

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE

NOME: Francisco das CHAGAS DE SOUSA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO, ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: Advogado

RESIDENTE E DOMICILIADO: RUA JOÃO F. RESENDE, N° 207,

CEP: 64260-000, CIDADE: PIRIPIRI, ESTADO: PIAUÍ

TELEFONE: _____, RG: 171.797-2

CPF: _____, CTPS: _____

OUTORGADO: DR. UBALDO GUTIERREZ DE ARAUJO BRITO, brasileiro, advogado, solteiro, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 6348, Seção do Estado do Piauí, ambos com escritório profissional situado na Rua Major Antônio Albino, nº 472, Bairro Centro, cidade Piripiri/PI, Cep. 64.260-000, onde recebe as intimações judiciais e administrativas de estilo.

PODERES: AMPLOS poderes para praticar atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório – DPVAT e, especialmente para preenchimento e assinatura do Formulário de Autorização de Pagamento.

Local e Data: Piripiri, 13 de Julho de 2011.

Francisco das CHAGAS DE SOUSACARTÓRIO JONATAS MELO
PRACA ALVARO FERREIRA, 47 - PIRIPIRI-PI
JONATAS MELORECONHECO VERDADEIRA A(S) FIRMA(S) DE: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA
DOU FE 13/07/2011 EM TESTE

JONATAS MELO-TABELIÃO

3109472113072011/20



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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.

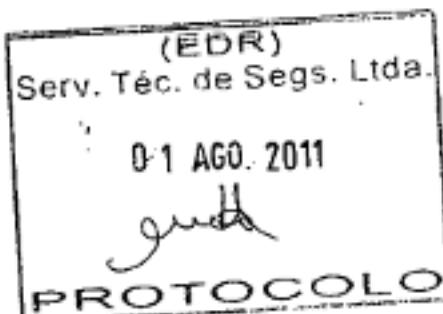
A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Thiago Antunes de Araújo Brant, portador(a) do
RG nº 2204362 expedido por SSP em 13/09/2000
CPF/CNPJ nº 003 462 893-27, na qualidade de
procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Francisco das Chagas
Sousa do sinistro de DPVAT da natureza Irregular
da vítima Francisco das Chagas Sousa, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:
Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ 600,00
Documentos comprobatórios: _____

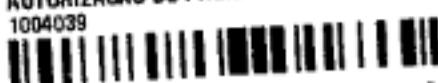
Thiago Antunes de Araújo Brant
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



AUTO:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



O DE SINISTRO

Nº DO SINISTRO

(CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da Indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Francisco das Chagas de SOUSA, PORTADOR/A DO RG Nº 1.717.978, EXPEDIDO POR
SSP - PI EM 23/12/08, CPF/CNPJ Nº 349.617.473-00, PROFISSÃO Desempregado
E RENDA MENSAL DE R\$ _____, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU
REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Francisco das Chagas de Sousa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT/Americana Life A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

 CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA CORRENTE _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCONº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASILNº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚNº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALNº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 0699Nº CONTA POUPANÇA 00006540-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Aracaju DATA 20/06/2011ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Francisco das Chagas de Sousa

ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tornando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvatsaure.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 740983
Comunicação: C827686
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

Narrativa da Ocorrência:

Conforme averiguações realizadas no local do acidente, no município de Pedro II - PI, no km 25,2 da BR 404, verificamos através de vestígios e declaração de testemunha que: O veículo V2, HONDA/CB 125 FAN de placas NHU9006 - PI, em determinado momento, ao realizar manobra para conversão à esquerda, provocou colisão transversal com V1, UCHEVROLET AGILE LT de placas EMP1669-SP, que seguia o sentido oposto.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: EMP-1669	Sequencial: V1	Descrição:	Chassi: 9AGCB48P0AR152730	Renavam: 190829311
Marca/Modelo: UCHEVROLET AGILE LT	Cor: VERMELHA	Ano: 2009	Tipo: Automóvel	Emplacamento: SÃO PAULO/SP
Ocupantes: 1	Especie: Passageiro	Categoria: Particular		
Proprietário: BANCO ITAU CARD SA				CPF/CNPJ: 17.192.451/0001-79
Endereço: R CHICO GOMES 00012C92				CEP: 05.730-160
Município/UF:				Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1:	Placa U2:	Placa U3:	Placa U4:
Origem: PIRIPIRUPI - BRASIL	Destino: PEDRO II/PI - BRASIL		

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Segui fluxo	Salida de Pista? Não	Derrapagem? Não	Capotagem? Não	Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve	Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo	Incêndio? Não		

Marcas de Frenagem (m): 9,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento:	Houve Derramamento de Carga? Não	Extensão dos Danos:	Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga:	R\$0,00	Produto Perigoso:	

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor:	Data/Hora da Recepção (hora local):	Motivo:
Responsável pela Recepção:		

Documento do Responsável:

Município/UF:

Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NHU-9006	Sequencial: V2	Descrição:	Chassi: 9C2JC30707R180458	Renavam: 924708573
Marca/Modelo: HONDA/CB 125 FAN	Cor: PRETA	Ano: 2007	Tipo: Motocicletas	Emplacamento: PARNAIBA/PI
Ocupantes: 1	Especie: Passageiro	Categoria: Particular		
Proprietário: FRANCISCO DAS CHAGAS CLEMENTE DE SOUSA				CPF/CNPJ: 228.181.113-15
Endereço: CJ JOAIZ SOUZA QD.20 CASA 00012				CEP: 00.084-200
Município/UF:				Telefones:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1:	Placa U2:	Placa U3:	Placa U4:
Origem: PIRIPIRUPI - BRASIL	Destino: PEDRO II/PI - BRASIL		

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Virava à esquerda	Salida de Pista? Não	Derrapagem? Não	Capotagem? Não	Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve	Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo	Incêndio? Não		

Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Rum

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento:	Houve Derramamento de Carga? Não	Extensão dos Danos:	Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga:	R\$0,00	Produto Perigoso:	

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor:	Data/Hora da Recepção (hora local):	Motivo:
Responsável pela Recepção:		

Documento do Responsável:

Município/UF:

(EDR)
 Serv. Téc. de Segs. Ltda.

01 AGO 2011

PROTOCOLO

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/07/2010 18:12:17

NÚMERO DE CONTROLE: 3167fca7e875d486

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:

740983

Comunicação:

C827686

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: VV1/EMP-1869

Nome/Apelido: ACELINO VIANA DE OLIVEIRA NETO

Data de Nascimento: 28/10/1980 Sexo: Masculino Estado Civil: Casado

Nome do Pai: JOSÉ VIANA DE OLIVEIRA

Nome da Mãe: ANA MARIA DE JESUS OLIVEIRA

Endereço: RUA CHICO GOMES, 12, CASA 02, VILA ANDRADE, SANTO AMARO

Município/UF: SAO PAULO/SP Telefones: 011 67933903 011 67121833 CEP:

Naturalidade: PEDRO IPI Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: OUTROS TRABALHADORES DE

CPF: 883.341.741-34 Documento de Identificação: 38374042 Orgão Expedidor: SSP /SP

Origem: PIRIPIRUPI - BRASIL Destino: PEDRO IPI - BRASIL

Estado Físico: Beso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Não

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: B Registro CNH: 03384989195/SP Primeira Habilitação: 23/08/2004

Validade CNH: 15/07/2014 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: 46,0 Horas Dirigindo: 01:00

Pertences:

Informações Complementares:

ENCARTEAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do:

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: VZDNHU-9006

Nome/Apelido: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOSA

Data de Nascimento: 06/06/1969 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro

Nome do Pai: JOSE PEDRO DE SOUSA

Nome da Mãe: FRANCISCA GERÔNIMO DE SOUSA

Endereço: RUA JOÃO DE FREITAS RESENDE, 607 CEP: 64.260-000

Município/UF: PIRIPIRUPI Telefones: 66 32765480 Grau de Instrução: Não Informado

Naturalidade: PIRIPIRUPI Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: VENDEDOR

CPF: 349.617.473-00 Documento de Identificação: 1717978 Orgão Expedidor: SSP /PI

Origem: PIRIPIRUPI - BRASIL Destino: PEDRO IPI - BRASIL

Estado Físico: Leves Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Não Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:

Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: 46,0 Horas Dirigindo: 01:00

Pertences:

Informações Complementares:

ENCARTEAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/07/2010 18:12:17

NÚMERO DE CONTROLE: 3167fca7e875d486

* Somente possui valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



Relatório de Avarias para Classificação de Danos - PMG

Veículo:	I/CHEVROLET AGILE LT	Placa:	EMP-1669							
Nome Policial:	HERTONIO JOSE DE ANDRADE PAZ	Nº BOAT:	740983							
Data:	28/07/2010 09:50									
Item		Valor	SIM	NÃO	ND	Item	Valor	SIM	NÃO	ND
1	Teto	1		X		26 Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27 Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel dash	3		X		28 Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29 Caixa de Roda traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30 Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda	3		X		31 Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32 Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos	3		X		33 Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1		X		34 Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerdo	2		X		35 Coluna traseira externa e estrutura	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36 Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura	3		X		37 Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38 Coluna central externa e estrutura	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39 Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40 Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41 Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42 Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43 Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44 Coluna dianteira externa e estrutura	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45 Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura	3		X		46 Suspensão dianteira direito	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47 Longarina completa / Caixa de roda	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48 Longarina parcial / Avental direita	1		X	
24	Tampa traseira	1		X						
25	Painel Traseiro / divisor	1		X						
	Total (A) ¹					Total (B) ¹				
						Total ²				

Monta Geral: Pequena

NÃO PONTUÁVEIS

	Valor	SIM	NÃO	ND
49 Air Bag Motorista	0		X	
50 Air Bag Passageiro	0		X	
51 Air Bag Lateral	0		X	
52 Local de gravação do VIN	0		X	

MONTA

Pequeno - até 20 pontos

Medio - de 21 até 30 pontos

Grande - de 31 pontos ou superior.

Observações:

LEGENDA

SIM = Item danificado

NÃO = Item não danificado/Não Existente

ND = Item que não foi possível definir o dano

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/07/2010 18:12:17

NÚMERO DE CONTROLE: 3167fca7e875d486

* Sómente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"



Relatório de Avarias para Classificação de Danos em Motocicletas e veículos

Veículo:	HONDA/CG 125 FAN				Placa:	NHU-9006					
Nome Policial:	HERTONIO JOSE DE ANDRADE PAZ				Nº BOAT:	740983					
Data:	28/07/2010 09:50										
Item	Componentes Não Estruturais	Valor	SIM	NÃO	ND	Item	Componentes Estruturais	Valor	SIM	NÃO	ND
1	Guidão, suas fixações e comandos nela	2	X			A	Coluna de direção e mesas sup./inf.	3		X	
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (mangueiras, mangueirinhas, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2		X		B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
3	Amortecedor(es) trás. (inclusive fixação no	2		X		C	Chassi (defletores, deslizadores, recipientes, etc.)	3	X		
4	Motor e suas fixações.	2		X		D	Garfo traseiro (defletores, deslizadores, recipientes,	3		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X							
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X							
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X							
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (mangueiras, mangueirinhas, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X							
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1		X							
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X							
11	Alça traseira	1		X							
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X							
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e	2	X								
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2	X								
Total (A) 6					Total (B) 3						
Obs.: _____											
Total Geral (A+B) 9											
Monta Geral: Média											
MONTA											
Pequeno - menor ou igual a 16 ponto desde que não afete nenhum componente estrutural.											
Medio - acima de 16 pontos desde que não afete dois ou mais componentes estruturais.											
Grande - quando afetar dois ou mais componentes estruturais, independentemente do somatório de											
LEGENDA											
SIM = Item danificado			NÃO = Item não danificado/Não Existente			ND = Item que não foi possível definir o dano					

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/07/2010 18:12:17

NÚMERO DE CONTROLE: 3167fca7e875d486

* Sómente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA".

FICHA DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE

Núcleo de Acidentes e Medicina Rodoviária

17º Superintendência de Polícia Rodoviária Federal/PI

Departamento de

Policia Rodoviária Federal



Ministério da Justiça

PRF Responsável pelo BAT: _____ Matrícula: _____
Obs: A Ficha de Auxílio e Outros serviços deve ser preenchida com o nome dos PRF's que auxiliaram no acidente.

Type de Acidente _____ Causa presumível: _____

Município _____ UF _____ Localidade: _____

BAT nº _____ Data: / / Hora: : BR: Km: _____

Comunicação nº _____

VEICULOS ENVOLVIDOS

V-01: Marca/Modelo: _____ Places: _____ UF: _____ Condutores: _____ Proprietário: _____

V-02: Marca/Modelo: _____ Places: _____ UF: _____ Condutores: _____ Proprietário: _____

V-03: Marca/Modelo: _____ Places: _____ UF: _____ Condutores: _____ Proprietário: _____

MORTOS: 1- _____ Idade: _____
2- _____ Idade: _____
3- _____ Idade: _____
4- _____ Idade: _____
5- _____ Idade: _____
6- _____ Idade: _____

FERIDOS: 1- _____ Idade: _____
2- _____ Idade: _____
3- _____ Idade: _____
4- _____ Idade: _____
5- _____ Idade: _____
6- _____ Idade: _____

VITIMAS

SEM VITIMA () COM VITIMA ()



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PEDRO II
 Telefone: (0xx86) 3271-2575



Pedro II - PI, 06 de outubro de 2010.

CERTIDÃO

CERTIFICO, a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro de Registro de Boletins de Ocorrências desta Delegacia, encontrei um Boletim de Ocorrência registrado às fls. 99/V e 100, cujo teor é o seguinte: "BO N° 496/10. Del. de Pol. de Pedro II - PI. Data: 16/09/10; Hora: 09h51. Resp. p/ registro: Leite. Dados do Noticiante: JOSÉ PEDRO DE SOUSA, brasileiro, piauiense, casado, lavrador, residente na Rua João de Freitas Resende, 807, Prado, Piripiri - PI, RG N° 642.511-PI, CPF N° 773.802.583-20. Natureza do Fato: Acidente Automobilístico. Narrativa do Fato: O noticiante compareceu a esta Delegacia, para comunicar que o seu filho, Sr. FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA, RG N° 1.717.978-SSP/PI, CPF N° 349.617.473-00, brasileiro, piauiense, solteiro, trabalhador autônomo, com 50 anos de idade, filho de José Pedro de Sousa e de Francisca Jerônimo de Sousa, residente no endereço supracitado, sabendo apenas assinar o nome, foi vítima de acidente automobilístico, quando, por volta das 09h00 do dia 28/07/10, pilotava a motocicleta marca/modelo Honda/CG 125 FAN, ano/modelo 2007, cor preta, Código RENAVAM N° 924708573, que está em nome de FRANCISCO DAS CHAGAS CLEMENTE DE SOUSA, residente na Estrada Rosápolis, Parnaíba - PI, placa NHU-9006, chassi N° 9C2JC30707R180458, pela Rodovia BR 404, e, já neste município de Pedro II - PI, sofreu um acidente de trânsito, ocasião em que fraturou a tibia esquerda, tendo sido socorrido por policiais militares, que o levaram para o Hospital Josefina Getirana Netta, situado nesta cidade, de onde foi transferido para o HUT, em Teresina, onde foi cirurgiado nas duas pernas, e onde também passou 36 (trinta e seis) dias internado, quando recebeu alta e voltou para casa, em Piripiri - PI, sendo que ainda foi implantado platina, no pé direito do mesmo. Noticiante: José Pedro de Souza." Era o que tinha a certificar. O referido é verdade e dou fé. Antônio Leite de Carvalho (ANTONIO LEITE DE CARVALHO), Escrivão de Polícia Civil de Classe Especial, que o digitei e assino. ////////////

Mat. 09.053-X

ANTONIO LEITE DE CARVALHO
 Delegado de Polícia Civil de Pedro II



CARTARIO JONATAS MELO
 RUA ALVARO FERREIRA, 47 - PIRIPIRI-PI
 JONATAS MELO

AUTENTICACAO

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
 EXISTE NESTA OUTRA, SOU FE

ME ESTENDO A VERDADE,

PIRIPIRI-PI, 16/06/2011

JONATAS MELO/TABELIAO

16394816062011/120

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML

1004029



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA - SSP

DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL

GERENCIA DE POLICIA DO INTERIOR

6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL - PIRIPIRI

DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PEDRO II-PI



DECLARAÇÃO

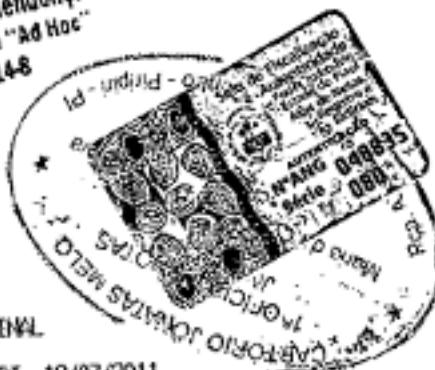
DECLARA, por ser a expressão da verdade e para os devidos fins legais que: nesta cidade de Pedro II - PI, NÃO existe Instituto Médico Legal – IML.

O referido é verdade e dou fé.

Pedro II - PI, 11 de março de 2011.

Bergson do Vale Mendonça
Escrivão de Policia Civil "Ad Hoc"
Matrícula 227214-8

Bergson do Vale Mendonça
Escrivão de Policia "Ad Hoc"
Mat. 227214-8



CAPTURIO JUNATAS MELO
PRACA ALVARO FERREIRA, 47 - PIRIPIRI-PI

JUNATAS MELO

AUTENTICACAO

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A ORIGINAL
EXIBIDA NESTAS MANS, DOU P.
EM TESTEMUNHA:
Junatas Melo

PIRIPIRI-PI, 19/07/2011

09165219072011/66

JUNATAS MELO (Assinatura)



HOSPITAL DE
Rua Dr. Ott
TERESINA-PI

COMPROVACAO DE ATO DECLARATORIO

1004030



- Assessor: OTT/PIB

(MARIA HILDA)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA		Frontuário: 85271
Mãe:	FRANCISCA JERONIMO DE SOUSA	Pai: JOSE PEDRO DE SOUSA
End.Resid.:	RUA, JOAO F. RESENDE 207 - DSC FATIMA - PIRIPIRI - PI - CEP: 64260-000	
Nascimento:	06/05/1959	Idade: 51a:2m:5d
Responsável:	JOSE PEDRO	Sexo: Masculino
Profissão:	LAVRADOR	CNS:
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	Documento: RG: 1717978 - SSP-PI
End.Local.:	- - -	E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 87452	Data: 28/07/2010 13:20:50	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR	Convênios U S	
cid.Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl.Saúde: Não
Trauma: Não	Maus Tratos: Não	

DADOS CLÍNICOS:

Acidente, veio de moto com 3 horas

PA _____ mmHg | Pulsos: _____ | FC: _____ bpm | Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

Duelice Epis. Dure 30 min

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Exame - An exa 500 gramo
Plaço
A canto direito

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	
	<input type="checkbox"/> JA Pedido		

ÓBITO:	DESTINO:		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Até 24 hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs	<input type="checkbox"/> IML	<i>0404050500</i>
	<input type="checkbox"/> Após 48 hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> CID Compatível:
		<i>500</i>	
			<i>Dr. Caio Vaz</i>
			<i>MEDICO ORTOPEDISTA</i>
			<i>CRM/PI 3054</i>
			<input type="checkbox"/> Prof. Solicitante
			<input type="checkbox"/> Internação:

X Francisco das Chagas de Sousa

Assinatura Paciente ou Responsável

Caio Vaz

Assinatura - Profissional - BE

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
1004040



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU Francisco das Chagas Sousa

POR TADOR DO R.G. 171.797-8 E CPF _____

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO ATUALMENTE NO ENDEREÇO ABAIXO

CITADO:

RUA/AV: José de Freitas Resende

Nº 207 BAIRRO PACIENCIA CIDADE PIRIPÍ

UF: PI CEP 64260-000

FONE P/CONTATO (86) 9445-6589

() _____

() _____

TERESINA, 20/06/2011

Francisco das Chagas de Sousa
(Assinatura)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU Isabel Curtienez de Araujo Braga PORTADOR
D.O.R.G. 2204362 E CPF 003462893-27

DECLARO (MOS) PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO (IMOS) ATUALMENTE NO
ENDEREÇO ABAIXO CITADO:

RUA/AV:

MAIOR Antônio Albino

Nº 472 BAIRRO
CENTRO CIDADE PIRIPIRI

UF: PI CEP 64260 -000

TERESINA, 17/06/2011.

Isabel Curtienez de Araujo Braga

(Assinatura)



Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28/07/10

NOME DO PACIENTE: FCO das Chagas de Souza		PRONTUÁRIO N°: 85.271
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA: Dr. Caio Vaz		Nº DA SALA: 0666702334
CIRURGIÃO: MÉDICO ORTOPEDISTA CRM/PI 3054		CPF N° 99632402334
AUXILIAR:		CPF N°
ANESTESIA: Dr. Nogueira		CPF N°
INSTRUMENTADORA: Beresilma Oliveira		CPF N°

Dr. Nogueira
CRM 2039
Beresilma Oliveira
CRM 2039

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA N° 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	30		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
AGUA OXIGENADA	ML	30		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5 CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3 CC	UNID.		
FORMOL	ML			SOROFISIOLÓGICO	FRASCO	5	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 20	UNID.	01		crepore	-	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Diagnóstico pré-operatório

face hue Opto Deve Bys

Operação - Tipo

Drenage + Fracod Oface

Cirurgião

Dr. César Dr. Caio Vaz
MÉDICO ORTOPEDISTA

1º Assistente

2º Assistente

CRM/PI 3054

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Dr. Naiara

Anestesia

Rogui

Anestésico(a)

Data da Operação

28/07/10

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-Operatório

Ousos + scle
de fragurito dorso

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação:

(EDR)
Serv. Téc. de Segs. Ltda.
01/06/2011
Protocolo

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

- Pavimento subcutâneo - Cusco + Clivipre
- Cusco ilíaco Arrocos + Desidratação
- Remoção de fragmentos
- Fracor de Osteogênio + Período extra
llenofloria -
- Neura limpeza Cusco
- sutura - Cerrado

Dr. Caio Vaz
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM/PI 3054

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

RENON RODRIGUES

NOME DO PACIENTE: Francisco das Chagas de Souza					Nº DE REGISTRO		
DATA: 28.07.10	P. ARTERIAL 100x60	PULSO 72s	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA		
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORTICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura exposta perna D.					FÍSICO		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO ÀS	EFEITOS	
					16:00	17:00 18:00	TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO						seleto 18 MSE
	1						①. 1
	2						②. 1
	3						③. 1
LÍQUIDOS	SO. UTO	500					④. 1
		400					
	SANGUE	300					
		200					
	OUTROS	100					
TEMPERATURA T	C°	260					
		240					
		2					
P. ARTERIAL V O PULSO	38	200					
		180					
		160					
		1					
		140					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120					
		100					
		80					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60					
		40					
RESPIRAÇÃO O		20					
SÍMBOLOS	Sat	10					DURAÇÃO
							SEQUÊNCIA
							1
							2
							3
							4
							5
							6
							7
							8
							9
							10
							11
							12
							13
							14
							15
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE		
Raquectomia, feixes apudilhe 206 43-44							
Técnicas cirúrgicas óle fratura diafise da tibiae NON							
CIRURGIÕES							
Dr. Caio							
ANESTESISTAS							
Dr. Naiara							
					CRM 2039 CPF 386.925.973-66		
					CRM 2039 CPF 386.925.973-66		
					CRM 2039 CPF 386.925.973-66		
PARTICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS:		
					Boas condicões físicas		



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde:

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

4-CNES

5828856

18356

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA**

7-CNS:

11-Mãe: **FRANCISCA JERONIMO DE SOUSA**

13-Resp: **JOSE PEDRO**

15-Endr: **RUA, JOAO F. RESENDE 207 - DCE FATIMA - CEP: 64260-000**

16-Munic: **PERIPITI**

8-Nascimento: **06/06/1959**

9-Sexo: **Masculino**

6 - Prontuário: **85271**

RG: **1717978- SSP-PI-Esp**

12-Fone: **-**

14-Fone: **-**

17-Cod. IBGE: **220840**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64260-000**

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição

19-Cod. Procd. Anterior

21-Cod. Mudança Procd.

20 - Mudança de Procedimento / Descrição

27-Cod Prof: **26-Diagnóstico:**

28-Cod Sec.: **29-Cod C. Ros.:**

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

X

31-Cod. Proced. Princip. **0408050500**

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAPSE DA TIBIA

31-Cod. Procedimento Especial **0702030406**

32 - Descrição do Procedimento Especial:
FIXADOR EXTERNO LINEAR

Quant. Soli-
cidades:

38-Nome Profissional Solicitante:

CAIO VAS DE OLIVEIRA NETO

39-Data Solicitação:

28/07/2010

40-Tp. Documento:

CPF

40-No. Doc. Méd. Solic.:

776.327.023-34

41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

**Dr. Caio Vaz
ORTOPEDISTA
CRM/PI 3654**

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura exposta grave do perne Esquerda

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NAO' autorização:

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

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

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

**JUANNE Maria Machado
Auditora CRM/PI/CONSUS/Tecmida
CRM/PI 1096 CPF: 276.033.113-20
CNS 170331690007**

53-Ass. Carimbo (Pg. Conselho)

(CLEANDRO VIEIRA)



Órgão Emissor: M22L1000001

LAÚDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA

D.LIBERA: 03/09/2010

DT. LAURO: 03/09/2010

PROCED.: 0408050543 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

OP.SIST: REGINA

CID : S023

NASCIMENTO

06/06/1959

Ass. Médico Responsável

4-CNES

5828856**20045**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA**6 - Prontuário: **85271**

7-CNS: 8-Nascimento: 06/06/1959 9-Sexo: Masculino

RG: 1717978 - SSP-PI

11-Mãe: **FRANCISCA JERONIMO DE SOUSA**

12-Fone: - -

13-Resp: JOSE PEDRO

14-Fone: - -

15-Ender: RUA, JOAO F. RESENDE 207 - DCE FATIMA - CEP: 64260-000

16-Munic: PIRIPIRI

17-Cod.IBGE: 220840

18-UF: PI

19-CEP: 64260-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente com história de pilão tibial recente osteossíntese com placa em + nova e recente

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura de pilão tibial

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

Normal

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

24-CID Fisi:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S823

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Prced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050543 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

Tempo SUS

4

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solici.:

02 01 CPF 695.721.193-20

Dr. Glaudson Tuquare Melo Nascente

CRM-2009

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:

GLAUSON TUQUARE MELO NASCIMENTO

31/08/2010

35-Ass.Carijho Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-Nº Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CHAM Empresa:

44-CROR:

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:

03/08/10

48-Documento:

49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

JOSE PEDRO

Usuário: (LEANDRO VIEIRA)

Consulta Local: 87452

Consulta SUS:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde.

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 31/08/2003

NOME DO PACIENTE: <u>Fernando dos Reis e Souza</u>		PRONTUÁRIO N°: <u>20041</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>06</u>	
CIRURGIÃO: <u>Cláudio Ribeiro - Cirurgião</u>	CPF Nº	
AUXILIAR: <u>Ortopedista - 2172</u>	CPF Nº	
ANESTESIA: <u>Dr. Carlos Augusto</u>	CPF Nº	
INSTRUMENTADORA: <u>Judinéia</u>	CPF Nº	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>62</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>M.24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>70</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>04</u>		LUVA N° <u>80</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>06</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>50</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>50</u>	
AGUA OXIGENADA	ML	<u>50</u>		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>03</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	<u>30</u>		SERINGA 5 CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3 CC	UNID.		
FORMOL	ML			SOROFISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° <u>20</u>	UNID.	<u>01</u>		<u>Atadura Crepon</u>	UNID.	<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2-0</u>	<u>VN/M</u>	<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Ana Kenta</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Diagnóstico pré-operatório

Fratura do pilão tibial direito

Operação - Tipo

Ortopedista em fibra distal clínica

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

Dr. Gláucio Vilela
Ortopedista & Traumatologista
CRM-3775

3º Assistente

Instrumentador(a)

José Vilela

Anestesista

Dr. Carlos Augusto

Anestesia

Bruxal

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

10:30

Fim

Diagnóstico Pós-Operatório

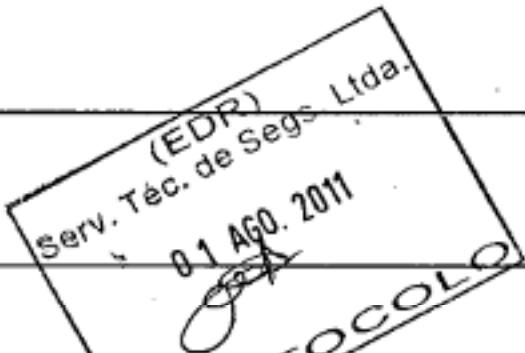
O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Não

Acidente Durante a Operação:

Não



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

- ① Posicione em decúbito dorsal na mesa operatória
- ② Antissepsie e antisepse miótica
- ③ Aproximação de campo operatório
- ④ Fixar o paciente em fibra direita
- ⑤ Dilatação por placa
- ⑥ Reduzção e fixação da fratura com placas em triângulo e preenchimento contínuo
- ⑦ suturar
- ⑧ limpeza

Dr. Gláucio Vilela
Ortopedista & Traumatologista
CRM-3775



**LAUDÓ 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	20045

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA	6 - Prontuário: 85271
7-CNS: _____	8-Nascimento: 06/06/1959
9-Sexo: Masculino	RG: 1717978- SSP-PI-Exp:
11-Mãe: FRANCISCA JERONIMO DE SOUSA	12-Fone: - -
13-Resp: JOSE PEDRO	14-Fone: - -
15-Ender: RUA, JOAO F. RESENDE 207 - DIE FATIMA - CEP: 64260-000	
16-Munic: PIRIPIRI	17-Cod.IBGE: 220840
	18-UF: PI
	19-CEP: 64260-000

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proced. Anterior	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
21-Cod. Mudança Proced.	20 - Mudança de Procedimento / Descrição
27-CID Princ:	26-Diagnóstico:

28-CID Sec.: 29-CID C. Ass.:

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS X

31-Cod. Proced. Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL
31-Cod. Procedimento Especial 0702031020	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM TREVO 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
	Quant. Solici- cidata: 1
38-Nome Profissional Solicitante: CLAUSON TUQUARE MELO NASCIMENTO	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 31/08/2010	40-No.Doc. Méd. Solic.: 695.721.193-20

*Dr. Clauson Nascimento
Carimbo CRM-PI
695.721.193-20
Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)*

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Paciente com fratura do pilão tibial
que irá reunir-se para cirurgia em breve*

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria De acordo com OPM 0702031020	51-Data Autorização: 03/08/10	52-CNS/CPF: LEANDRO VIEIRA
		53-CNS/CPF: LEANDRO VIEIRA



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE -
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESÓPOLIS**

PRESCRIÇÃO MÉDICA



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNACÃO 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	18356

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA		6 - Prenotário: 85271	
7-CNS:	8-Nascimento: 06/06/1959	9-Sexo: Masculino	RG: 1717978- SSP-PI-Exp:
11-Mae: FRANCISCA JERONIMO DE SOUSA		12-Fone:	- - -
13-Resp: JOSE PEDRO		14-Fone:	- - -
15-Ender: RUA, JOAO F. RESENDE 207 - DCE FATIMA - CEP: 64260-000			
16-Munic: PIRIPIRI	17-Cod.IBGE: 220840	18-UF: PI	19-CEP: 64260-000

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proced.Anterior	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
21-Cod. Mudança Proced.	20 - Mudança de Procedimento / Descrição
27-CID Prin:	26-Diagnóstico:

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	
31-Cod.Procedimento Especial 0802010199	32 - Descrição do Procedimento Especial: PERMANENCIA A MAIOR	Quant. Soli- cidata: 1

38-Nome Profissional Solicitante: <u>GAETANO DE OLIVEIRA NETO</u>	40-Tp. Documento: CPF	41-Clínica: <u>Clarindo de Britto Veras Neto</u> Gerente da Clínica Odontológica-hu
3. Data solicitação: 31/08/2010	40-No.Doc. Med. Solic.: 776.327.023-34	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paul Agard Coates Glee & Lulu
Neeth punie - notior

AUTORIZACAO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CMS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carijibo (Rg.Conselho)	

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
<i>De acordo c/p. maior</i>	<i>08/09/10</i>	 <i>Liliane Almeida Fumagalli</i> <i>Assessora Técnica / Conselheira</i> <i>CNPJ: 12.345.678/0001-00</i> <i>CNS: 0001-0000-0000-0000-0000</i> <i>(Rg. Conselho)</i> <i>(SILAS HAYCON)</i>

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:
85271
Internação:
20045

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA

End. Resid.: RUA. JOAO F. RESENDE 207 - DIF. PATIMA

Cidade: PIRIPIRI - PI

CEP: 64260-000

Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	06/06/1959	51a:3m:9d	Solteiro(a)	LAVRADOR

Sintomas e sinais principais:

Pn edeme lmn treagz
gumenal em pme dente

Diagnóstico Definitivo:	CID Princ.	CID Secund.
Fetue dle pilo tibiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Procedimento Realizado:	Cod. Procedimento:
Orteossíntese de pilo tibiel	D

Internação	Alta	Permanência
Data 31/08/2010	Hora 10:30	Data / _____ / _____ Hora : _____

ALTA

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1.1 Curado | <input checked="" type="checkbox"/> 1.2 Melhorado | <input type="checkbox"/> 1.3 Da Puerpura e permanencia do recem-nascido |
| <input type="checkbox"/> 1.4 Pedido | <input type="checkbox"/> 1.5 Com previsão de retorno p/ acompanhamento do paciente | |
| <input type="checkbox"/> 1.6 Por Evasão | <input type="checkbox"/> 1.7 Da Puerpura e Recem-Nascido | <input type="checkbox"/> 1.8 Por Outros Motivos |

PERMANÊNCIA

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 2.1 Características próprias da doença | <input type="checkbox"/> 2.2 Intercorrência | <input type="checkbox"/> 2.3 Impossib. Sócio-Familiar |
| <input type="checkbox"/> 2.4 Processão Doação Órgão-Doador Vivo | <input type="checkbox"/> 2.5 Processão Doação Órgão-Doador Morto | |
| <input type="checkbox"/> 2.6 Por Mudança de Procedimento | <input type="checkbox"/> 2.7 Por Reoperação | <input type="checkbox"/> 2.8 Por Outros Motivos |

TRANSFERÊNCIA

- 3.1 Para Outro Estabelecimento

ÓBITO

- 4.1 Com declaração de óbito fornecida pelo Médico Assistente
 4.2 Com declaração de óbito fornecida pelo I.M.L.
 4.3 Com declaração de óbito fornecida pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

Outro

- 5.1 Encerramento Administrativo

Próxima AIH:

Ass. Médico Assistente

Dr. Geraldo Alves
Assistente
08-2011



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNIDADE JOSEFINA GETÚIANA NETTA
"Hospital amigo da Criança"
Rua Antônio Benigno, N° 490 - Centro
CNPJ: 08.580.924/0007-10
64.255-009 - Pedro II - Piauí

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Para: HUT

Nome do Paciente: João das Chagas de Souza

End. Paciente: Rua João S. Ferreira 207

Responsável pelo paciente (Acompanhante) _____

DADOS CLÍNICOS:

Pck sofreu traumatismo
em acidente motocicístico

H1 Fratura da fibia
esquerda

Pedro II (PI), 28/07/10

Dr. Francisco Henrique Coimbra

Médico Responsável

15
Avidente



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO II
HOSPITAL MATERNADE JOSEFINA GETÚLINA NETT
Hospital Antônio Borges, N° 400 - Centro
Rua Antônio Borges, N° 400 - Centro
CNPJ: 08.553.926/0007-13
Fone: 084 253-0000 - Pedro II - Piauí

SUS
Sistema único
de Saúde

CONSULTA BÁSICA

Nome: Fernando das Neves de Souza

Data de Nascimento: 06/06/59

Endereço: Rua Józio de Britto, Centro, Pedro II, Piauí

Município: Pedro II

Diagnóstico Provável: Gastrite, hérnia hiatal, esofagite

Exames:

Sim ()

Não ()

Data da Consulta: 28/10/2010

Assinatura do médico e carimbo

Fernando das Neves de Souza

Assinatura do paciente ou impressão digital

OBS.: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa

HOSPITAL JOSEFINA GETÚLINA NETT

PEDRO II - PIAUÍ
CNPJ: 08.553.926/0007-13
Getúlio Vargas

Assinatura

AO ILMO SR DIRETOR TÉCNICO DO HOSPITAL DE URGÊNCIA
DE TERESINA DRº ZENON ROCHA

SOLICITAÇÃO DE FOTOCÓPIA DE PRONTUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: Francisco das Chagas de Souza

SOLICITANTE: O mesmo

MOTIVAÇÃO: Seguro DPVAT

DATA DA ADMISSÃO NO HOSPITAL: 28, julho, 2010

SETOR DE INTERNAÇÃO: Clínica Ortopédica - 234

DOCUMENTAÇÃO: Cópia RG

Teresina, 02 de Setembro de 2010


PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

Recebi a documentação solicitada em

 / /

RELATÓRIO MÉDICO

SEGURO DPVAT - INVALIDEZ POR ACIDENTE

NOME DA VITIMA: Franzine dos Chaves da Cunha

DATA DO ACIDENTE: 28/07/10

1- ESPECIFICAR AS LESÕES DIRETAMENTE PROVOCADAS PELO ACIDENTE:

Lesões por esmagamento de pé direito e fermeira e fratura do pé direito

2- RELACIONAR OS TRATAMENTOS MÉDICOS AOS QUAIS A VITIMA FOI SUBMETIDO AO LONGO DO TEMPO, INFORMANDO AS RESPECTIVAS DATAS DE INÍCIO E TÉRMINO: Início: 28/07/2010

Ang. Pé: 28/07/2010

Fractura: 28/07/2010

3- A VITIMA JÁ RECEBEU ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS?

SIM - NÃO

EM CASO POSITIVO, DESDE QUE DATA: 25/09/11

4- A VITIMA APRESENTOU EXAMES OU LAUDOS MÉDICOS? SIM (ANEXAR COPIA) - NÃO

5- APÓS O TÉRMINO DE TODO TRATAMENTO, RESULTOU ALGUMA SEGUEDA FUNCIONAL DEFINITIVA?

SIM - NÃO

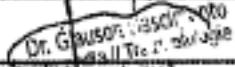
ESPECIFICAR OS(ORGÃO(S) ATINGIDO(S) E QUANTIFICAR A PERDA OU REDUÇÃO EM VALORES PERCENTUAIS (%). CASO NÃO SEJA POSSÍVEL DEFINIRessa PERDA EM PERCENTUAL, INDICAR APENAS O GRAU APROXIMADO DE REDUÇÃO FUNCIONAL (MÍNIMO, MÉDIO OU MÁXIMO) PARA CADA ITEM.

Importante: o pé direito perde de fermeira de direito de 100%
Fratura em fermeira direito com perda de 100%

DECLARO QUE EXAMINEI A VITIMA ACIMA CITADA NESTA DATA, PORTANTO ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA FIDELIDADE DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS AQUI TRANSCRITAS. ESTE RELATÓRIO É SIGILOSO E TEM COMO ÚNICA FINALIDADE A DE FORNECER SUBSÍDIOS MÉDICOS PARA FINS DE ENCAMINHAMENTO DA VITIMA AO SEGURO DPVAT, FICANDO TOTALMENTE A CRITÉRIO DA SEGURADORA EFETUAR QUALQUER IDENIZAÇÃO OU RECUSA, BEM COMO REALIZAR PERÍCIA MÉDICA OU REQUERER OUTROS EXAMES PARA DETERMINAÇÃO DO GRAU EXATO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO AS NORMAS DE SEGUROS EM VIGOR.

Teresópolis, 25 de abril de 2011

DR. DR. GONÇALVES, LUIZ CARLOS



ASSINATURA- CARIMBO C/ CRM - ESPECIALIDADE

DIAGMED
TERESINA

Nome: Aristóteles medilo

Teste que fazemos
do Gênero do Pênis encontram-se
impossibilitado definitiva-
mente de realização tri-
plas laborais que de-
mandam milhares e grandes
esforços, devido a fatura do
pênis grande e exagerado de
não dividir.

CID-10: S826/S822

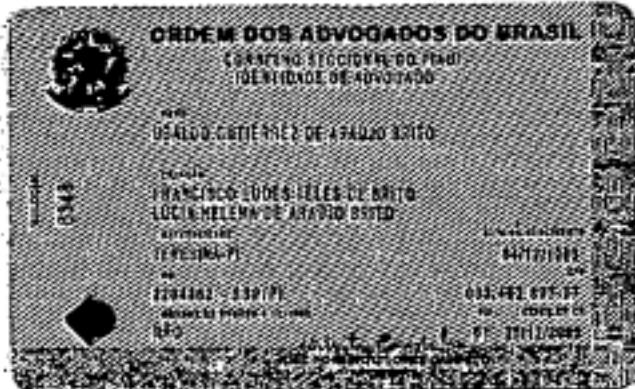
Data: 25/04/11


Dr. G. J. T.
DCEP C. 1000
Médico

Rua Taumaturgo de Azovedo, 2112 Centro/Sul
Cep: 64001-340, Fone (86) 3221-5378, Teresina-PI

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Assinatura do Titular

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO
T004037



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

059/059

REGISTRO
GERAL 1.717.978

DATA DE
EXPEDIÇÃO 23/12/08

HOME

FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA

FRANCISCA DERÔNIMO DE SOUSA
JOSÉ PEDRO DE SOUSA

NETURADADES

DATA DE NASCIMENTO

PIRIPIRI-PI

06/06/1959

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 4216-L-4A-F-154V

EXP. PIRIPIRI-PI 12/12/08

TIPIRRA-PI

349.617.473-00 ASSINATURA DO MIGRANTE DE MIGRACAO

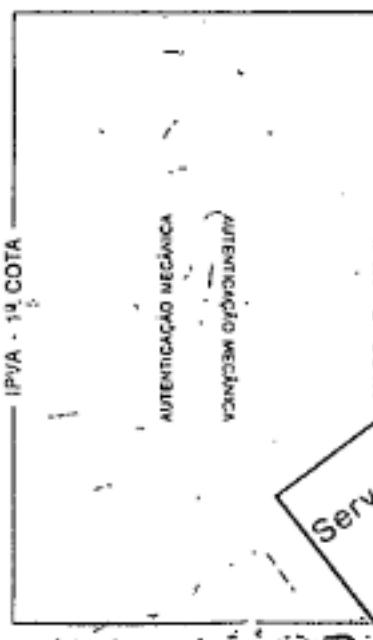
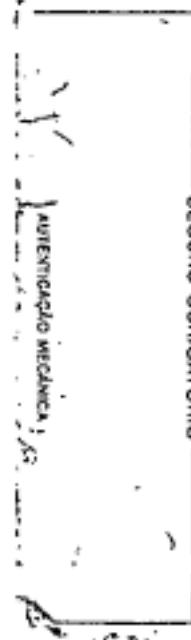
LEI Nº 7.110 DE 29/06/93 - DECRETO Nº 5230/83

CARTARIO JONATAS MELO
PRACA ALVARO FERREIRA, 47 - PIRIPIRI-PI.
JOATAS MELO

**CERTIFICO QUER A PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE COM A ORIGINAL,
EM TUDO PELA DA VERDADE.**

PIRIPIRI-PI, 16/06/2011

MULTAS DE TRANSITO -



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2011294197

Cidade: PIRIPIRI

Natureza: Invalidez

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA

Data do acidente: 28/07/2010

Emissor do parecer: Jorge Alberto C de Souza

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Prestadora: Visão Médica Ltda

CRM do médico: 377300

PARECER

Data da análise: 25/08/2011

Valoração do IML:

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM PLATO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos:

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL /JOELHO DIREITO:50% DE 25% = 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: JORGE CAMPOS

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

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:

31/08/2011

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00699

CONTA: 00000006540-8

Nr. da Autenticação 5924CF2892149093