

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ALBERTO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 00000325037-7

Nr. da Autenticação 5D4983DD6651AFF9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180317844 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO BEZERRA **Data do acidente:** 08/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA DO PLATÔ TIBIAL MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO E DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM PUNHO ESQUERDO E NO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 08/12/2017 do (a) paciente CARLOS ALBERTO BEZERRA o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1. Nome: onde consta IGNORADO (CARLOS ALBERTO DA COSTA) para CARLOS ALBERTO BEZERRA
2. Mãe: onde consta NÃO INFORMADO para MARIA DAS DORES BEZERRA.
3. Nascimento: onde consta 01/01/1973 para 12/10/1983
4. Endereço: onde consta AV DUQUE DE CAXIAS PROX AO BALAO DA COCA – AGUA MINERAL – TERESINA – PI para RUA MOTORISTA AREOLINO CARVALHO, 271- AGUA MINERAL –TERESINA – PI.

Teresina, 11 de janeiro de 2018

Fábio Marcos de Sousa
Diretor Técnico
CRM: 3336
Hospital de Urgência HUT
Fábio Marcos de Sousa
Diretor Técnico – HUT

CRM: 3336

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI





NOME DO PACIENTE: Pandor Alberto da Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 461924



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

BOLETIM DE ENTRADA - BE
DADOS DO PACIENTE:

 HUT 09/12/2017
 05/01/2018

Imp: 08/12/2017 23:43:33

 (User: RAIMUNDA SOARES)
 (Estação: RECEPCAO/PA)

<u>Nome:</u> IGNORADO (CARLOS ALBERTO DA COSTA)		<u>Prontuário:</u> 461924
<u>Mãe:</u> NAO INFORMADO	<u>Pai:</u> NAO INFORMADO	
<u>End. Resid.:</u> NA AV DUQUE DE CAXIAS PROX AO BALAO DA COCA - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 01/01/1973	<u>Idade:</u> 44a:11m:7d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> - -
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u>
<u>Profissão:</u> NAO INFORMADO		<u>CPF:</u> . . . * <u>RG:</u> -
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Ignorado
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 640637	<u>Data:</u> 08/12/2017 23:40:55	<u>Condução:</u> AMBULANCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Ad.Trab.:</u> Não	<u>Trajeto:</u> Não	<u>Típico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto, alcoolizado, não orientado, violenteiro.
 (A) via aérea pélvica, com colar cervical, em mancha rígida
 (B) MVA, AHT, nem R.A. SO, Y = 97%
 (C) Ausculta cardíaca fisiológica, abdome flácido e indolor, pele estavel
 (D) glagou, dego, alcoolizado
 (E) escoriações na cabeça, braço (E), antebraço (E)

RAIO-X REALIZADO

DATA 09/12/2017

Técnico: _____

FC: 89 bpm Temp.: _____

CID: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

<u>Rx- braço (E) + antebraço (E) +</u>	<u>Rx-torax + bacia + perna (E)</u>	<u>RAIO-X REALIZADO</u>	<u>HUT DR. ZENON ROCHA</u>
<u>Rx- torax + bacia + perna (E)</u>		<u>DATA 09/12/2017</u>	<u>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA</u>
		<u>Técnico: C</u>	<u>EXAME: CRAN</u>
			<u>DATA: 09/12/17 6:00 AM</u>

<u>ALTA:</u>	<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"/> A Pedido		

DATA SAÍDA: 1/1 HORA: _____

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

100000551

CONFERE COM O ORIGINAL

TERESINA 11/12/17

SERVIDOR:

Prof. Solicitante

Internação:

<u>ÓBITO:</u>	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anam. Patol.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

CID Compatível:

S-82

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2018

Assinatura Paciente ou Responsável

 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

 Bone rontgen
 Sergio Góes
 CRM-4525



Dados do Chamado	01 N° do chamado 1019	02 Data do chamado 08/12/2011	03 PRO (código) 1841	04 Saída do PA 23:00	05 Chegada ao local 23/12/2011																			
	06 Saída do local 23/12/2011	07 Chegada ao 1º hospital 23:13:5	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital																				
Local da Ocorrência	10 Endereço AV. Juazeiro do Norte	11 Bairro Av. Juazeiro	12 Município-UF Teresina - PI	Código IBGE																				
Dados do Paciente	13 Ponto de referência praca. Valéria da Costa Costa	14 Nome Carlos Alberto da Costa	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado																					
Tipos de Ocorrência	16 Idade 9 9 9	1-Dia <input checked="" type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Ano <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado																				
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado																				
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança																				
Assistência	23 Glasgow = 13	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. SatO2	25 Local da lesão																			
Hospital de Destino	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 7 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 5 7 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada 2 - Não																			
Observações Interdisciplinar	<p>31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aspiração</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta</td> <td><input type="checkbox"/> Glicemia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oxigênio</td> <td><input type="checkbox"/> Colar cervical</td> <td><input type="checkbox"/> Acesso Venoso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Curativos</td> <td><input type="checkbox"/> Kred</td> <td><input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos a)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Assistência obstétrica</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>b)</td> </tr> </table> <p>32 Hospital de Destino HUT</p> <p>33 Condições de entrada 1 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado</p> <p>34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input checked="" type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte</p> <p><i>Pct. Ativista sofreu acidente moto / carro quebrou trânsito levando ponto ceguera, resultando lesões cranianas graves, posteriormente colocada evitando post dor estética. Seus consciência, respira- ção, pulso, pressão arterial e os exames</i></p> <p><i>Conselho de Resende, Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</i></p> <p>HUT SAMU CONFERE LARO ORIGINAL TERESINA-PI SERVIDOR: <i>.../...</i></p> <p>Socorristas Médico AE/TE <i>.../...</i></p> <p>Enfermeiro Condutor <i>.../...</i></p> <p>Responsável pela recepção esposa: <i>.../...</i></p> <p>Insônia: 27.11.2011</p>						<input type="checkbox"/> Aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar			<input type="checkbox"/> Medicamentos a)			<input type="checkbox"/> Assistência obstétrica			b)
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta	<input type="checkbox"/> Glicemia																						
<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso																						
<input type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar																						
		<input type="checkbox"/> Medicamentos a)																						
		<input type="checkbox"/> Assistência obstétrica																						
		b)																						



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

Imp: 08/12/2017 23:43:33
(RAIMUNDA SOARES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGNORADO (CARLOS ALBERTO DA COSTA)		Prontuário: 461924
Mãe: NAO INFORMADO	Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: NA AV DUQUE DE CAXIAS PROX AO BALAO DA COCA - AGUA MINERAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 01/01/1973	Idade: 44a:11m:7d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS:
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: CPF: . . -
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 640637	Data: 08/12/2017 23:40:55	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1/17 : ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>ACIDENTE DE TRÂNSITO - 9.12.17 - 08h30</i>	
<i>Carimbo/Assinatura Solicitante</i>	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/17 : <i>crepção b/nariz</i>
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2018
<i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2): Data/Hora Solicitação: 09/12/17 : <i>Cir. Gonor</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Princípi Vírus do gonorreia e respi.</i> <i>Gravidez = 15, gravidez, normotensivo.</i> <i>Princípi e agudo febre transversa.</i> <i>Quintal a ser em HSE e PEE.</i> <i>Co: am da Cir. Gonor</i>
<i>Carimbo/Assinatura Solicitante</i>

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/17 : <i>Encontro PMS</i>
<i>Amostra de orofaringe</i>
<i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE CARLOS		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	1 JUL 2018	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		CO-MORBIDADES		CLÍNICA Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	ENF. ou APT.	LEITO
DATA: 04/07/2018 HORA: 12:12		HORÁRIO		MÉDICO/ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
NUTRIÇÃO : DIETA Líquida		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
HIDRATAÇÃO:		12h PA 110/70 mmHg P75 bpm				
FISIOTERAPIA:		T 36,5°C				
CD:		Te				
1- DIPIRONA		1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasli 01 amp + ADEV 8/8h		Visto Nutricionista 500g Juliana Lima		
2- PARACETAMOL		12h PA 110/70 mmHg P75 bpm		calmo, orientado		
3- VOLVEREN		12h PA 110/70 mmHg P75 bpm		Supplex, com pulsos		
4- TRAMAL 50 mg + 100 ml SF 0,9% EV SOS		12h PA 110/70 mmHg P75 bpm		lento, ritmo de aceleração		
5- MEMBRO ACOMETIDO ELEVADO		12h PA 110/70 mmHg P75 bpm		dente molar clínico,		
6- CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITIAIS		12h PA 110/70 mmHg P75 bpm		Sg. Procedimento emergencial, ps. Nox 60mmHg, P: 69 bpm, Fase 22s (Eng)		
Fisioterapeuta: Aplicação Amoxiça AS		12h PA 110/70 mmHg P75 bpm				
HUT-SAME		12h PA 110/70 mmHg P75 bpm				
CONFERE COM O ORIGINAIS		12h PA 110/70 mmHg P75 bpm				
SERVIÇO		12h PA 110/70 mmHg P75 bpm				
MÉDICO/CRM:		12h PA 110/70 mmHg P75 bpm				

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
 centro cirúrgico

Nome do Paciente	Carlos Alberto Bezerra		
Diagnóstico pré-operatório	FRACTURA TIPO BANTON E		
Operação - Tipo	OSTEOSSINTOSE com PLACA		
Cirurgião	Dr. Leocádio Soares	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Ediaine	Anestesista	Dr. Bruno Lima
Anestésico(a)			

Data da Operação	10/12/2017	Ínicio	14:30	Fim	16:15
Diagnóstico Pós-operatório					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO </div>
Relatório Imediato do Patologista					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 11 JUL 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI </div>

Acidente Durante a Operação	<div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> HUT-SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, PI - 11/12/17 SERVIDOR: <i>Alucardix</i> </div>		
-----------------------------	---	--	--

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

- 1) Abertura em UTT, sob anestesia. USE gastoscado -
- 2) Anestesia + anti-issepsia com campon ext
- 3) Índice de Henry + dissec + RFI com placa osilar + IFK 2-0.
- 4) HNL com 3/0,45 e sutura per placa anti pul
- 5) Continua local + RFI com gasto com BPD
- 6) fale bem
- 7) A SAÍDA

Dr. Leocádio Soares
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-PI 4405-FDT 12409

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

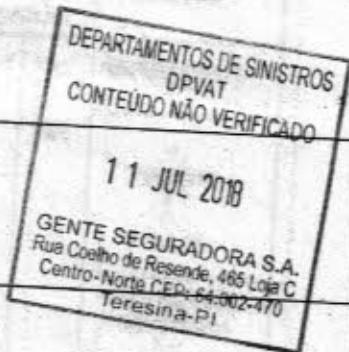
Nome do Paciente	Cayos Acyoto Bezerra Costa		
Diagnóstico pré-operatório	FRACT. FRACTURA FIBRÍNA MÓVAL E.		
Operação - Tipo	OSTOOSÍNTESE		
Cirurgião	Dr. Leocádio Soares		
2º Assistente	CRM-PI 4468 TEOT 12409		
Instrumentador(a)	1º Assistente	3º Assistente	
Anestésico(a)	Anestesista	Jr. Brown	Anestesia

Data da Operação	10/12/17	Inicio	Fim
------------------	----------	--------	-----

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

- 1) Abordagem sob anestesia com MIE gástrica.
- 2) Aniquila + anti-septico com camprostato.
- 3) Índice undinal + dissim por placa atípico da fratura.
- 4) Raffi com placa de apoio undinal.
- 5) Controle sob injeção de.
- 6) MIE com ECO, RX e sutura por placa atípica.
- 7) Retirada gomot com BPD.
- 8) Curto + falso
- 9) A SRPA

HUT-SAME

CONFERE COM ORIGINAL
11/12/17

Dr. Leocádio Soares Med. 76 HUT
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 4468 TEOT 12409



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 10 / 12 / 17

NOME DO PACIENTE:	<u>Bezerra</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>461934</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Carlos Alberto da Costa</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA:	<u>Dr. Bruno Lima</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Hocálio Soares</u> <small>Dr. Hocálio Soares Ortopedista Traumatologista CNPJ: 01.4483-TEOT 12/09</small>	CPF N°:
AUXILIAR:		CPF N°:
ANESTESIA:		CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	<u>Ediane</u>	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>Nº 24</u>	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° <u>7-5</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA N° <u>7-0</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	800		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

OCORRÊNCIA
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

HUT-SAME
CONFECÇÃO ORIGINAL
TERESINA
SERVIDOR: 11/12/17
FACUNDA

**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS ALBERTO BEZERRA** (Prontuário: 461924)

Endereço: RUA MOTORISTA AREOLINO DE CARVALHO N271 - ÁGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 12/10/1983 Idade: 34a:2m:27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 640637

Requisição: 796800 Solicitação: 09/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 987917 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/12/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/12/2017

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, 11.12.17
SERVIDOR: 11.12.17
11.12.17

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO				
DATA: 10/12/11	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA			
EXAMES DE URINA									
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA									
SISTEMA CIRCULATÓRIO									
SISTEMA RESPIRATÓRIO							ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA DIGESTIVO							ASMA	BRONQUITE	
ESTADO MENTAL							SISTEMA URINÁRIO		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO							CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							FÍSICOS		
							APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO						TOTAL DE DOSES		
	1						monitórios		
	2						seios em MSD		
	3						Respiratórios		
LÍQUIDOS	SO-UTO	500	56						Lidocaina 14. 10ml
		400	90						Atropina 0,25% 10ml
	SANGUE	300							Cetazolina 2
		200							Dipiridol 2
	OUTROS	100							SEQUÊNCIA
TEMPERATURA T	C°	260							1 Ranitidina 1
		240							2
		2							3 Cetoxilan 1
P. ARTERIAL V		200							4
O PULSO		180							5 Bromophenol 1
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		160							6
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		140							7
RESPIRAÇÃO O		120							8
SÍMBOLOS		100							9
TÉCNICAS		80							10
OPERAÇÕES		60							11
CIRURGIÕES		40							12
ANESTESISTAS		20							13
PARTICULARIDADES		10							14
MOD 76 - HUT									15
							DURAÇÃO		
							INCIDENTE - ACIDENTE		
							CONDIÇÕES FÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
							CONFECÇÃO DO ORIGINAIS		
							TERESA / SERVIDOR / ALICE		
							HUT-SAME		

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE						Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. UREIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
							TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO						
	1						
	2						
	3						
LÍQUIDOS	SO-UTO		500				
			400				
	SANGUE		300				
			200				
	OUTROS		100				
TEMPERATURA T	C°	260					
		240					
		2					
P. ARTERIAL V O	38	200					
		180					
		160					
PULSO		1					
		140					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120					
		100					
		80					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60					
		40					
RESPIRAÇÃO O		20					
		10					
SÍMBOLOS				SEQUÊNCIA			
				1			
				2			
				3			
				4			
				5			
				6			
				7			
				8			
				9			
				10			
				11			
				12			
				13			
				14			
				15			
				DURAÇÃO			
TÉCNICAS						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS ALBERTO BEZERRA** (Prontuário: 372428)

Endereço: RUA MOTORISTA AREOLINO DE CARVALHO N271 - ÁGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP:

Nascimento: 12/10/1983 Idade: 34a:5m:22d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0

Requisição: 111480 Solicitação: 28/02/2018 Solicitante: LEOCADIO SOARES

Controle: 132537 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 28/02/2018

JOELHO ESQUERDO

- Controle evolutivo pós-operatório de osteossíntese da tibia proximal com materiais de fixação normoposicionados.

(LUIZ AIRES)

TERESINA - PI 06/03/2018

**LARA BASILIO MEDEIROS VERAS**

CRM 3373 P

Profissional Responsável

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS ALBERTO BEZERRA** (Prontuário: **372428**)
Endereço: **RUA MOTORISTA AREOLINO DE CARVALHO N271 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP:**
Nascimento: **12/10/1983** Idade: **34a:5m:22d** Sexo: **Masculino** Origem: **OUTRA UNIDADE** Atendimento: **0**
Requisição: **111480** Solicitação: **28/02/2018** Solicitante: **LEOCADIO SOARES**
Controle: **132536** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 28/02/2018

PUNHO ESQUERDO (2 INCID.)

- Controle evolutivo pós-operatório de osteossíntese do rádio distal com materiais de fixação normoposicionados.

(LUIZ AIRES)

TERESINA - PI, 06/03/2018

LARA BASILIO MEDEIROS VERAS

CRM 3373 PI

Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS ALBERTO BEZERRA** (Prontuário: 372428)

Endereço: RUA MOTORISTA AEROLINO DE CARVALHO N271 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP:

Nascimento: 12/10/1983 Idade: 34a:2m:10d

Sexo: Masculino

Origem: OUTRA UNIDADE

Atendimento: 0

Requisição: 103182 Solicitação: 20/12/2017

Solicitante: LEOCADIO

Controle: 122131 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 20/12/2017

JOELHO ESQUERDO

- Controle evolutivo pós-operatório de osteossíntese da tibia proximal com materiais de fixação normoposicionados.

(LUIZ AIRES)

TERESINA - PI 22/12/2017

LARA BASILIO MEDEIROS VERAS

CRM 3873 PI

rofissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS ALBERTO BEZERRA** (Prontuário: 372428)
Endereço: RUA MOTORISTA AEROLINO DE CARVALHO N271 - AGUA MINERAL - TERESINA - PI CEP: -
Nascimento: 12/10/1983 Idade: 34a:2m:10d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0
Requisição: 103182 Solicitação: 20/12/2017 Solicitante: LEOCADIO
Controle: 122130 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 20/12/2017

PUNHO ESQUERDO (2 INCID.)

- Controle evolutivo pós-operatório de osteossíntese do rádio proximal com materiais de fixação normoposicionados.

UIZ AIRES)

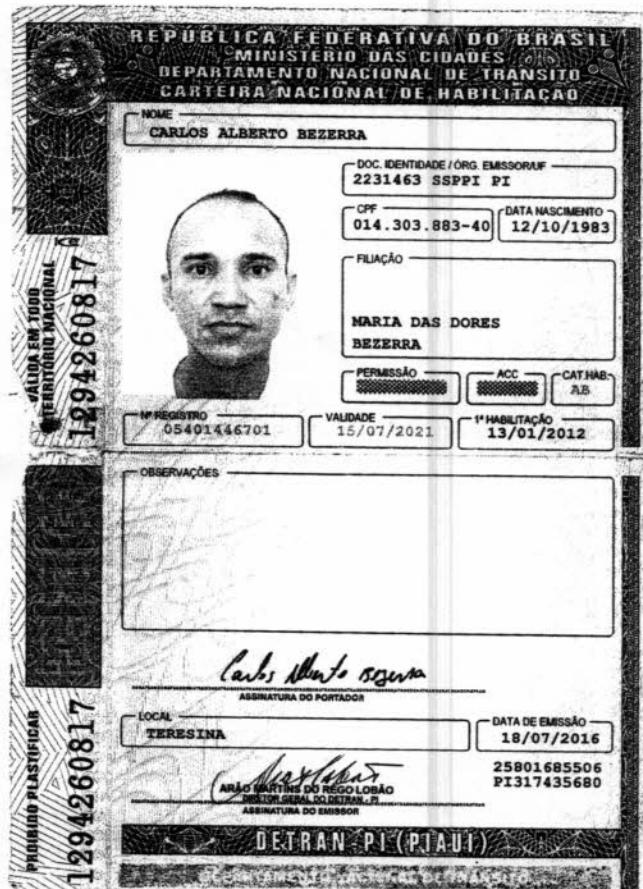
TERESINA - PI 22/12/2017

LARA BASILIO MEDEIROS VERAS

CRM 3373 PI

Profissional Responsável





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180317844 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO BEZERRA **Data do acidente:** 08/12/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL E EXAMES DE IMAGEM COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

094.303.883.40

Nome completo da vítima

Carlos Alberto Bezerra

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Carlos Alberto Bezerra	094.303.883.40	
Endereço	Número	Complemento
Rua motorista Suelino de Carvalho	271	
Bairro	Estado	CEP
Saquarema	PI	
Email	Telefone (DDD)	
	86 994729591	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)

BANCO DO BRASIL (001)

ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0029

D/V

CONTA

NRO.

325037

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida conta bancária. DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Teresina de julho de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

654 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.005145/2017-11

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 19/12/2017 - 17:16

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

08/12/2017 - 21:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. DUQUE DE CAXIAS, Nº:

Complemento

456524

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLOS ALBERTO BEZERRA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2231463SSPPI

Mãe: MARIA DAS DORES BEZERRA

Endereço: RUA MOTORISTA AREOLINO DE CARVALHO, Nº 271

Bairro: ÁGUA MINERAL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9597-4835

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO MOTO HONDA POP 100, COR PRETA, PLACA PIJ-3915, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE/VÍTIMA NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE COLIDIU NO VEÍCULO-II CARRO, QUE EVADIU-SE DO LOCAL. O NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº461924. É O REGISTRO.

Edvar Ferreira Nunes

Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA

Carlos Alberto Bezerra

CARLOS ALBERTO BEZERRA - Noticiante
Responsável pela Informação



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Carlos Alberto Bezerra</i>	034.303.883.40	08.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
<i>Carlos Alberto Bezerra</i>	034.303.883.40
Email	Telefone (DDD)
	(86) 99472 9591

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

THE 06 de *julho* de 2018
Local e Data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Carlos Alberto Bezerra
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU
192



PREFEITURA DE MUNICIPAL TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **08/12/2017** foi socorrido pelo SAMU o paciente **Carlos Alberto Bezerra**, vítima de Acidente de Trânsito tendo sido removido pelo SAMU e levado para o Hospital de Urgência Teresina-HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe se equivocou no preenchimento da ficha registrando o nome do mesmo de **Carlos Alberto da Costa** ao invés de **Carlos Alberto Bezerra..**

Teresina, 18 de Dezembro de 2017.

Márlia Veloso Cantanhede
Márlia Veloso Cantanhede
Gerente Administração e Financeira
SAMU



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



86 3218 - 2880



fht.samu@teresina.pi.gov.br

