÃ.
AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA À TARDE.

1. DIETA LIVRE
2. JELCO SALINIZADO
3. RANITIDINA 50MG - 01 AMP + AD, EV, 8/8H
4. BROMOPRIDA 10 MG - 01 AMPOLA + AD, EV, 8/8 HORAS, SE VÔMITOS
5. DIPIRONA 500MG/ML - 2ML + AD 8ML EV, 6/6 HORAS
6. TILATIL 20 MG - 01 AMPOLA + AD, EV, 12/12 HORAS
7. SSVV + CCGG

Dr. Tharik Santos Soares

MÉDICO
CRM-PI 59387 / CRM-MA 9198*Adren-chu* + *0,5 mg/kg* *30m*
Dr. José
Medico
CRM-PI 59387

Confere Original

CNPJ: 06.532.574/0001-04
UPA-RENASÇENÇA
RUA RIB. SANTO ANTONIO, 100
TERESINA - PI
CEP: 64000-000

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

CONTROLES

HORA	T	P	RSa102	PA	Glicemia	Diurese
12	36			14	78	
18						

~~12~~ 22 06~~12~~ 18 24 06 12:00

24



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/ 0015 – 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III –
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA	Para: HUT
Sr (a). GEOVANE GOMES DA SILVA	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
trauma em ombro esquerdo rx : lac V cd ; tipoia e aine	
TERESINA-PI 18 /03 /2019	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

Confere Com o Original

Dr. Tércio Dantas Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3824

CNPJ: 05.522.811/0035-19
UPA-RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP: 64082-110
Teresina-PI

Comfent



Prefettura de.
Teresina

18/03/2019 22:56

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE: UPA RENASCENÇA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
NOME: GEOVANE GOMES DA SILVA PRESCRIÇÃO MÉDICA # LAC V # DOR MODERADA. # AGUARDA TRANSFERENCIA HOSPITALAR 1. DIETA ORAL LIVRE 2. ACESSO VENOSO SALINIZADO 3. DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H ALÉRGICO (Suspensão) 4. TILATIL 20MG-----1AMP + AD EV DE 12/12HRS -24-18 5. BROMOPRIDA 1 AMP + AD EV 8/8H SN 6. AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR 7. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS	07:00 Paciente retorna de sua residência para aguardar transferência para UTI <i>Confere</i> <i>Dr. Tércio Dantas</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PA 100.000

Enamit
Confere Com o Original

CNPJ 05.522.000/0001-00
UPA-RE
Rua Rio
Petrópolis
RJ

Dr. Tércio Dantas Moreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PL 3824

Dr. Tércio Mendes Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-SP/3824



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 558381979	Nº REGULAÇÃO: 65531	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: GEOVANE GOMES DA SILVA		NASCIMENTO: 29/12/1992

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: TRAUMA EM OMBRO ESQUERDORX: LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR. CD: TIPOIA E AINE.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 19/03/2019 14:18:11

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Francisco
Bruno Moura
ORTOPEDIA
Cirurgião do Quadril
CRM 157.545 BOT 13.119

Confere Com o Original

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA-RENASCENCA
Rua Rio Verde, 1000
Teresina - PI 64032-110
Teresina - PI

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE**

Paciente:GEOVANE GOMES DA SILVA

Nascimento:29/12/1992

Motivo do Chamado:

AVALIACAO CLINICA/EXAME - HOSPITAL

Estabelecimento de Origem:

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA
RENASCENCA

Estabelecimento de Destino:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA
- HUT

Verificação do Estabelecimento de Destino:

Transferência Confirmada

Viatura:

Data/Hora Programada:

Shama

Confere Com o Original

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA-RENASCENCA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renasença III - CEP: 64.092-110
Teresina-PI



UNIDADE DE SAÚDE: UPA - RENASCENÇA

LEITO: EXTRA

SETOR: VERDE

DATA: 19/03/2019 09:55

NOME: GEOVANE GOMES DA SILVA

#LAC V

PACIENTE ORTOPÉDICO. PRESCRITO POR CLÍNICO PELA MANHÃ. AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA À TARDE.

1. DIETA LIVRE
2. JELCO SALINIZADO
3. RANITIDINA 50MG - 01 AMP + AD, EV, 8/8H
4. BROMOPRIDA 10 MG - 01 AMPOLA + AD, EV, 8/8 HORAS, SE VOMITOS
5. DIPIRONA 500MG/ML - 2ML + AD 8ML EV, 6/6 HORAS
6. TILATIL 20 MG - 01 AMPOLA + AD, EV, 12/12 HORAS
7. SSVV + CCGG

[Faint handwritten text, possibly "Dr. J. C. ..."]

Admission 7015 only for one day

Dr. José A. ~~Medico~~ ~~Costa~~

UPA-REV
Rua Rio Negro
Petrópolis - RJ

Gramma

Confere Com o Original

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

CONTROLES

12⁶₃ 14⁷₈

12⁶₃ 14⁷₈

$\frac{11}{24}$ 2.2 06

$\frac{11}{24}$ 2.2 06

1000/18 24 06 12:00

1000/18 24 06 12:00

~~1000~~ 24

~~1000~~ 24

06 12:00

06 12:00

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SETOR: VERDE **LEITO:** EXTRA **UNIDADE DE SAÚDE:** UPA - RENASCENÇA

DATA: 19/03/2019 09:55

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
HORÁRIO	CONTROLES
NOME: GEOVANE GOMES DA SILVA # LAC V PACIENTE ORTOPÉDICO. PRESCRITO POR CLÍNICO PELA MANHÃ. AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA À TARDE. 1. DIETA LIVRE 2. JELCO SALINIZADO 3. RANITIDINA 50MG – 01 AMP + AD, EV, 8/8H 4. BROMOPRIDA 10 MG – 01 AMPOLA + AD, EV, 8/8 HORAS, SE VÔMITOS 5. DIPIRONA 500MG/ML - 2ML + AD 8ML EV, 6/6 HORAS 6. TILATIL 20 MG – 01 AMPOLA + AD, EV, 12/12 HORAS 7. SSW + CCGG <i>Schneider - 09:55 I.m Mm</i> <i>Dr. Thiago Santos</i> CNPJ: 05.522.911/0001-19 UPA-RENASCENÇA Rua Rio Verde, 100-2610 Renasença III - CEP: 64002-140 Teresina-Pi <i>Dr. Thiago Santos</i> CNPJ: 05.522.911/0001-19 UPA-RENASCENÇA Rua Rio Verde, 100-2610 Renasença III - CEP: 64002-140 Teresina-Pi	<i>Inamat</i> Confere Com o Original CNPJ: 05.522.911/0001-19 UPA-RENASCENÇA Rua Rio Verde, 100-2610 Renasença III - CEP: 64002-140 Teresina-Pi

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA: 18/03/2019 22:56 LEITO: UNIDADE DE SAÚDE: UPA RENASCENÇA

NOME: GEOVANE GOMES DA SILVA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
# LAC V			
# DOR MODERADA.			
# AGUARDA TRANSFERENCIA HOSPITALAR			
1. DIETA ORAL LIVRE			
2. ACESSO VENOSO SALINIZADO			
3. DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H <i>alegria (Suspensão)</i>			
4. TILATIL 20MG-----1AMP + AD EV DE 12/12HRS <i>no 24. 18</i>			
5. BROMOPRIDA 1 AMP + AD EV 8/8H SN			
6. AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR			
7. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS			
			07:00 Paciente retorna de sua atendimento para aguarda transferência

Confere Com o Original

Paracetamol 400mg - 8/8

CNPJ: 05.522.917/0001-11
UPA-RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 3810
Renascer II - CEP: 64.061-110
Teresina-PI

Dr. Tércio Dantas Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI/3824

Dr. Tércio Dantas Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI/3824



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: UPA Renascença

Nome: GEOVANE GOMES DA SILVA

Data do exame: 19/03/2019

Id Paciente: UR144052

Data do laudo: 26-03-2019

Raio X de Ombro Esquerdo

- Estrutura óssea íntegra.
- Luxação acromioclavicular.
- Aumento do volume das partes moles do ombro esquerdo.

Dr. Francisco Edward
Médico Radiologista
CRM-PI: 2738

CNPJ: 05.522.917/0016-56
UPA-RENASÇENÇA
Rua Rio Verde, 152 - Centro Sul
Teresina-PI

UPA 24H

GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Sequencial Diário 1



Guia N°

19017007

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE: 76979 - GEOVANE GOMES DA SILVA

NASC.: 29/12/1992 IDADE: 26 anos 2 m

NOME SOCIAL/APELIDO:

CARTÃO SUS: 701201004736119

SEXO: MASCULINO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)

RAÇA/COR: PARDA

ETNIA: NAO SE APL

NATURALIDADE:

NOME DA MÃE: MARIA JOSÉ GOMES DA SILVA

NOME DO PAI:

OCUPAÇÃO:

MACROREGIÃO: CAXIAS

TIPO DOC.: IGNORADO

N° DOC.:

N° CPF.:

EMAIL:

ACOMPANHANTE:

LOGRADOURO: AVENIDA CENTRAL, N° 3360

BAIRRO: JOAO VIANA

CIDADE: CAXIAS

TELEFONE:

UF: MA

CEP: 65600010

ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM QUEIXA DE ALGIA NO OMBRO E + CORTE NO JOELHO D

CLASSIFICAÇÃO
DE RISCO

Verde

ALERGIA:

DIPIRONA

CARATER DO ATENDIMENTO: URGENCIA/EMERGENCIA

COMO O PACIENTE CHEGOU: ESPONTANEA

CONSCIENCIA DO PACIENTE: ALERTA

PACIENTE SOFREU TRAUMA: NÃO

ENCAMINHAMENTO: CLINICA CIRURGICA

Diabético ☐ Hipertenso ☐

OBSERVAÇÃO:

Ass. e Carimbo do Profissional

EUZA KAMILA MACHADO VIEIRA DA SILVA

COREN-3324633

DATA DA ENTRADA: 06/03/2019 00:10

SINAIS VITAIS	PESO Kg	PRESSÃO ARTERIAL 120 / 70 mmHg	TEMPERATURA °C	PULSO 89 bpm	SAT. O2 99 %	HGT mg/dl	GLICEMIA CAPILAR
---------------	------------	-----------------------------------	-------------------	-----------------	-----------------	--------------	------------------

ANAMNESE

EXAMES FÍSICOS/HDA

DIAGNÓSTICOS:

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO

ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO: () SIM () NÃO

SAÍDA/ALTA

() ALTA HOSPITALAR: HORA: () ÓBITO () TRANSFERÊNCIA:

ASS. CARIMBO MÉDICO

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Alton



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Geovane Gomes da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 506041

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 19/03/2019 17:26:22

(User: ARTHUR SAMPAIO)

(Estação: GESS002)

Nome: GEOVANE GOMES DA SILVA		Prontuário: 506041
Mãe: MARIA JOSE GOMES DA SILVA	Pai:	
End.Resid.: RUA 27 2155 - MONTE ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 29/12/1992	Idade: 26a2m21d	Sexo: Masculino Fone: 86-98829-2602
Responsável: ANDREZA	CNS: 701201004736119	
Profissão: ARMADOR	Documento: RG: 3185539 - SSPPI	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 713019	Entrada: 19/03/2019 16:48:12	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura Informe Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		?

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Luxação acromioclavicular grau V no ombro esquerdo.

Diagnóstico Inicial:

?

CID:**Exames Complementares:****Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:**

Internação nesta Unidade

DATA: / /**HORA:** : :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Arthur Sampaio
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 3200

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CRM 3200 - PI Em: 19/03/2019 17:26:18



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 558381979	Nº REGULAÇÃO: 65531	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: GEOVANE GOMES DA SILVA		NASCIMENTO: 29/12/1992

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: TRAUMA EM OMBRO ESQUERDORX: LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR. CD: TIPOIA E AINE.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 19/03/2019 14:18:11
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Bruno Moura
ORTOPEDIA
Cirurgião de QUADRIL
CRM 10578 SBOT 13119

RAIO-X REALIZADO	
DATA	1 / 120
Técnico	



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/ 0015 – 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III –
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA	Para: HUT
Sr (a). GEOVANE GOMES DA SILVA	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
trauma em ombro esquerdo rx : lac V cd ; tipoia e aine	
TERESINA-PI 18 /03 /2019	 Dr. Tércio Dantas Moura ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 3824 Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

[Faint stamp and handwritten signature]

  		235253 No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 188099	
AUDO 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: 235253
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT		4-CNES 5828856	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5-Nome: GEOVANE GOMES DA SILVA		6 - Prontuário: 506041	
7-CNS: 701201004736119	8-Nascimento: 29/12/1992	9-Sexo: Masculino	RG: 3185539 - SSPPI
11-Mãe: MARIA JOSE GOMES DA SILVA			12-Fone: 86-98829-2602
13-Resp: ANDREZA			14-Cor: Sem Informação
-Ender: RUA 27 2155 - MONTE ALEGRE - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - Principais sinais e sintomas clínicos: Luxação acromioclavicular grau V no ombro esquerdo.			
21 - Condições que justificam a internação: Cirurgia			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): Radiografia			
23-Diagnóstico Inicial: Luxação da articulação acromioclavicular		24-CID Prim: S431	25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
28-Cod.Proced.: 0408010185		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	
29-Clinica:		Tempo SUS 2	
30-Caráter: Ident.: 02		31-Docum.: 01	
32-Doc. Méd. Solic.: CPF 643.843.143-53			
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA		34-Data Solicitação: 19/03/2019	
		35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) Dr. Arthur Sampaio Ortopedia e Traumatologia CRM - 5209	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36-() Acidente de Trânsito		39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:
37-() Acidente Trabalho Típico		42-CNPJ Empresa:	41-Série:
38-() Acidente Trabalho Trajeto		43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			
AUTORIZAÇÃO			
46 - Nome do Profissional Autorizador:		47-Data Autorização:	
48-Documento: () CNS () CPF		49-Num. Documento:	
		50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (ARTHUR SAMPAIO) Consulta Local: 713019 Consulta SUS: Impressão: 19/03/2019 17:26:52	



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diária / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	

HOSPITAL: HUX CNPJ: _____
PACIENTE: Geovane Gomes da Silva Nº AIH 506047
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

2 Fios K.
1 PI SINTGSR + 1 DESCARTE

DR. ARTHUR SAMPAIO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 3200-PI

DATA: 21-03-19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

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

PACIENTE - Nome: Geovane Gomes da Silva

Nº AIH: 2350530

Nº do Prontuário: 906041 Data da Internação: ____/____/____

Procedimento Médico Realizado: 0403010185

Indicador de Compatibilidade: 0702030023

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Lúcio

CRM Nº _____ CPF Nº _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 21/03/19 DATA DA ALTA: 1/1/19

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL po, Nº de Série, Etc...)
	ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM REG. ANVISA N.00297510024 COD: 09010060E LOT: 0279J18 ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM USO UNICO – ESTERIL PROIBIDO REPROCESSAR 2701025 – ANCORA DE SUTURA ORTOPEDICA 1 – ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM M.Prime: LIGA DE TITANIO / FIOS DE POLIESTER Norma: ASTM F136 / USP 2  Fabricante, comercio e distribuidor: Isomay Ind e Com de Prod Medico CNPJ: 07.372.567/0001-00 R. San Jose n. 607 - Lote 2 - Quadra AB Pq. Industrial San Jose Cotia - SP - Brasil CEP: 06715-852 Autoriz. de Funcionamento Anvisa RAVSAZUMXY1 Resp. Tecnica Giandomenico Della Vittoria CRELA - SP 5863353825  Condições especiais de armazenamento, conservação e manipulação: verificar integridade da embalagem verificando datas e validade. Não colocar objeto preso ou ganchos no produto. Manter em local seco e não expor a luz solar, radiação ionizante, estresse de temperatura ou contaminação particulada. Não armazenar acima de 125°F ou 49°C. Instruções para uso, advertências e precauções: vide la  Atenção  Uso unico  Fabricado 11/01/18  Validade 11/01/21  Tipo de eletrolitos

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 21 de ynores de 2010

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: A

Name: Humberto



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	235253

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GEOVANE GOMES DA SILVA	6 - Prontuário: 506041		
7-CNS: 701201004736119	8-Nascimento: 29/12/1992	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .
11-Mãe: MARIA JOSE GOMES DA SILVA	12-Fone: 86-98829-2602		
13-Resp: ANDREZA	14-Fone: 86-98829-2602		
15-Ender: RUA 27 2155 - MONTE ALEGRE - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408010185	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030023	32 - Descrição do Procedimento Especial: ANCORA	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: PIMES		

38-Profissional Responsável: ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 21/03/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 643.843.143-53
41-Ass.C. (Ass. Sol. JCRM)	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

L.A.C. - ACCOM 2 ACCOM

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	<i>___/___/___</i>	
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO RUIVANI)

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____**Fundação Municipal de Saúde****BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO**

DATA 21/03/19

NOME DO PACIENTE:	Geovane Gomes da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	506044
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	geral	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Difhur	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Ademir	CPF Nº:	
ANESTESISTA:	Fernando	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:		CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	03		LUVA Nº 8.5	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 6.5 Y.C	PAR	01	cada
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL nº 16	UNID.	01	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Set. Vis	UNID.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA:		02	
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				erapcm			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	20	01		CIRCULANTE:	Benedita		
PROLENE							

**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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Paciente:Nome:

GEOVANE GOMES DA SILVA

Prontuário:

506041

Cod. Internação:

235253

Mãe:

MARIA JOSE GOMES DA SILVA

Nascimento:

29/12/1992

Cartão SUS:

701201004736119

Equipe:Cirurgião:

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA (CPF: 643.843.143-53)

1o. Aux.:

(CPF:)

2o. Aux.:

(CPF:)

3o. Aux.:

(CPF:)

Instrumentador:

(CPF:)

Anestesista:

(CPF:)

Relatório:Data Cirurgia:

21/03/2019

Início:

09:30

Fim:

10:30

Tipo Cirurgia:

ORTOPÉDICA

Tipo Anestesia:

?

Sala Cirúrgica:

?

Diagnóstico Pré-Operatório:

Luxação acromioclavicular esquerda

Relatório Imediato do Patologista:

XXXXXXXXXXXXXX

Acidente Durante a Operação:

XXXXXXXXXXXXXX

Diagnóstico Pós-Operatório:

Luxação acromioclavicular esquerda

Descrição da Cirurgia (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

ASSEPSIA E CAMPOS NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

INCISÃO PARA VIA DE ACESSO À ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR E PROCESSO CORACÓIDE

HEMOSTASIA

FIXAÇÃO DE ÂNCORA NO PROCESSO CORACÓIDE

PERFURAÇÃO DE 2 FUROS NA CLAVÍCULA

REDUÇÃO ABERTA DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

FIXAÇÃO DA A.A.C. COM FIO K TRANSARTICULAR

AMARRILHA DOS FIOS DA ÂNCORA

SINTESE DA VIA DE ACESSO

CURATIVO ESTERIL.

<u>Código:</u>	<u>Descrição:</u>	<u>Proc.Rea:</u>	<u>Proc.Princ.:</u>	<u>Valor SH.:</u>	<u>Valor SP.:</u>
9408010185	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO	Sim	Não	275,44	107,15

DR. ARTHUR SAMPAIO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 3200-PI



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Agnesiane Gomes da Silva Sala: 09 Alergia: diarrea Data: 21/03/19
Procedimento: desvio autômico - claviculas Cirurgião: Arthur Observações:

Agentes

Unid

15 30 45

15 30 45

15 30 45

15 30 45

1	<u>Ento 150-mcg</u>																			
2	<u>Cetorimino 30-mcg</u>																			
3	<u>Propofol 150-mg</u>																			
4	<u>Cepazolin 2g</u>																			
5	<u>Dox 10-mg</u>																			
6	<u>Ronididino 50-mg</u>																			
7	<u>Morfina 7-mg</u>																			
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
Oxigênio																				
AR/N2O																				
Volatil <u>Des</u>	%																			

Acesso Vascular

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

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☒ IOT nº 8,0 c/uff
☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito: DDH

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

Descrição da Anestesia:

① Circ. sist ② Monitorização ③ Pré-oxigenação ④ Indução ⑤ IOT nº 8,0 c/uff
⑥ ATB ⑦ Sondaróticos ⑧ Ao pinho, cateteres e enemas e/ou RPA.

Emerson de Jesus
CRM 5808

Anestesiologista



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU,

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

ALÉRGICO A
DIPIRONA

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 33987 - Em: (19/03/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
235253	506041	29/12/1992	POSTO 2	ANEXO	EXTRA 02	ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA			
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:					
Hora:		DIPIRONA							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta									
ORAL Tipo LIVRE,									
1	CLORETO DE SÓDIO (SORO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	24/24h				
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				
3	OMEPRAZOL 20MG	1,00	Cápsula	Oral	24/24h				

Observações Gerais:

CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

Dr. Arthur Sampaio
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 3200



ESTADO DO MARANHÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME GEOVANE GOMES DA SILVA

FILIAÇÃO
JOSE DE RIAMAR CONCEIÇÃO DA SILVA E
MARIA JOSÉ GOMES DA SILVADATA NASCIMENTO 29/12/1992 ORÇÃO EXPEDIDOR FATER RH
NATURALIDADE SSP/MA
CAXIAS - MA
OBSERVAÇÃOAssinatura Geovane da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CPF 06111008358 DSE P-228 VIA-02
REGISTRO GERAL 009601752019-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/2019
REGISTRO CIVIL
NASC. N 47301 FLS 299 VS LIV A 36T. ELEITOR / ZONA / SEC CTPS / NIRE / UF
68006921104 / 0040195 38014 / 000333MA
NIS / PS / PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERTE. MILITAR

CRM

CNS

MA1805274103

Assinatura
DELEGADO GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Recibo Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

051.110.083-58

Nome

GIOVANE BOMES DA SILVA

Assinatura

20/11/2002

Este documento tem validade de inscrição no CPF até 31/12/2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




0475253

Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DCC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L A1/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

MINISTRIO DAS CIDADES

DETRAN - MA

CERTIFICADO

_____/_____/_____ Nº _____

01 1072876822

BENTON, D.

2019

GEOVANE GOMES DA SILVA

[Faint vertical text, likely bleed-through from another page]

061. 110. 083-56

P8J9666

V. NOVO MA

9C2KC1660FR012932

PAS/MOTOCICLETA/

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN EX

2014 2015

000002P/0149 CI

PARTICU

BRANCA

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

15/03/19

VENUE / LOT# 1
0000000000

01

0,00

ILLIUM/CO

2	0000000000
2	0000000000

80,11

0,32

REF: 84.59

DATA DE PAGAMENTO

[illegible]

11

KC16E6F

32

ADH CONS MAC HONDA LTDA

MAIO VALLI D'PARA TRANS-GENOVA

CAXIAB-MA

25/04/2019

Leasing e Abbonamenti
Direttore Gerardo Dottori / M&A

CONTRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394641/19

Vítima: GEOVANE GOMES DA SILVA

CPF: 061.110.083-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2019

Titular do CPF: GEOVANE GOMES DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
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

GEOVANE GOMES DA SILVA : 061.110.083-58

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: 11/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631464 **Cidade:** Timon **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 06/03/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE K.) ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

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 DE OMBRO ESQUERDO.

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 ombros	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: <u>Gleivane Gomes da Silva</u>		
RG: <u>069831792019-3</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/MA</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>25/04/19</u>
CPF: <u>061.110.083-58</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Armado</u>
ENDEREÇO: <u>R. Terra Nova</u>		Nº: <u>2055</u>
COMPLEMENTO: <u>casa</u>	BAIRRO: <u>Monte Alegre</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64000-000</u> TELEFONE: _____

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

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

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:

Gleivane Gomes da Silva

Data do acidente de trânsito: 06/03/2019

Cobertura da vítima: Integral

LOCAL / DATA: Valkias-MA, 04/03/2019

X Gleivane Gomes da Silva

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Reconheço a(s) firma(s) de:	<u>Gleivane Gomes da Silva</u>
Autenticidade	☒ Semelhante
Caxias (MA), 04/03/2019	

Wanderson Lima de Amorim
Escrivente Autorizado
3º Ofício Extrajudicial
CPF: 042.115.053-00
Caxias - MA

Reconhecimento de Firma

Selo de Fiscalização

00032244953

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394641/19

Vítima: GEOVANE GOMES DA SILVA

CPF: 061.110.083-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2019

Titular do CPF: GEOVANE GOMES DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
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

GEOVANE GOMES DA SILVA : 061.110.083-58

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: 11/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa