

Control: x Audiência: x Upload: x Audiência: x Sistema: x (1) Wha: x petição: x Tribuna: x Acesso: x PJE Consult: x 080935: x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=499515&ca=9ed0c2520534ae82e53f83ee817dc86a5a0c062239...

Apps Processo Virtual Na... Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0809355-93.2020.8.18.0140
JOSE RIBEIRO DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

9571692 - CONTESTAÇÃO (2715448 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/05/2020 12:26:16

07 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO


- 9571695 - CONTESTAÇÃO (2715448 CONTESTACAO 01)
- 9571895 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2715448 CONTESTACAO Anexo 02)
- 9571900 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 9571902 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)
- 9571904 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))

12:26

14 Apr 2020

downloadBinario.seam 1 / 9

2715448- CS/ 2020-01653/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08093559320208180140

PT 12:26 07/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08093559320208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE RIBEIRO DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **12/09/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **17/10/2018**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista que os documentos apresentados não se mostraram hábeis ao recebimento da indenização.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES REFERENTES AOS DOCUMENTOS MÉDICOS

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, tendo em vista ter informado a vítima em processo administrativo não ter ciência quanto a ação proposta pelo advogado e a mesma não ter comparecido na consulta de avaliação. Desta forma pugna bem como toda documentação juntada aos autos, em especial os documentos médicos.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade dos DOCUMENTOS MÉDICOS apresentados aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício a clínica Machado Dr. Edmar ao qual fez o relatório médico, e ao Hospital de Urgência de Terezinha - HUT na qual atendeu a vítima no dia da ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Frise-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DO LAUDO MÉDICO PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora, nas páginas 7 e 8 do ID 9190562, não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência a capacitação para realização de tais perícias.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸**art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 17 de abril de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE RIBEIRO DE SOUSA**, em curso perante a **10ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08093559320208180140.

Rio de Janeiro, 17 de abril de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000632/2018-63

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 17/10/2018 - 12:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR 343, Nº:

Complemento

Data/Hora

12/09/2018 - 06:40

Bairro

GURUPI

Ponto de Referência

ALFA VILLE

482493
531867

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 4867693 SSP/PI

Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA

Pai: DOZI ALVES DE SOUSA

Endereço: QUADRA C CASA 05 LOT. VITÓRIA FREI DAMIÃO, Nº

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA BR-343, SENTIDO OESTE/LESTE, CONDUZINDO A MOTO YAMAHA/TIIS CRYTON K, COR BRANCA, ANO 2015, PLACA PIN-7070, RENAVAM 01074856110 DE PROPRIEDADE DE JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA, E NAS PROXIMIDADES DO CONDOMÍNIO ALFA VILLE, O CONDUTOR DE UMA MOTO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, QUE SEGUIA NA MESMA VIA EM SENTIDO CONTRÁRIO, COLIDIU FRONTALMENTE COM O NOTICIANTE, QUE FICOU LESIONADO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Francisco Stênio F. Barbosa
Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

Jose Ribeiro de Sousa
JOSE RIBEIRO DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000632/2018-63

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 17/10/2018 - 12:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR 343, Nº:

Complemento

Data/Hora

12/09/2018 - 06:40

Bairro

GURUPI

Ponto de Referência

ALFA VILLE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

RG: 4867693 SSP/PI

Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA

Pai: DOZI ALVES DE SOUSA

Endereço: QUADRA C CASA 06 LOT. VITÓRIA FREI DAMIÃO, Nº

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA BR-343, SENTIDO OESTE/LESTE, CONDUZINDO A MOTO YAMAHA/TIIS CRYTON K, COR BRANCA, ANO 2015, PLACA PIN-7070, RENAVAM 01074856110 DE PROPRIEDADE DE JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA, E NAS PROXIMIDADES DO CONDOMÍNIO ALFA VILLE, O CONDUTOR DE UMA MOTO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, QUE SEGUIA NA MESMA VIA EM SENTIDO CONTRÁRIO, COLIDIU FRONTALMENTE COM O NOTICIANTE, QUE FICOU LESIONADO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.

Francisco Stênio F. Barbosa
Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA

Jose Ribeiro de Sousa
JOSE RIBEIRO DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 291.410-188-00 Nome completo da vítima: João Rênego de Souza

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

Nome completo: João Rênego de Souza CPF: 291.410-188-00

Profissão: Carpinteiro Endereço: 2ª Av. Vitória A-C Número: 05 Complemento: _____

Bairro: Guarupi Cidade: Tererina Estado: PI CEP: 64091-600

E-mail: _____ Tel. (DDD): (86) 9-8815-6429

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 13 CONTA: 295588 1

(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)

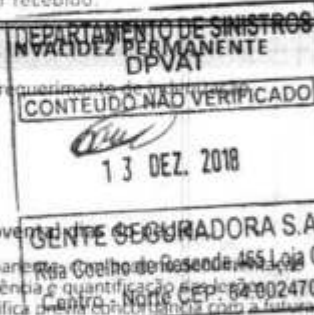
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, por meio de avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia à avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: Tererina 13/12/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

João Rênego de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 291.410.188-00 Nome completo da vítima: Jose Rebeiro De Sousa

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

Nome completo: Jose Rebeiro De Sousa CPF: 291.410.188-00
Profissão: carpinteiro Endereço: bel vilanova Q-C-C-O-S Número: 05 Complemento: casa
Bairro: burup Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64000-235
E-mail: _____ Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caba Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 295588 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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.

Peio 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 28/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	291.410.188-00	Jose Rebeiro De Sousa	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Jose Rebeiro De Sousa		291.410.188-00	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
carpinteiro	bel vilova Q-C-C-O-S	05	casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
burup	Teresina	PI	64000-235
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(86) 99534-6565		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caba Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 ☐ CONTA: 295588 ☒

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

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.

Peio 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data, Teresina - Piauí 28/06/19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 291.410.188-00 Nome completo da vítima: Jose Rebeiro De Sousa

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

Nome completo: Jose Rebeiro De Sousa CPF: 291.410.188-00
Profissão: carpinteiro Endereço: bel vilanova Q-C-C-05 Número: 05 Complemento: casa
Bairro: burup Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64000-235
E-mail: _____ Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 295588 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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.

Peio 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Teresina - Piauí 28/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 N° do chamado 1682	02 Data do chamado 12/09/18	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 6:50	05 Chegada ao local 7:00
	06 Saída do local 7	07 Chegada ao 1º hospital 7:45	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço B.R. 343				
	11 Bairro Zona Norte		12 Município-UF Teresina		Código IBGE
	13 Ponto de referência Alta Valle				
Dados do Paciente	14 Nome Jose Risciro de Sousa			15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	
	16 Idade 56a		Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input checked="" type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte <input checked="" type="checkbox"/> HVT 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Vitima <input type="checkbox"/> 20 Meio de locomoção <input type="checkbox"/> 21 Outra parte envolvida <input type="checkbox"/> 22 Equipamentos de segurança <input type="checkbox"/>				
Acidente de Transporte	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado		1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado		1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
	23 Glasgow = <input type="checkbox"/>		RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 5 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 6 - Nenhum
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 43 Resp. 18 PA 118 TAX. 95		25 Local da lesão 		
	26 Pupilas <input type="checkbox"/> 27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		28 Sanguinamento <input type="checkbox"/> 29 Escala de Dor de 0 a 10 1 - Sim 2 - Não 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 5 6 7 8 9 10		
Assistência	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>		
	32 Hospital de Destino HVT		33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 34 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	35 Observações Vítima de colisão moto e posto com trauma no pé direito e escoriações + dores generalizadas + sangramento no pé esquerdo com lesões venoso				
	36 Responsável pela recepção				

Socorristas
Médico
AE/TE

Densa 180.160

Enfermeiro
Conductor

CONFERE COM O ORIGINAL
JANE R. SANTOS
MARTINA VILAS BOAS CANTANHO
Gerente Administrativa SAMU

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13-DEZ-2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-20



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 1682	02 Data do chamado 12/09/18	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 6:50	05 Chegada ao local 7:00
	06 Saída do local 4	07 Chegada ao 1º hospital 7:45	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço B.R. 343	11 Bairro Zona Norte	12 Município-UF Teresina	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Alta Valle				
Dados do Paciente	14 Nome Jose Rissiro de Sousa	15 Sexo <input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Ignorado			
	16 Idade 56a	Se idade Ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Vitima <input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> 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 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 43 Resp. 17x8 PA 118 TAX. 95 SatO2 95	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sanguinamento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEUDO NÃO VERIFICADO 13-DEZ-2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470
	Observações Interdisciplinar Vítima de lesão no pé direito e no pé esquerdo com trauma no pé direito e lesões + dores generalizadas + sangramento no pé esquerdo e no pé direito				
Responsável pela recepção 		Socorristas Médico AE/TE Dêusa 180.260 Enfermeiro Conductor Soares			



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 1682	02 Data do chamado 12/09/18	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 6:50	05 Chegada ao local 7:00
	06 Saída do local 4	07 Chegada ao 1º hospital 7:45	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço B.R. 343	11 Bairro Zona Norte	12 Município-UF Teresina	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Alta Valle				
Dados do Paciente	14 Nome Jose Rissiro de Sousa	15 Sexo <input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Ignorado			
	16 Idade 56a	Se idade Ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Vitima <input type="checkbox"/>	20 Meio de locomoção 1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Passageiro 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = <input type="checkbox"/>	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 2 Orientada 3 Confusa 3 Palavras inapropriadas 2 Palavras incompreensíveis 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 73 Resp. 17x8 PA 118 TAX. 95 SatO2 95	25 Local da lesão
	26 Pupilas <input type="checkbox"/> 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sanguinamento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input checked="" type="checkbox"/>
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino HUT			
	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	35 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina - PI		
Observações Interdisciplinar	36 Observações Vítima de lesão no pé direito e no pé esquerdo com trauma no pé direito e lesões + dores generalizadas + sangramento no pé esquerdo com lesão venosa				
	37 Responsável pela recepção Socorristas Médico AE/TE Dêusa 180.260 Enfermeiro Conductor Soares				



Boleto para pagamento

Linha digitável: 03399.19961 34735.523523 60001.301013 9 77360000037218

Valor: R\$ 372,18

		033-7	FICHA DE CAIXA		RECIBO DO CLIENTE	
NOME BENEFICIÁRIO CREDI-SHOP S/A		CNPJ/CPF BENEFICIÁRIO 62.895.230/0001-13	VENCIMENTO 12.12.2018		Nº CARTÃO ASSOCIADO 6031 35** **** 0492	
AGÊNCIA/CGO(B) BENEFICIÁRIO 2136-9 / 199634-7		NOME NÚMERO 355235260001-3	DATA DO DOCUMENTO 12.12.2018		NOME BENEFICIÁRIO JOSE RIBEIRO DE SOUSA	
NÚMERO DO DOCUMENTO 00000087180587		VALOR DO DOCUMENTO 372,18	VALOR PAGO		Nº VENCIMENTO 355235260001-3	
					12.12.2018	
					VALOR PAGO R\$	
					Autenticação Mecânica no Verso	

		033-7	03399.19961 34735.523523 60001.301013 9 77360000037218			
LOCAL DE PAGAMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU LOJAS DO PARAÍBA						VENCIMENTO 12.12.2018
BENEFICIÁRIO CREDI-SHOP S/A - Administradora de Cartões de Crédito						AGÊNCIA/CGO(B) BENEFICIÁRIO 2136-9 / 199634-7
DATA DO DOCUMENTO 12.12.2018	NÚMERO DO CARTÃO 6031 35** **** 0492	ESPECIE CARTÃO N	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 12.12.2018	NOME NÚMERO 355235260001-3	
USO DO BANCAL 101	CARTÉIRA 101	ESPECIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO 372,18	
INSTRUÇÕES						1. OS ENGARGOS DECORRENTES DO PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO DO EXTRATO SERÃO INCLuíDOS NO PRÓXIMO EXTRATO MENSAL.
						2. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO.
						1.1) MORA *****
						1.2) JUROS *****
						1.3) VALOR COBRADO *****

PAGADOR
JOSE RIBEIRO DE SOUSA
LOT VITORIA -Q-C C-05
GURUPI
64091-600 TERESINA-PI

29141018800



Autenticação Mecânica





Boleto para pagamento

Linha digitável: 03399.19961 34735.523523 60001.301013 9 77360000037218

Valor: R\$ 372,18

		033-7	FICHA DE CAIXA		RECIBO DO CLIENTE	
Nº CARTÃO ASSOCIADO		N/Nº VENCIMENTO		6031 35** **** 0492		
JOSE RIBEIRO DE SOUSA		355235260001-3		12.12.2018		
NOME BENEFICIÁRIO		CNPJ/CPF BENEFICIÁRIO	VENCIMENTO			
CREDI-SHOP S/A		62.895.230/0001-13	12.12.2018			
AGÊNCIA/CODIGO BENEFICIÁRIO		ROBIO NÚMERO	DATA DO DOCUMENTO			
2136-9 / 199634-7		355235260001-3	12.12.2018			
NÚMERO DO DOCUMENTO		VALOR DO DOCUMENTO	VALOR PAGO			
00000087180587		372,18				
				VALOR PAGO R\$		
				Autenticação Mecânica no Verso		

		033-7	03399.19961 34735.523523 60001.301013 9 77360000037218			
LOCAL DE PAGAMENTO						VENCIMENTO
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU LOJAS DO PARAÍBA						12.12.2018
BENEFICIÁRIO						AGÊNCIA/CODIGO BENEFICIÁRIO
CREDI-SHOP S/A - Administradora de Cartões de Crédito						2136-9 / 199634-7
DATA DO DOCUMENTO	NÚMERO DO CARTÃO	ESPECIE CARTÃO	ACEITE	DATA DO PROCESSAMENTO	NÚMERO NÚMERO	
12.12.2018	6031 35** **** 0492		N	12.12.2018	355235260001-3	
USO DO BANCO	CARTÃO	ESPECIE	QUANTIDADE	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO	
101					372,18	
INSTRUÇÕES						(-) DESCONTOS/ABATIMENTOS
1. OS ENGARGOS DECORRENTES DO PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO DO EXTRATO SERÃO INCLuíDOS NO PRÓXIMO EXTRATO MENSAL.						(-) MORA
2. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO.						(-) MULTA
						(-) VALOR COBRADO

PAGADOR: JOSE RIBEIRO DE SOUSA
LOT VITORIA -Q-C C-05
GURUPI
64091-600 TERESINA-PI

29141018800

Autenticação Mecânica



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 753 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-99 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 018211785

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	297	314,47

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	19725	Atual:	22/02/2019
Anterior:	19428	Anterior:	23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/03/2019
Consumo Medido:	297	Emissão:	21/02/2019
Consumo Faturado:	297	Apresentação:	22/02/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pat. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1416740		3.5.3.1 195

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO 297 A R\$ 0,957855 =	284,48
JAN/19 365	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	22,22
DEZ/18 57	MULTA POR ATRASO 01/19-00	6,76
NOV/18 0	JUROS POR ATRASO 01/19-00	1,01
OUT/18 96		
SET/18 299		
AGO/18 232		
JUL/18 184		
JUN/18 208		
MAI/18 211		
ABR/18 159		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 297 - 0,023668

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

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

RESERVADO AO FISCO F2C6.737A.1AE0.8044.75D1.5023.D072.48B8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	53,46	Base de Cálculo:	284,48
Energia:	103,28	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	17,48	Valor do ICMS:	76,80
Encargos:	11,02	Valor do PIS:	4,01
Tributos:	99,24	Valor do COFINS:	18,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			DMC	DIC30
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Atualizado	0,00			0,00			0,00	
Grupo	TERESINA - MACALIBA					Período de apuração:	12/2018	R\$19,43

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUN 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUN 2019

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

1523526

Jose Ribeiro de Sousa
LOT VITORIA - 0 -Q-c C-05
GURUPI
TERESINA-PI 64091-600

TED

Teresina, 29 de Junho de 2019

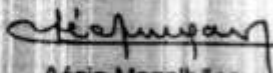
Prezado Associado,

Conforme sua solicitação, em 29/06/2019 às 12:13:57, estamos enviando a 2ª via do **Cartão Credi-Shop**, de n.º **6031 3552 3526 0567**. Para sua segurança, ao receber seu cartão verificar se seu nome está corretamente gravado. Após a verificação, assinar no verso, no local apropriado, com caneta esferográfica azul ou preta. Lembramos, ainda, que o seu novo cartão teve os 4(quatro) últimos dígitos modificados por medida de segurança.

Para qualquer esclarecimento, ligue para nossa **Central de Atendimento a Associados 24 h**, pelos telefones:

2106-1234 - Residentes em Teresina e Timon
0800-707-1234 - Residentes em outras localidades

Atenciosamente,


Aécio Magalhães
Credi-Shop S/A

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

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

ATENÇÃO: Para sua maior segurança, estamos enviando o seu cartão **Credi-Shop bloqueado**. Antes de utilizá-lo, ligue para a **Central de Atendimento** e solicite o desbloqueio.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

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

1523526

Jose Ribeiro de Sousa
LOT VITORIA - 0 -Q-c C-05
GURUPI
TERESINA-PI 64091-600

TED

Teresina, 29 de Junho de 2019

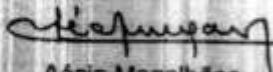
Prezado Associado,

Conforme sua solicitação, em 29/06/2019 às 12:13:57, estamos enviando a 2ª via do **Cartão Credi-Shop**, de n.º **6031 3552 3526 0567**. Para sua segurança, ao receber seu cartão verificar se seu nome está corretamente gravado. Após a verificação, assinar no verso, no local apropriado, com caneta esferográfica azul ou preta. Lembramos, ainda, que o seu novo cartão teve os 4(quatro) últimos dígitos modificados por medida de segurança.

Para qualquer esclarecimento, ligue para nossa **Central de Atendimento a Associados 24 h**, pelos telefones:

2106-1234 - Residentes em Teresina e Timon
0800-707-1234 - Residentes em outras localidades

Atenciosamente,


Aécio Magalhães
Credi-Shop S/A

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

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

ATENÇÃO: Para sua maior segurança, estamos enviando o seu cartão **Credi-Shop bloqueado**. Antes de utilizá-lo, ligue para a **Central de Atendimento** e solicite o desbloqueio.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JUL 2019

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 027701998

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

CONTA MÊS VENCIMENTO
SETEMBRO/2019 01/10/2019
CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
368 395,64

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		kWh		DATA DA LEITURA	
Atual:	21430			Atual:	24/09/2019
Anterior:	21062			Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	368			Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	368	FCAM		Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:		Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	204

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 285	CONSUMO 368 A R\$ 0,974683 = 358,68
JUL/19 222	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 28,94
JUN/19 205	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,04
MAI/19 204	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,53
ABR/19 178	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,44
MAR/19 243	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,11
FEV/19 297	MULTA POR ATRASO 08/19-00 5,52
JAN/19 365	JUROS POR ATRASO 08/19-00 1,38
DEZ/18 57	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 14,71
NOV/18 0	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 368 - 0,655318

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode conferir estas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato com o atendimento.

RESERVADO AO FISCO	4301.D09F.81CB.2C70.B985.A944.4458.D4F6
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 70,54	Base de Cálculo: 358,68
Energia: 136,30	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 23,05	Valor do ICMS: 96,84
Encargos: 11,28	Valor do PIS: 3,68
Tributos: 117,51	Valor do COFINS: 16,99
	6,49%
INDICADORES DE CONTINUIDADE	
DIC	FIC
Mensal	Mensal
Trimestral	Trimestral
Anual	Anual
Limite	5,31 10,63 21,25 3,11 6,23 12,45 3,03
Realizado	0,00 0,00 0,00
Conjunto	TERESINA-MACAUBA
Período de aplicação:	07/2019
ELSD:	78,61

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



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 Raze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Ribeiro de Sousa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 291.410.188/00 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Jose Ribeiro de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.410.188/00, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 28 de Junho de 2019
Local e Data

Nelle Raze Soares Marques
Assinatura do Declarante

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/BIBLIOTECABWEB/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 Raze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Ribeiro de Sousa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 291.410.188/00 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Jose Ribeiro de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.410.188/00, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 28 de Junho de 2019
Local e Data

Nelle Raze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 N° do chamado 1682	02 Data do chamado 12/09/18	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 6:150	05 Chegada ao local 7:00
	06 Saída do local 4	07 Chegada ao 1° hospital 7:45	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço B.R. 343	11 Bairro Zona Norte			
	12 Município-UF Teresina	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Alta Valle	14 Nome João Ribeiro de Sousa			
	15 Sexo 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	16 Idade 56a			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado		
	19 Vitima 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		
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado		22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança		
	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais Pulso 43 Resp. 18 PA 118 TAX. 95		
Exame Físico	RESPOSTA VERBAL 3-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum		25 Local da lesão
	26 Pupilas 1-Iguals 2-Desiguais		27 Pulso Radial Central 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente		28 Sanguinamento 1-Sim 2-Não
Assistência	29 Escala de Dor de 0 a 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		30 Fratura 1-Sim Exposta Fechada 2-Não		
	31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não) Aspiração Prancha longa/curta Imobilização de extremidades Glicemia Oxigênio Colar cervical Reanimação cardiopulmonar Acesso Venoso Curativos Kred Assistência obstétrica Medicamentos a) b) c)		32 Hospital de Destino HUT		
Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado		34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte		
	Observações Interdisciplinar Vítima de colisão moto e jato com trauma no pé direito e escoriações + dores generalizadas + sangramento no pé esquerdo com alguns vasos				

CONFERE COM O ORIGINAL

Alina R. Santos

Marília Velloso Cantanhede

Gerente Administrativa SAMU

Enfermeiro

Condutor

Socorristas

Médico

AE/TE

Dansa/80.160

Responsável pela recepção

Versão: 27.11.2011



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Jose Rikorio de Sousa
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 229328

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".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURODORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

**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

Neuro OK:

SUS SUS

Imp: 12/09/2018 09:43:41

(User: ALDENIA ARAUJO)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		Prontuário: 229328	
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA		Pai: DOZI ALVES DE SOUSA	
End.Resid.: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 15/11/1959	Idade: 58a9m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 8815-6421
Responsável: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		CNS: 898002384377452	
Profissão: CARPANTEIRO		CPF: * RG: 33935138 - SSP-SP	
G. Instrução: Médio Incompleto		E.Civil: Viuvo(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683854	Data: 12/09/2018 07:45:04	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Tipico: Não	CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico, em volta das 7h, com uso de capacete, apresentando ferimentos no local do acidente, fraturas. (A) Vias aéreas livres, presença de colar cervical e prancha, capacete rasgado. (B) MV presente em Remitax. C e a ausente em base de Remitax. D, espandibilidade torácica diminuída. (C) BVE, 2T, RR, SS. Abdomen duro, indur e palpável, plano. (D) Glóbulos 15, pupilas isocóricas, fotorreflexas. (E) Escala de 2, possível fratura em P.D.

PA: X mmHg

Pulso:

FC:

bpm

Temp.:

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAME: RADIOGRAFIA COMPUTORIZADA
DATA: 12-09-2018
HUGO ROCHA
RADIOGRAFIA COMPUTORIZADA
EXAME: RX (D)
DATA: 12-09-2018

ALTA:

- () Melhorado () Administrativa
() Curado () Por Indisciplina
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

() Retornar à Unid. Origem:

() Transferência:

DATA SAÍDA: / /

HORA: : .

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:**DESTINO:**

- () Até 24 Hs () Família
() De 24 a 48 Hs () IML
() Após 48 Hs () Anat. Patol.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

13 DEZ, 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

**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

Imp: 12/09/2018 09:43:41

(ALDENIA ARAUJO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		Prontuário: 229328
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA		Pai: DOZI ALVES DE SOUSA
End. Resid.: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 15/11/1959	Idade: 58a9m27d	Sexo: Masculino Fone: 86- 8815-6421
Responsável: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		CNS: 898002384377452
Profissão: CARPINTEIRO		Documento: RG: 33935138 - SSP-SP
G. Instrução: Médio Incompleto		E. Civil: Viuvo(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683854	Data: 12/09/2018 07:45:04	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):Data/Hora Solicitação: 11/11/18: 11:00 ESPECIALISTA:MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Nota da Marcelia Digo avalio TC de crânio e cervical, não evidencio lesões, liberando na neurocirurgia

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 11/11/18: 11:00

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):Data/Hora Solicitação: 11/11/18: 11:00 ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**CONTEUDO NÃO VERIFICADO**

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 11/11/18: 11:00

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

15/11/1959

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO	229.328
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	232/232
À CLÍNICA	Cardiologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 58 anos, fratura calcâneo.
Avaliar risco cirúrgico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 465 L
Centro - Norte CEP 64.002

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TBO: 11305
Tel: (86) 9884-0561

DATA: 21/09/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER Neg. de diabetes, tabagismo, asma, hipertensão, colesterol elevado.
Circulatório de construção normal. Neg. de torção aorta. Neg. de
Neg. de pressão arterial elevada. Neg. de doença cardíaca.
Bom estado geral, consciente, orientado, sem sinais de insuficiência cardíaca.
126 kg, 1,70 m, AP. respiratória vesicular reduzida no base direita. TC de tórax
sem alterações, sem sinais de insuficiência cardíaca.
= Creatinina 0,18 mg/dl, PCr 5 mg/dl
= ECG: normal (PR, 62 bpm, PR 160 m, AVR: entre 60 e 90. Tachicardia
em DII e VF. = Glicemia capilar (14.57 - 21/9/18) 95 mg/dl
= Conclusão: conforme algoritmo do American College of Physicians
o paciente apresenta baixo risco de complicações cardiovasculares a
tempo cirúrgico proposto.
14.57-21/9/18 Alomar

DATA: ____/____/____

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Jose Rangel de Sousa	PRONTUÁRIO	229328
DA CLÍNICA	ORTO PEDIA	LEITO	232/232
À CLÍNICA	NEURO		

Paciente Sra, vítima de acidente automobilístico (12/09/18), com politrauma + fratura do calcâneo, evolui com sequelas atuais.

Out

Yuri Augusto Felix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2309

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

~~NC~~

Relato de cefaleia após queda de moto
e de náuseas e vômitos.

CR = (1) - SINTOMÁTICAS.

(2) - Dura de diagnóstico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15/11/1959	M	229328
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
		1991		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
RESIDENCIAL FREI DAMIAO	A88 M07 F18	221100 TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
LIMPEZA CIRURGICA MID

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)

CARATER
URGENCIA

SOLICITAÇÃO
29/09/2018

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA
CPF: 87715406368 CRM:

DATA ADMISSÃO
29/09/2018 09:00

DATA ALTA
13/10/2018 12:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
Acid. Trabalho Trajeto							

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
--	---

LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA
CPF: 06570216368 CRM:

DATA ANALISE 05/10/2018 09:27:38

ICF

CEM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/09/18

NOME DO PACIENTE: <u>Ygor Ribeiro de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>229328</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Duodenal (11)</u>	CIRURGIA: <u>Exc. Duodenal</u>
ANESTESIA: <u>Raquete</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>[Assinatura]</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Acad.</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Chagas</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>[Assinatura]</u>	CPF Nº: _____

Dr. Chagas B. Sousa
CRM-PI 3920
Osteopatia e Tratamento

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI n.º 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	/		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 6.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE n.º 26	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	07	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	.		PVPI TINTURA	ML	.	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	.	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	.		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	.		SERINGA 3CC	UNID.	.	
FORMOL	ML	.		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	.	
JELCO Nº	UNID.	.		luva 7.5	02	.	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA luva 8.0	02	.	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Exams 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Eletródos 05			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cupom 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				murin 02			
ALCOFIL				Óleo de girassol			
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C.C			
VICRYL				CIRCULANTE: Loupaine			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE S
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VER
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADOR
Rua Coelho de Resende, 46
Centro - Norte CEP: 64.1



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

João Ribeiro de Souza

Diagnóstico pré-operatório

Lesão em colar

Operação - Tipo

Lesão em colar

Cirurgião

Dr. R. Chagas
CRM nº 38220

Dr. Chagas

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador

Anestesista

Dr. Hernandez

Anestesia

Trague

Anestésico(a)

Data da Operação

29.09.18

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Lesão

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Lesão em colar
Lesão em colar
Lesão em colar
Lesão em colar

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 463 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. R. Chagas
CRM nº 38220



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome:

Sala:

Alergia:

Data:

Procedimento:

Cirurgião:

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol 12,5mg													
2 Midazolam 90mg													
3 Rocuronio 120mg													
4 Propofol 0,1mg													
5 Nifedipina 20mg													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil													

Acesso Vascular

- ☒ Periférico _____
Cat. Venoso nº 20G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos _____ cateteres
☐ Central _____

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☐ IOT nº _____
☐ LMA nº _____

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito: Control

SPO2 (%)

ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:

Raquianestesia 206,
interrupção

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 | 1a C.Hernandes B. S. S. J. R.
MÉDICO
Anestesiologista



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: José Ribeiro de Sousa Nº PRONT.: 229328 Nº LAUDO: 223891

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU POUCA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO.

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: / /

26/10/18
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17825395120009

ASSINATURA DO AUDITOR



Rua Onésio Tito, 1425, Bairro Redenção,
Teresina-PI, CEP 64017-775
FONE: 3218-5199 FAX: 3218-5199



86 3218-5199



diretoriageral@hut@gmail.com



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

CURATIVO

CÓDIGO: 0401010015

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Jose Ribeiro de Sousa Nº PRONT.: 229328 Nº LAUDO: 223891

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM LESÃO CUTÂNEA APRESENTANDO TECIDO COM ASPECTO:

- ☐ () NECROSADO
- ☐ () ESFACELO AMARELO
- ☐ () TECIDO DE GRANULAÇÃO

Dr. Marcos Justino P. de A. Viana
Médico Assistente - HUT
C.R.F. 142.188/1

DATA: / /



ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR



NOME DO PACIENTE				PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA				229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							OBSERVAÇÕES		
DI: 12/09/2018	FRAT CALCANEIO D									
13/10/18	Edenio Nogueira NUTRICIONISTA 31.3716									
1	Dieta oral livre									
2	Jelco salinizado									
3	Dipirona 1comp VO 6/6hs							18 23 06		
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h							18 23 06		
5	Cuidados gerais e sinais vitais									
Prescrição supracitada - afetando SCIP 15. TCP, dor, SI, glicemia, vela + oxigênio / Pul. Ac c. Plavix -										
										
										
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Yuri Ingo Fella / Dr. Paulo H. U. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia										
CRM 3415-7/07/10079 / CRM 3760-7/07/11305 / CRM 3760-7/07/11305 / CRM 3760-7/07/11305										

[illegible]

Dr. Fco. das Chagas B. Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3820

OME JOSE RIBEIRO DE SOUSA IDADE 59 anos DATA 29/09/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 09 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIÃO Elmano

CIRURGIÃO REALIZADA

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>109/71</u>	<u>100/64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elmano</u>	<u>Elmano</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2
	Movimenta dois membros	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1
	Tem apnéia	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1
	Não responde	0	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			
ESCALA DE DOR ALTA			
TOTAL		<u>12</u>	
ASS.		<u>12</u>	

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

09/09/2018 - Paciente em pós-operatório de cirurgia de abdômen, com evolução satisfatória, sem complicações. Sinais vitais dentro da normalidade. Satisfeito com o atendimento. Evolução satisfatória.

Dr. Italo Hipólito S.T. Silva
 Médico Anestesiologista
 CRM 5053 / RQE 2948
 COREN 157.397

RESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Italo Hipólito S.T. Silva
 Médico Anestesiologista
 CRM 5053 / RQE 2948

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)

Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990

Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854

Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1081268 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 12/09/2018

Cod. SIA: 0204060087

TORNOZELO DIREITO

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

- Fratura no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA (Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64059-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081269 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 12/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA (Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081270 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 12/09/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a10m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873086 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081311 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 12/09/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 04/10/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 59a0m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 222732
Requisição: 873309 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
Controle: 1081544 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 232

RELATÓRIO:

Data Exame: 12/09/2018

Cod. SIA: 0204060109

CALCANEIO DIREITO

O estudo radiológico do calcâneo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Controle pos operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Imobilização gessada.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 19/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a9m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873465 Solicitação: 13/09/2018 Solicitante: DANIEL MOURA PARENTE
Controle: 1081721 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 13/09/2018

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:

- FRATURA CRANIANA NO OCCIPITAL À ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO CÔNDILO E CLÍVUS.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO 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.
- DISCRETA ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/09/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a10m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 222732
Requisição: 879655 Solicitação: 03/10/2018 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
Controle: 1089912 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 232

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 03/10/2018

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:

- FRATURA CRANIANA NO OCCIPITAL À ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO CÔNDILO E CLÍVUS.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO 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.
- DISCRETA ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/10/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

CIRURGIA REALIZADA Extensão de valcões HORÁRIO CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	102 / 63	113 / 69
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	77	61
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	100%	98%
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	Adelina	Adelina

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	09
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na ORPA em POI de
extensão de valcões; que evoluiu bem, sem

RAIO-X REALIZADO
DATA 20/08/16
Técnico

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA 15:55
HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA
Dr. Patrícia Meneses
C.R.A. 0312

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []
POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] INT [] NEU [] CIR [] MÉD

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fluor. IV _____
Rubrica _____

FMS

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 12/09/18

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro do Sampaio PRONTUÁRIO Nº: 229328

DIAGNÓSTICO: CIRURGIA:

ANESTESIA: Gase AN Nº DA SALA: 02

CIRURGIÃO: Dr. Antônio José CPF Nº:

AUXILIAR: Res. CPF Nº:

ANESTESIA: Dr. Antônio José CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: J. V. M. CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n. 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		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.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	10	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Medicamento crepante	UNID.	06	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Algodão ortopédico	UNID.	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	UNID.	04					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: JOSÉ RIBEIRO DE SAUT

Sala: 02

Alergia: Nega

Data: 12/09/18

Procedimento: OSTEASSÍNTESE DE CALCÂNEO DIREITO

Cirurgião: ANDRÉ

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 PROFOL	160mg												
2 CETAMINA	50mg												
3 MIDOLINA	100mg												
4 SUCCINILCOLINA	80mg												
5 FENTANIL	250mg												
6													
7 DIPIRENA	2g												
8 RANTIDINA	50mg												
9 DERAMETASCO	10mg												
10 ORADANSETENA	4mg												
11 CETOPROFENO	100mg												
12 MOLFEN													
13													
Oxigênio	16/min												
N2O	16/min												
Volatil SEVOFLURO	2%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico 16 G MSE
☒ Cat. Venoso nº 22 G MSD
☐ Dificuldade aces. venoso
 Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☒ IOT nº 7,5 c/uff
☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito: dorsal

SPO2 (%)	96	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)	45	44	44	45	46	45	44	
Aces. Venoso	SF) 500	SF) 500	SF) 500	SF) 500	SF) 500	SF) 500	SF) 500	
Aces. Venoso								
Diurese								
Perdas Sanguíneas								

Descrição da Anestesia: Anestesia geral balanceada + 30T c/ tubo 7,5 c/uff em sequência rápida
 MCV em sistema circular valvular + abs-co2; A/interconexões

* IOT c/ auxílio da Suggie em 1ª tentativa
 Camacho Lohano III B.

Dr. Antônio José Nogueira
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 Anestesiologista



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Diagnóstico pré-operatório

FRATURA DE CALCÂNEO

Operação - Tipo

OSTEOSSÍNTESE DE CALCÂNEO

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) PACIENTE EM DHI SOB ANESTESIA GERAL
- 2) ASEPSIA, ANTISSEPSIA + CAMPOS + GAVIOTE
- 3) LIMPEZA COM IO LSG 0,9% + DESBRIDAMENTO
- 4) REINSERÇÃO DE TENDA CALCÂNEO POR SÍNTESE E PINAGEM DE CALCÂNEO COM 3 FIOS K (2,0) E 2 (2,5) + RADIOSCOPIA
- 5) SUTURA + CURATIVO + TMA.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 130107

AIH: 2218101690849



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON RÓCHIA - ULT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON RÓCHIA - HUIT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377453	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15/11/1978	M	229124
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
		8888156424	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		
PARQUE TARARE	ASS 30/7 F18	TERESINA		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE CALCANEÓ

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S920 - FRATURA DO CALCANEÓ

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

040805033 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCANEÓ

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

12/09/2018

ASSINATURA DO SOLICITANTE

CPF: 003766713-1

CRM:

DATA ADMISSÃO

12/09/2018 07:45

DATA ALTA

24/09/2018 12:23

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

Acid. Trabalho Trajeto

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
RAFAEL RIBEIRO MENDES CPF: 12178347304 CRM: DATA ANALISE: 12/09/2018	CPF: 8888156424

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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

Nº LAUDO: 133856

AIH: 2218101722200

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HULT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HULT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898002384377452	NOME DO PACIENTE JOSE RIBEIRO DE SOUSA	NASCIMENTO 13/11/1959	SEXO M	PRONTUÁRIO 229325
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8688156429	NOME DA MÃE MARINA RIBEIRO DE SOUSA	RESPONSÁVEL JOSE RIBEIRO DE SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE 1991
BAIRRO PARQUE ITARARE	COMPLEMENTO ARR MU7 FIR	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE CALCANEÓ D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(N) DO CONSELHO) ANDRÉ L. A. DE M. GONÇALVES CPF: 08347000000
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 24/09/2018
DATA ADMISSÃO 24/09/2018 12:23	DATA ALTA 24/09/2018 09:00
MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE Acid. Trabalho/Trajetória	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DO FENÔMENO
---	------------------------	----------------------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-----------------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(N) DO CONSELHO) LUCIANA RIBEIRO FORMIGUEIRA CPF: 402107915 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL - PARECER CONTROLE/AValiação/AUDITORIA LUIZ CRM:
DATA ANÁLISE 24/09/2018 12:25:27	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO Nº: 229328
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raquel	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. [Assinatura]	CPF Nº:
AUXILIAR: [Assinatura]	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Fernando	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Valdirene	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	400		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	01		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	04		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.			eletrodo	-	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				escolas p/ degumem		04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Meves			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- ① Paciente em ddh les vaginavestria
- ② Anestesia, Anestesia Colocação
de Campos Cir
- ③ Visualização de lesões Perineutro
e tecido Meibom
- ④ Realizado 2 mc + Anestesia desbrin-
damento. Hove perda de hisso forçosa
- ⑤ Lavagem + Curativos

Anestesiologista

RESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA
NCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []	HORÁRIO
OSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD	ANESTESIOLOGISTA

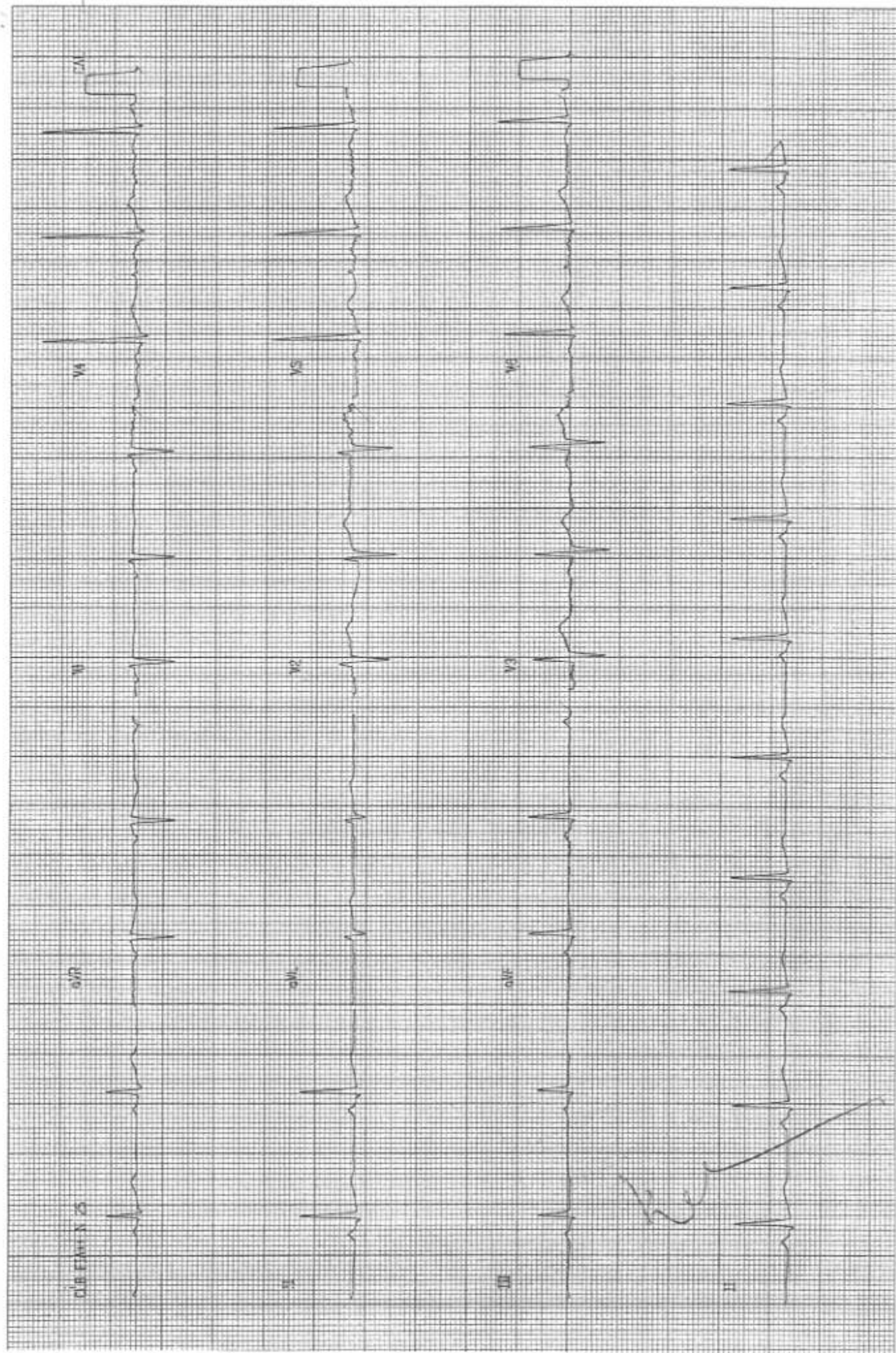


DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO N^o - DICA

[illegible]

CH: 232/L: 232.
Date: 23.09.18 Hora: 09:00hs.



RELATÓRIO MÉDICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
2º JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Figueiredo, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Jeilvauci por José Ribeiro
M. Souza, foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em 12/09/19
às 6:40HR. Paciente sofreu politrauma
aberto, curando com fístulas
que porção craniocranial e occipital a
esquerda, e ainda fístula na
região do calcâneo a direita, toda
a cirurgia feita a favor de osso
sólido, com curativos com
fístulas, com alta definitiva,
devido ao caso de fístulas: fístulas so-
ber, com limitação do movimento
com curativos funcionais
de 90%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia
- Urologia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
em Geral
2º JUN 2019

Edimar
27.06.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

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

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaço, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 99827-2726 • 99902-9920



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 229328

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-421
Teresina - PI

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".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-477



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

Neuro OK

SUS SUS

Imp: 12/09/2018 09:43:41

(User: ALDENIA ARAUJO)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		Prontuário: 229328	
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA	Pai: DOZI ALVES DE SOUSA		
End.Resid.: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 15/11/1959	Idade: 58a9m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 8815-6421
Responsável: JOSE RIBEIRO DE SOUSA	CNS: 698002384377452		
Profissão: CARPINTEIRO	CPF: * RG: 33935138 - SSP-SP		
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Viúvo(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683854	Data: 12/09/2018 07:45:04	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Tipico: Não
CID Secundário: V299		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico, por volta das 7h30, com uso de capacete, apresentando perda de consciência no local do acidente e vítimas. (A) Vias aéreas superiores, presença de lesão cervical e punção, capote sacado fora. (B) MV presente em rimbores. E a ausente em base de rimbores. D, responsabilidade trácica diminuída. (C) BNF, 2T, BR, SS. (D) Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotossensíveis. (E) Escala de 2 pontos em Pi D.

PA: X mmHg	Pulso: bpm	Temp.: °C
------------	------------	-----------

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA

DATA: 12-09-2018

HUGO DE LIMA ROCHA

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: (D)

DATA: 12-09-2018

ALTA:

- () Melhorado
- () Curado
- () Inalterado
- () A Pedido

- () Administrativa
- () Por Indisciplina
- () Por Evasão

Retornar à Unid. Origem:

Transferência:

DATA SAÍDA: / /

HORA: : :

ÓBITO:

- () Até 24 Hs
- () De 24 a 48 Hs
- () Após 48 Hs

DESTINO:

- () Família
- () IML
- () Anat. Patol.

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DVPAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

**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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 12/09/2018 09:43:41

(ALDENIA ARAUJO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		Prontuário: 229328
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA		Pai: DOZI ALVES DE SOUSA
End.Resid.: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 15/11/1959	Idade: 58a9m27d	Sexo: Masculino Fone: 86- 8815-6421
Responsável: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		CNS: 898002384377452
Profissão: CARPINTEIRO		Documento: RG: 33935138 - SSP-SP
G. Instrução: Médio Incompleto		E.Civil: Viuvo(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683854	Data: 12/09/2018 07:45:04	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

2ª Via de Prontuário

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Neuro. Da. Marcilene Dias avaliar TC de crânio e cervical, não evidenciar lesões, liberando no neurocirurgião.</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

**DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__**

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



15/11/1959

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Jose Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO	229.328
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	232/232
À CLÍNICA	Cardiologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 58 anos, pratura calcaneo.
Avaliar risco cirúrgico

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP 64.00247

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TBO: 11305
Tel: (86) 99884-0561

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

DATA: 21/09/18

PARECER Paciente diabético, tabagismo, com hiensão no abdome a direita.
Circulatório de construção normal. Não há torção acentuada.
Não dispnea aos esforços habituais. Não dorme.
Bom estado geral, consciente, orientado, sem sinais. FC: 68 bpm. PA: 126/82 mmHg. AF. murmúrios vesiculares reduzidos no base direita. IC: 12 bpm.
ritmo regular em 12 bpm. com 12 bpm.
= Creatinina 0,18 mg/dl, PC: 5 mg/dl
= ECG: normal (FC: 62 bpm), PR: 160 mm, AVR: entre 60 e 30. Tachicardia
em 12 bpm. = Glicemia capilar (14.57-21/9/18) 95 mg/dl
= Conclusão: conforme algoritmo do American College of Physicians,
o paciente apresenta baixo risco de complicação cardiovascular a
limpeza cirúrgica proposta.

14.57-21/9/18

Albano

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Jose Rinaldo de Sousa	PRONTUÁRIO	229328
DA CLÍNICA	ORTO PED. A	LEITO	232/232
À CLÍNICA	NEURO		

Paciente Sr. vítima de acidente automobilístico (12/09/18), com politrauma + fratura de calcâneo, evolui com sequelas anteriores.

Aut

Dr. JÚLIO FÉLIX
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2309

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

NCa

Relato de cefaleia com queda de nuca
e de náuseas e vômitos.

CR = (1) - SIMTOMAS.

(2) - SURTO DE PANICULO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR Nº LAUDO: 137460	AIH: 2218101745915
--	--------------------

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15/11/1959	M	229328
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
		1991		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
RESIDENCIAL FREI DAMIAO	ASS M07 F18	221100 TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
LIMPEZA CIRURGICA MID

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)
CARÁTER	SOLICITAÇÃO
URGÊNCIA	29/09/2018
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA
29/09/2018 09:00	13/10/2018 12:00
	MOTIVO ALTA
	MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
Acid. Trabalho Trajeto							

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

1112 EDSON DOS SANTOS COSTA	DATA ANALISE 05/10/2018 09:27:38	ICPF	CRM	DATA ANALISE
CPF 06570216368 CRM				

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

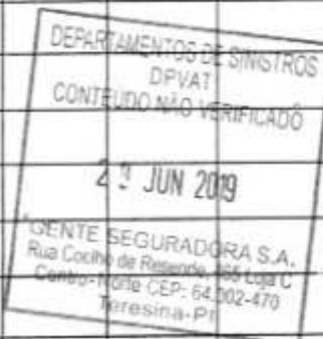
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/09/18

NOME DO PACIENTE: <u>Yara Ribeiro de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>229328</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Dg. de S. de S. (M)</u>	CIRURGIA: <u>Exc. de S. de S.</u>
ANESTESIA: <u>Rouque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>[Assinatura]</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Acid.</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Chagas</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Jana</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI <u>Nº 24</u>	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	/		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>6.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE <u>Nº 26</u>	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	07	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	.		PVPI TINTURA	ML	.	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	.	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	.		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	.		SERINGA 3CC	UNID.	.	
FORMOL	ML	.		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	.	
JELCO Nº	UNID.	.		<u>lowa 7.5</u>	02	.	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>lowa 8.0</u>	02	.	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Exams 03</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Eletródos 05</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Cupom 02</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<u>murin 02</u>			
ALCOFIL				<u>Óleo de girassol</u>			
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>C.C</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>lowa</u>			
PROLENE							





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Dr. Ribeiro de Souza		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura em valgo		
Operação - Tipo	Fixação com placas		
Cirurgião	1º Assistente		
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)	Dr. Chagas	Raque	
Data da Operação	Início	Fim	
29.09.18			
Diagnóstico Pós-operatório	Fratura		
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Ata da cirurgia
Preparação
Guedes
Ribeiro de Souza
Fechamento



Dr. R. Chagas B. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-Pi 3920



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: <u>João Nelson de Jesus</u>	Sala:	Alergia:	Data:
Procedimento:	Cirurgião:	Observações:	

Agentes	Unid.	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>Propofol 12,5mg</u>													
2 <u>Adrenalina 0,01mg</u>													
3 <u>Epinefrina 10mg</u>													
4 <u>Propofol 0,1mg</u>													
5 <u>Propofol 0,2g</u>													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil													

Acesso Vascular

- ☒ Periférico _____
Cat. Venoso nº 26G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos _____ cateteres
☐ Central _____

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☐ IOT nº _____
☐ LMA nº _____

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito: Control

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

Descrição da Anestesia:

Propofol 12,5mg
Adrenalina 0,01mg
Epinefrina 10mg
Propofol 0,1mg
Propofol 0,2g
Control
23 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Hermes R. S. S. Silva
MÉDICO
Anestesiologista



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199


HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: José Ribeiro de Sousa Nº PRONT.: 229328 Nº LAUDO: 223891


JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU POUCA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO.

DATA: / /


Dr. Marcos Martins S. Moura
Médico - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17025306120001
ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

26/10/18

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17025306120001

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR



Rua Otto Tito, 1425, Bairro Redenção,
Teresina-PI. CEP 64017-775.
FONE (11) 317 201, 0008-05



86 3218-5199



diretoriageralhut@gmail.com



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

CURATIVO

CÓDIGO: 0401010015

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Jose Ribeiro de Sousa Nº PRONT.: 229328 Nº LAUDO: 223891

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM LESÃO CUTÂNEA APRESENTANDO TECIDO COM ASPÉCTO:

- () NECROSADO
- () ESFACELO AMARELO
- () TECIDO DE GRANULAÇÃO

Dr. Marcos Aurélio P. de A. Viana
Médico Residente Clínica-HUT
CRM-PA 12.1081

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR:

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR

[illegible]

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE									
JOSE RIBEIRO DE SOUSA		229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232										
PRESCRIÇÃO MÉDICA																	
DATA/HORA CÓDIGO																	
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEIO D																
13/10/18																	
1	Dieta oral livre																
2	Gelco salinizado																
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs																
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h																
5	Cuidados gerais e sinais vitais																
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;"> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>29 JUN 2019</p> <p>AGENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro - Fone CEP: 64.012-470 Teresina - PI</p> </div>																	
OBSERVAÇÕES																	
RAIO-X REALIZADO																	
DATA 13/10/2018																	
Técnico: <i>AB</i>																	
<i>Santa Pr color</i>																	
<i>longe</i>																	

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Dr. Rômulo de Sousa		229328	Ortopédica	23/232		
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			OBSERVAÇÕES			
29/09/18			13:40' Retornou do CC			
1 DIETA ORAL LIVRE			em PO de LMC			
2 SF 0,9% 500 ml EV AO DIA			exame			
3 RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 H						
4 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H						
5 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H						
6 TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, IV, 8/8 H						
7 CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6 H						
8 SSW e CCGG						
0						

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
R. Coelho de Figueiredo, 465 Lapa C
Bairro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3820

NOME: <u>JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA</u>		IDADE: <u>59</u> anos	DATA: <u>29/09/2018</u>
HÓRARIO DE ADMISSÃO: <u>09hs 30min</u>		TIPO DE ANESTÉSIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	
CIRURGIÃO REALIZADA: <u>Roberto Ribeiro</u>		CIRURGIÃO: <u>Roberto</u>	
SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>109/71</u>		<u>100/64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>		<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98</u>		<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elson</u>		<u>Elson</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO 			TOTAL			
ESCALA DE DOR ALTA 			ASS.			

)SONDA VESICAL		()DRENO DE SUÇÃO		()DRENO TORACICO		()DVE		()COLOSTOMIA		SONDA ()NASOG()NASOE	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
is	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				

UNÇÃO DE ENFERMAGEM:

<p>DESCRIÇÃO MÉDICA</p>	<p>ALTA SRPA</p> <p> Dr. Italo Hipólito B.T. Silva Médico Anestesiologista CRM 5053 / RQE 2968</p> <p>HORÁRIO</p> <p>ANESTESIOLOGISTA</p>
-------------------------	--

ACAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081268 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 12/09/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Fratura no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA (Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081269 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 12/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)
 Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
 Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1081270 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 12/09/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: **229328**)
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a10m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873086 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081311 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 12/09/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 04/10/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA (Prontuário: 229328)**
 Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 15/11/1959 Idade: 59a0m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 222732
 Requisição: 873309 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
 Controle: 1081544 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 232

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060109

Data Exame: 12/09/2018

CALCANEAO DIREITO

O estudo radiológico do calcâneo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Contrôles pos operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Imobilização gessada.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 19/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a9m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873465 Solicitação: 13/09/2018 Solicitante: DANIEL MOURA PARENTE
Controle: 1081721 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 13/09/2018

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:

- FRATURA CRANIANA NO OCCIPITAL À ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO CÔNDILO E CLÍVUS.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO 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.
- DISCRETA ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/09/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)
 Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a10m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 222732
 Requisição: 879655 Solicitação: 03/10/2018 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
 Controle: 1089912 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 232

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 03/10/2018

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:

- FRATURA CRANIANA NO OCCIPITAL À ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO CÔNDILO E CLÍVUS.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO 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.
- DISCRETA ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/10/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



CIRURGIA REALIZADA Distúrbio de consciência CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	102 / 63	113 / 69
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	77	61
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	100%	98%
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	Adelina	Adelina

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO					
ESCALA DE DOR ALTA					
TOTAL	09				
ASS.					

() VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	() NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na ORPA em POI de
estudo de consciência; repouso, monitoramento, oxigenação

RAIO-X REALIZADO
DATA: 22/06/11
Técnico: [assinatura]

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____
 ALTA SRPA: 15:55
 HORÁRIO: _____
 ANESTESIOLOGISTA: Patrícia Meneses
 CRP: 0312

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []
 POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FISC. Nº _____

Rubrica _____

DATA 12/09/18

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>JOSE RIBEIRO DO SAU</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>229328</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Genp</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>M. Antonio Jose</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Res. Joana</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>M. Antonio Jose</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTAÇÃO: <u>Joana</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL DE CONSUMO							
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI - 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		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.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	10	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	UNID.	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	06	
JELCO Nº 20	UNID.	01		<div>DEPARTAMENTO DE MATERIAIS CONTEÚDO VERIFICADO 23 JUN 2018 CENTRO DE SEGURANÇA S.A. Rua Celso de Rêgo, 100 - C Centro - Norte - CEP: 64.002-400 Teresina - PI</div>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO				
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL				<div>OCORRÊNCIA Algodões ortopédicos UN 04</div>			
MONONYLON 2-0	UNID.	04					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE:	Are Koub		



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA

Sala: 02

Alergia: Nega

Data: 12/09/18

Procedimento: OSTEOTOMIA DE CALCÂNEO DIREITO

Cirurgião: ANDRÉ

Observações: -

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 PROPOL	100mg												
2 CETAMINA	50mg												
3 LIDOCAINA	100mg												
4 SUCCINILCHOLINA	80mg												
5 FENTANIL	250ug												
6													
7 DIPIRAMIDA	2g												
8 PARALIDINA	50mg												
9 DERAMETASOMA	10mg												
10 OXADOLSETRINA	4mg												
11 CETOPROFENO	100mg												
12 MOLFINA	4mg												
13													
Oxigênio	14/min												
N2O	14/min												
Volatil SEVOFLURANO	2%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico 16 G MSE
☒ Cat. Venoso nº 22 G MSD
☐ Dificuldade aces. venoso
☐ Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☒ IOT nº 7,5 c/cff
☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito: dorsal

SPO2 (%)	96	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)	45	44	44	45	46	45	44	
Aces. Venoso	SF) 500	SF) 500	SF) 500	SF) 500	SF) 500	SF) 500	SF) 500	
Aces. Venoso								
Diurese								
Perdas Sanguíneas								

Descrição da Anestesia: Anestesia geral balanceada + IOT c/ tubo 7,5 c/cff em sequência rápida + MCV em sistema circular volúmen + abs- CO_2 ; A/intercomunic

IOT c/ auxílio da Suggie em 1ª tentativa
 Comack lobano III b

Dr. Antônio José Matreiros Neto
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 Anestesiologista



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Diagnóstico pré-operatório

FRATUM DE CALCÂNEO

Operação - Tipo

OSTEOSSÍNTESE DE CALCÂNEO

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① PACIENTE EM DHI SOB ANESTESIA GERAL
- ② ASSEPSIA, ANTISÉPSIA + CAMPOS + GARROTES
- ③ LIMPEZA COM IO LSG 0,9% + DESBRIDAMENTO
- ④ REINSERÇÃO DE TENDÃO CALCÂNEO POR SÍNTESE E PINAGEM DE CALCÂNEO COM 3 FIOS K (2,0) E 2 (2,5) + RADIOSCOPIA
- ⑤ SUTURA + CURATIVO + TMA.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 130107

AIH: 2218101690849



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	25/11/1959	M	229125
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO
				104
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		
PARQUE ITARARE	ASSIMÓFIS	TERESINA		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE CALCANEÓ D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S920 - FRATURA DO CALCANEÓ

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050515 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCANEÓ D

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

ANDRÉ ET AL DE

CPF: 00.000.000-00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO

23 JUN 2019

GEMES SEGURADORA S.A.
Rua Contão de Resende, 460 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO	
URGÊNCIA	12/09/2018	
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
12/09/2018 07:45	24/09/2018 12:23	PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
Acid. Trabalho/Trajetória							

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE VALIAÇÃO / AUDITORIA
AARAO ROZ MENDES CPF: 13178347304 CRM: DATA ANÁLISE: 12/09/2018 F. 1684-23	CPF: DATA: 12/09/2018

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



223555/

Identificação do Estabelecimento de Saúde

133856

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	223557

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	JOSE RIBEIRO DE SOUSA ✓			6 - Prontuário:	229328
7-CNS:	898002384377452	8-Nascimento:	15/11/1959	9-Sexo:	Masculino
				RG:	33935138 - SSP-SP
11-Mãe:	MARINA RIBEIRO DE SOUSA			12-Fone:	86- 8815-6421
13-Resp:	JOSE RIBEIRO DE SOUSA			14-Cor:	Sem Informação
15-Ender:	QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - CEP: 64069-990				
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Vacante com fraca
interferência em re (X). Ne caso
de pele e Perda de consistência

21 - Condições que justificam a internação:

Humanezes

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


Não ex

23-Diagnóstico Inicial:

Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

DEPARTAMENTO DE MINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
24-CID C.Ass.:
7009-1-EP-84000-00

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA		Tempo SUS 3
29-Clinica:		30-Carâter: Ident.: 02 01		 Dr. Jamerson de Lemos Junior CRM 30761 - Radiologia
		31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 835.447.043-15		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR		34-Data Solicitação: 24/09/2018 ✓		
35-Ass.Carimbo Méd.Sol. (CRM)				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZACAO

46 - Nome do Profissional Autorizador:		47 - Data Autorização:	16/08 Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CRM-PA 1260 - CNS 17026395120001 50 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
48 - Documento:	49 - Num. Documento:		
() CNS	() CPF		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:			Usuário: (ANTONIO EURIVAN) Consulta Local: 683854 Consulta SUS: Impressão: 24/09/2018 12:21:28

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Jose Ribeiro de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>229328</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. [assinatura]</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Drª Fernanda</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Valdirene</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	01		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	04		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.			<u>eletrodo</u>	-	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>escovas p/ diguimon</u>		04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Meves</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Costa de Aguiar, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Tere: 3113-0111

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

- 1) Paciente em ddh les vaginavestria
- 2) de disseção, Arterias Colocadas
- 3) Visualização de Secções Perineutro e Tecido Muscular
- 4) Realizado 2 mc + Arterias de Sutura
- 5) Sutura + Curativo



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Jose Ribeiro de Sousa Sala: 05 Alergia: ningua Data: 24/09/18
 Procedimento: Ampega Cirurgião: Jamerson Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>Mido 2mg</u>													
2 <u>Fento 20mg</u>													
3 <u>Supil 1.5mg</u>													
4 <u>Eupagolone 2g</u>													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Unio													
AR/N2O													
Volatil	%												



Acesso Vascular

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

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
- ☐ IOT nº
- ☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito:

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

Descrição da Anestesia: 1-check list 2-monitorização 3-sedeja 4-Pat sentado, A+A+
 5-Preparação h3-2x Ag 25G liquo deus, com prescrição 3-Eupagolone 2g
 6-Procedimento sem intubação, ao final, erro anulado p/RPA

Anestesiologista

NOME <u>José Ribeiro de Sousa</u>		IDADE <u> </u> anos	DATA <u>24/09</u> /2018
PRÁRIO DE ADMISSÃO <u>14</u> h e <u>20</u> min	TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO		
CIRURGIA REALIZADA <u>MC Pê (D)</u>		CIRURGIÃO <u>J. A. A. A. A.</u>	

PARTE DE ADMISSÃO	14	hs 20 min	TIPO DE ANESTESIA	() GERAL	() RAQUE	() BLOQUEIO	() PERIDURAL	() SEDAÇÃO
CIRURGIÃO REALIZADA	M.C. Pa. (D)						CIRURGIÃO J. A. A. A. A.	

CIRURGIÃO Jaime

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	112 / 77	114 / 72
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	71	74
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	99%	100%
TEMPERATURA AXILAR (°C)	—	—
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	—	—
NOME / MATRÍCULA	Alione	Alione

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO	SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO 			TOTAL	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-5deg);"> DEPARTAMENTO DE REGISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 20 JUN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Sá, 100 Curitiba, PR </div>	
ESCALA DE DOR ALTA 			ASS.		

SONDA VESICAL		() DRENO DE SUCÇÃO		() DRENO TORACICO		() DVE		() COLOSTOMIA	SONDA () NASOGI () NASOE
ns	mL	ns	mL	ns	mL	ns	mL		
ns	mL	ns	mL	ns	mL	ns	mL		

DECLARAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Nº 206-101 LMC PI @ (sem efeito) (para o curso,
surte, estresse, e para o curso, e para o curso,
e para o curso, e para o curso, e para o curso,

Dr. Raulino de Almeida Rocha
ENFERMEIRO
CEREN.PI Nº 204.016

1401- Alche de SARA

DESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []	HORÁRIO
CÓDIGO [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD/	ANESTESIOLOGISTA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE						PRONTUÁRIO		DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA						229328		15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	
DATA/HORA CÓDIGO	PREScrição Médica	NUTRICIONISTA	Dietista	Farmacêutico	Enfermeiro	Assistente Social	Psicólogo	Outros	OBSERVAÇÕES				
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEIO D												
13/10/18		Ediane Nogueira							1200 SSW - P-60 PA: 130x60 mmHg Ode				
1	Dieta oral livre												
2	Jelco salinizado												
3	Dipirona 1comp VO 6/6hs												
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h												
5	Cuidados gerais e sinais vitais												
	Exame físico superior membros inferiores - apresenta S.C.P. II. L.I.P. normal. S.T. negativa. S. neta + plantar (+) (+) Ae c. plúvico.												

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
EPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 JUN 2019

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelhos, nº 455 Loja C
CEP: 04.002-470
Taubaté - SP

Dr. Ricardo Correia / Dr. Rui Inácio Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
*GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Almeida, 165 Loja C
Centro - Niterói CEP: 64.002-470
Ferreira - RJ

RELATÓRIO MÉDICO

Decidimos que já não é mais
se pode, faz vitrea de nuída de frontit,
foto ocorrido em 1209.18 AS 6:40HS, Tca
do sofrido politraumatismo, carente
com fratura que porção crânio do
occipital a espuma, e ainda fratu-
ra na região do calcâneo a direita,
Tendo sido feita cirurgia mecânica
através de osteossintese, com placa
do com fixação, com nota
definitiva, razão com o seguinte:
for 25 dias, com diminuição da mobilidade
deleto com comprometimento
funcional de 90%

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

2008 2019


Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

RELATÓRIO MÉDICO

paciente que já tem histórico de
queda, foi vítima de acidente de trânsito,
fato ocorrido em 12.09.18, às 6:40 Hs. de
se sofreu politraumatismo, com fratura
fratura na região C7/T1 occipital e A12
do fratura na região do calcâneo a nível
devido aos traumas de queda com lesão
completa com fratura de C7/T1
com fratura de fratura, com fratura
sequelas fortes com fratura
de fratura, com fratura
de fratura de fratura de 75%

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Edimar Machado

13.09.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1564-P1 - CRM: 2560-M
9903-0929/9532-1987/8827-3730

RELATÓRIO MÉDICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
2º JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Figueiredo, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Jeilvauci por José Ribeiro
M. Souza, foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em 12/09/19
às 6:40HR. Paciente sofreu politrauma
aberto, curando com fístulas
que porção craniocranial e occipital a
esquerda, e ainda fístula na
região do calcâneo a direita, total
do cirurgicamente a favor de ótica
sintótica, com/curando com
fisioterapia, com alta definitiva,
devido ao caso de fístulas: fortes so-
rer, com limitação do movimento
com curando com fisioterapia
de 90%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia
- Urologia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
em Geral
2º JUN 2019

Edimar
27.06.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

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

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 99827-2726 • 99902-9920



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: José Ribeiro de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 229328

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-421
Teresina - PI

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".

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-477



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

Neuro OK

SUS SUS

Imp: 12/09/2018 09:43:41

(User: ALDENIA ARAUJO)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		Prontuário: 229328	
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA	Pai: DOZI ALVES DE SOUSA		
End.Resid.: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 15/11/1959	Idade: 58a9m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 8815-6421
Responsável: JOSE RIBEIRO DE SOUSA	CNS: 698002384377452		
Profissão: CARPINTEIRO	CPF: * RG: 33935138 - SSP-SP		
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Viúvo(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683854	Data: 12/09/2018 07:45:04	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Tipico: Não
CID Secundário: V299		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico, por volta das 7h30, com uso de capacete, apresentando perda de consciência no local da ocorrência e vítimas. (A) Várias áreas (avulsões) presença de lesão cervical 2 punção, capacete sacado fora. (B) MV presente em rimbores. E a ausente em base de rimbores. D, a possibilidade trácica diminuída. (C) BNF, 2T, BR, SS. (D) Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotossensíveis. (E) Escala de 2 pontos em Pi D.

PA: X mmHg

Pulso:

FC:

bpm

Temp.:

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cocho de Ruenda, 460 Lda C
Centro de Teresina - PI - CEP: 64017-770

MOGROGRAFIA COMPUTADORIZADA
HUGO DE LIMA ROCHA
MOGROGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: (D)
DATA: 12/09/2018

ALTA:

- () Melhorado
- () Curado
- () Inalterado
- () A Pedido

- () Administrativa
- () Por Indisciplina
- () Por Evasão

Retornar à Unid. Origem:

DATA SAÍDA: / /

HORA: : :

ÓBITO:

- () Até 24 Hs
- () De 24 a 48 Hs
- () Após 48 Hs

DESTINO:

- () Família
- () IML
- () Anat. Patol.

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

**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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 12/09/2018 09:43:41

(ALDENIA ARAUJO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		Prontuário: 229328
Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA		Pai: DOZI ALVES DE SOUSA
End.Resid.: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 15/11/1959	Idade: 58a9m27d	Sexo: Masculino Fone: 86- 8815-6421
Responsável: JOSE RIBEIRO DE SOUSA		CNS: 898002384377452
Profissão: CARPINTEIRO		Documento: RG: 33935138 - SSP-SP
G. Instrução: Médio Incompleto		E.Civil: Viuvo(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683854	Data: 12/09/2018 07:45:04	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

2ª Via de Prontuário

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Neuro. Da. Marcilene Dias avaliar TC de crânio e cervical, não evidenciar lesões, liberando no neurocirurgião.</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

**DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__**

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



15/11/1959

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Jose Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO	229.328
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	232/232
À CLÍNICA	Cardiologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 58 anos, pratura calcâneo.
Avaliar risco cirúrgico

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja
Centro - Norte CEP 64.00247

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TBO: 11305
Tel: (86) 99884-0561

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

DATA: 21/09/18

PARECER Paciente diabético, tabagismo, com história de hipertensão e colesterol elevado. Queixas de dor no tornozelo e dificuldade para caminhar. Não apresenta sintomas de insuficiência cardíaca. Não apresenta sintomas de insuficiência renal. Não apresenta sintomas de insuficiência hepática. Não apresenta sintomas de insuficiência pulmonar. Não apresenta sintomas de insuficiência endócrina. Não apresenta sintomas de insuficiência neurológica. Não apresenta sintomas de insuficiência hematológica. Não apresenta sintomas de insuficiência imunológica. Não apresenta sintomas de insuficiência nutricional. Não apresenta sintomas de insuficiência psicológica. Não apresenta sintomas de insuficiência social. Não apresenta sintomas de insuficiência ambiental. Não apresenta sintomas de insuficiência cultural. Não apresenta sintomas de insuficiência espiritual. Não apresenta sintomas de insuficiência filosófica. Não apresenta sintomas de insuficiência política. Não apresenta sintomas de insuficiência econômica. Não apresenta sintomas de insuficiência tecnológica. Não apresenta sintomas de insuficiência científica. Não apresenta sintomas de insuficiência artística. Não apresenta sintomas de insuficiência esportiva. Não apresenta sintomas de insuficiência recreativa. Não apresenta sintomas de insuficiência educacional. Não apresenta sintomas de insuficiência profissional. Não apresenta sintomas de insuficiência acadêmica. Não apresenta sintomas de insuficiência intelectual. Não apresenta sintomas de insuficiência emocional. Não apresenta sintomas de insuficiência volitiva. Não apresenta sintomas de insuficiência ética. Não apresenta sintomas de insuficiência moral. Não apresenta sintomas de insuficiência religiosa. Não apresenta sintomas de insuficiência espiritual. Não apresenta sintomas de insuficiência filosófica. Não apresenta sintomas de insuficiência política. Não apresenta sintomas de insuficiência econômica. Não apresenta sintomas de insuficiência tecnológica. Não apresenta sintomas de insuficiência científica. Não apresenta sintomas de insuficiência artística. Não apresenta sintomas de insuficiência esportiva. Não apresenta sintomas de insuficiência recreativa. Não apresenta sintomas de insuficiência educacional. Não apresenta sintomas de insuficiência profissional. Não apresenta sintomas de insuficiência acadêmica. Não apresenta sintomas de insuficiência intelectual. Não apresenta sintomas de insuficiência emocional. Não apresenta sintomas de insuficiência volitiva. Não apresenta sintomas de insuficiência ética. Não apresenta sintomas de insuficiência moral. Não apresenta sintomas de insuficiência religiosa. Não apresenta sintomas de insuficiência espiritual.

Exames realizados: Hemograma, Perfil Lipídico, Perfil Glicêmico, Perfil Renal, Perfil Hepático, Perfil Cardíaco, Perfil Neurológico, Perfil Hematológico, Perfil Imunológico, Perfil Nutricional, Perfil Psicológico, Perfil Social, Perfil Ambiental, Perfil Cultural, Perfil Espiritual, Perfil Filosófico, Perfil Político, Perfil Econômico, Perfil Tecnológico, Perfil Científico, Perfil Artístico, Perfil Esportivo, Perfil Recreativo, Perfil Educacional, Perfil Profissional, Perfil Acadêmico, Perfil Intelectual, Perfil Emocional, Perfil Volitivo, Perfil Ético, Perfil Moral, Perfil Religioso, Perfil Espiritual.

Conclusão: conforme algoritmo do American College of Physicians, o paciente apresenta baixo risco de complicação cardiovascular a longo prazo.

14.57-21/9/18 Alomar

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Jose Rinaldo de Sousa	PRONTUÁRIO	229328
DA CLÍNICA	ORÇ. PENIA	LEITO	232/232
À CLÍNICA	NEURO		

Paciente Sr. vítima de acidente automobilístico (12/09/18), com politrauma + fratura de calcâneo, evolui com sequelas anteriores.

Aut

Dr. JÚLIO FÉLIX
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2309

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

NCa

Relato de cefaleia com queda de nuca
e de náuseas e vômitos.

CR = (1) - SIMTOMAS.

(2) - SURTO DE PANICULO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR Nº LAUDO: 137460	AIH: 2218101745915
--	--------------------

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15/11/1959	M	229328
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				1991
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
RESIDENCIAL FREI DAMIAO	ASS M07 F18	221100 TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
LIMPEZA CIRURGICA MID

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)
CARÁTER	SOLICITAÇÃO
URGÊNCIA	29/09/2018
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA
29/09/2018 09:00	13/10/2018 12:00
	MOTIVO ALTA
	MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
Acid. Trabalho Trajeto							

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

1. LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA	DATA ANALISE 05/10/2018 09:27:38	ICPF	CRM	DATA ANALISE
CPF 06570216368 CRM				

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/09/18

NOME DO PACIENTE: <u>Yara Rêis de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>229328</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Dgms (S. de S. de S.)</u>	CIRURGIA: <u>Exc. de S. de S.</u>
ANESTESIA: <u>Rouque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>[Assinatura]</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Acid.</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Chagres</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Jma</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI <u>Nº 24</u>	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	/		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>6.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE <u>Nº 26</u>	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	07	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	.		PVPI TINTURA	ML	.	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	.	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	.		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	.		SERINGA 3CC	UNID.	.	
FORMOL	ML	.		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	.	
JELCO Nº	UNID.	.		<u>lowa 7.5</u>	02	.	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>lowa 8.0</u>	02	.	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Exams 03</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Eletródos 05</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Cupom 02</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<u>murin 02</u>			
ALCOFIL				<u>Óleo de girassol</u>			
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>C.C</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>lowa</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

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



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Dr. Ribeiro de Souza		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura em valgo		
Operação - Tipo	Fixação com placas		
Cirurgião	1º Assistente		
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)	Dr. Chagas	Raque	
Data da Operação	Início	Fim	
29.09.18			
Diagnóstico Pós-operatório	Fratura		
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Ata da cirurgia
Preparação
Guedes
Ribeiro de Souza
Fechamento



Dr. R. Chagas B. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3920



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: <u>João Nelson de Jesus</u>	Sala:	Alergia:	Data:
Procedimento:	Cirurgião:	Observações:	

Agentes	Unid.	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>Propofol 12,5mg</u>													
2 <u>Adrenalina 0,01mg</u>													
3 <u>Epinefrina 10mg</u>													
4 <u>Propofol 0,1mg</u>													
5 <u>Propofol 0,2g</u>													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil													

Acesso Vascular

- ☒ Periférico
Cat. Venoso nº 26G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito: Control

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

Descrição da Anestesia:

Propofol 12,5mg
Adrenalina 0,01mg
Epinefrina 10mg
Propofol 0,1mg
Propofol 0,2g

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Hermes R. S. S. Silva
MÉDICO
Anestesiologista



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199


HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: José Ribeiro de Sousa Nº PRONT.: 229328 Nº LAUDO: 223891


JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU POUCA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO.

DATA: / /


Dr. Marcos Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17025306120001
ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

26/10/18

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17025306120001

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR



Rua Otto Tito, 1425, Bairro Redenção,
Teresina-PI. CEP 64017-775.
FONE (11) 317 201, 0006-05



86 3218-5199



diretoriageralhut@gmail.com



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

CURATIVO

CÓDIGO: 0401010015

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Jose Ribeiro de Sousa Nº PRONT.: 229328 Nº LAUDO: 223891

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM LESÃO CUTÂNEA APRESENTANDO TECIDO COM ASPÉCTO:

- () NECROSADO
- () ESFACELO AMARELO
- () TECIDO DE GRANULAÇÃO

Dr. Marcos Aurélio P. de A. Viana
Médico Residente Clínica-HUT
CRM-PA 12.1081

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR:

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA		229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEIO D							
13/10/18	Ediana Nogueira NUTRICIONISTA CRP: 3718							
1	Dieta oral livre							
2	Gelco salinizado							
3	Dipirona 1comp VO 6/6hs							
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h							
5	Cuidados gerais e sinais vitais							
<p><i>Exame físico supracalcâneo -</i> <i>apresenta S.C.P. 15.</i> <i>teip. dorsal.</i> <i>S. glicadas.</i> <i>Relatório de Exame Físico.</i> <i>Dr. Paulo H. K. Pessoa Filho</i></p>								
<p>AGENTE SEGURADORAS S.A. Rua Coelho de Resende, 485 L. 1 - C Centro - Nova CEP: 04.002-900 Tombina-PR</p> <p>23 JUN 2019</p> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONCEITO NÃO VERIFICADO</p> <p>15/07/2019</p> <p>Dr. Paulo H. K. Pessoa Filho</p>								
<p>Dr. Gloriano Cieneminger / Dr. Yuri Hugo Fátima / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. K. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p>								
CRM5415-TEOT10029	CRM71308	CRM3766-TEOT11305	CRM3367					

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE									
JOSE RIBEIRO DE SOUSA		229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232										
PRESCRIÇÃO MÉDICA																	
DATA/HORA CÓDIGO																	
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEIO D																
13/10/18																	
1	Dieta oral livre																
2	Jelco salinizado																
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs																
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h																
5	Cuidados gerais e sinais vitais																
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;"> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>29 JUN 2019</p> <p>AGENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro - Fone CEP: 64.012-470 Teresina - PI</p> </div>																	
OBSERVAÇÕES																	
RAIO-X REALIZADO																	
DATA 13/10/2018																	
Técnico: <i>AB</i>																	
<i>Santa Pr color</i>																	
<i>longe</i>																	

Prescrição Médica

Prescrição Médica

Al de

HQ

UNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE - HUT

IRGANCIA DE TERESINA - HUT



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Dr. Ricardo de Souza		229328	Ortopédica	23/03/23		
PRESCRIÇÃO MÉDICA			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
29/09/18					13:40' Retornou do CC	
1 DIETA ORAL LIVRE					em PO de LMC para	
2 SF 0,9% 500 ml EV AO DIA					exame	
3 RANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8x8 H						
4 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H						
5 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H						
6 TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9%, IV, 8x8 H						
7 CEFALOTINA 1G + AD EV 6/6 H						
8 SSW e CCGG						
0						

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPRAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
RANTE SEGURO S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 465 Lapa C
Bairro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3820

NOME JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA IDADE 59 anos DATA 29/09/2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 09 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃOCIRURGIJA REALIZADA Procedimento cirúrgico CIRURGIÃO Alvaro

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>109/71</u>	<u>100/64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Elmano</u>	<u>Elmano</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL			
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.			

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM:

09/09/2018 - Paciente em pós-operatório de cirurgia de abdômen, com boa evolução clínica, sem sinais de infecção, sem dor, sem náusea e vômito. Sinais vitais dentro da normalidade. Satisfeito com o cuidado de enfermagem.

Jairo Francisco de M. P. Silva
Enfermeiro
COREN RJ 157.397

DESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Italo Hipólito B.T. Silva
Médico Anestesiologista
CRM 5053 / RQE 2948

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

CAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

CUSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () JORT () NEU () CIR () MÉD

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081268 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 12/09/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Fratura no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA (Prontuário: 229328)**
 Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
 Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1081269 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 12/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fratura no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles do tornozelo.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)
 Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a11m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
 Requisição: 873048 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1081270 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 12/09/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA (Prontuário: 229328)**
Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a10m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
Requisição: 873086 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1081311 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 12/09/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 04/10/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA (Prontuário: 229328)**
 Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 15/11/1959 Idade: 59a0m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 222732
 Requisição: 873309 Solicitação: 12/09/2018 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
 Controle: 1081544 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 232

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060109

Data Exame: 12/09/2018

CALCANEO DIREITO

O estudo radiológico do calcâneo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Contrôles pos operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no calcâneo.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Imobilização gessada.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 19/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)
 Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a9m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 683854
 Requisição: 873465 Solicitação: 13/09/2018 Solicitante: DANIEL MOURA PARENTE
 Controle: 1081721 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 13/09/2018

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:

- FRATURA CRANIANA NO OCCIPITAL À ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO CÔNDILO E CLÍVUS.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO 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.
- DISCRETA ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 14/09/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RIBEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 229328)
 Endereço: QD C CASA 5 LOTEAMENTO VITORIA - RESID. FREI DAMIÃO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 15/11/1959 Idade: 58a10m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 222732
 Requisição: 879655 Solicitação: 03/10/2018 Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
 Controle: 1089912 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 LEITO 232

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 03/10/2018

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:

- FRATURA CRANIANA NO OCCIPITAL À ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO CÔNDILO E CLÍVUS.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO 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.
- DISCRETA ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/10/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



CIRURGIA REALIZADA Distúrbio de consciência CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	102 / 63	113 / 69
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	77	61
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	100%	98%
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	Adelina	Adelina

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO					
ESCALA DE DOR ALTA					
TOTAL	09				
ASS.					

() VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	() NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na ORPA em POI de
estudo de consciência; repouso, monitoramento, oxigenação

RAIO-X REALIZADO
DATA: 22/06/11
Técnico: [assinatura]

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____
 ALTA SRPA: 15:55
 HORÁRIO: _____
 ANESTESIOLOGISTA: Patrícia Meneses
 CRP: 0312

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []
 POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FLOC. IV _____

Rubrica _____

DATA 12/09/18

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>JOSE RIBEIRO DO SAZ</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>229328</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Genp</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>M. Antonio Jose</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Res. Joana</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>M. Antonio Jose</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTAÇÃO: <u>Joana</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL DE CONSUMO							
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI - 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		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.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	10	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	UNID.	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	06	
JELCO Nº 20	UNID.	01		<div>DEPARTAMENTO DE MATERIAIS OPVAT CONTEÚDO VERIFICADO 23 JUN 2018 CENTRO DE SEGURANÇA S.A. Rua Celso de Rêgo, 100 - Centro Teresina - PI - 64.002-100</div>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO				
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL				<div>OCORRÊNCIA Algodões ortopédicos UNID 04 ENFERMARIA: CIRCULANTE: Are Koub</div>			
MONONYLON 2-0	UNID.	04					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA Sala: 02 Alergia: Nega Data: 12/09/18
Procedimento: OSTEOTOMIA DE CALCÂNEO DIREITO Cirurgião: ANDRÉ Observações: -

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 PROPOL	100mg												
2 CETAMINA	50mg												
3 LIDOCAINA	100mg												
4 SUCCINILCHOLINA	80mg												
5 FENTANIL	250ug												
6													
7 DILIRATA	25												
8 PARALIDINA	50mg												
9 DERAMETASOL	10mg												
10 OXADOLSETRATA	4mg												
11 CETOPROFENO	100mg												
12 MOLFINA	4mg												
13													
Oxigênio	14/min												
N2O	14/min												
Volatil SEVOFLURANO	2%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico 16 G MSE
☒ Cat. Venoso nº 22 G MSD
o Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
o Central

Via Aérea

- o Cateter nasal
☒ IOT nº 7,5 c/cff
o LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito: dorsal

SPO2 (%)	96	100	100	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)	45	44	44	45	46	45	44	
Aces. Venoso	SF) 500	SF) 500	SF) 500	SF) 500	SF) 500	SF) 500	SF) 500	
Aces. Venoso								
Diurese								
Perdas Sanguíneas								

Descrição da Anestesia: Anestesia geral balanceada + IOT c/ tubo 7,5 c/cff em sequência rápida + MCV em sistema circular volúmen + abs-ec₂; A/intercomunic

② IOT c/ auxílio da Suggie em 1ª tentativa
Cannick lobos III 6

Dr. Antônio José Matreiros Neto
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
Anestesiologista



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Diagnóstico pré-operatório

FRATUM DE CALCÂNEO

Operação - Tipo

OSTEOSSÍNTESE DE CALCÂNEO

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL
- ② ASSEPSIA, ANTISÉPSIA + CAMPOS + GARROTES
- ③ LIMPEZA COM IO LSG 0,9% + DESBRIDAMENTO
- ④ REINSERÇÃO DE TENDÃO CALCÂNEO POR SÍNTESE E PINAGEM DE CALCÂNEO COM 3 FIOS K (2,0) E 2 (2,5) + RADIOSCOPIA
- ⑤ SUTURA + CURATIVO + TMA.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 130107

AIH: 2218101690849



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	25/11/1959	M	229125
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO
				104
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		
PARQUE ITARARE	ASSIMOTR	TERESINA		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DO CALCANEÓ D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S920 - FRATURA DO CALCANEÓ

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050515 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCANEÓ D

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

ANDRÉ ET AL DE

CPF: 00.000.000-00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTROLE DE SINISTROS
CONTROLE NÃO VERIFICADO

23 JUN 2019

GEMES SEGURADORA S.A.
Rua Contorno de Resende, 460 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

12/09/2018

DATA ADMISSÃO

12/09/2018 07:45

DATA ALTA

24/09/2018 12:23

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
Acid. Trabalho/Trajetos							

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
AARAO RUIZ MENDES CPF: 131.783.473-04 CRM: DATA ANÁLISE: 12/09/2018 F. 1684-23	CPF: DATA: 12/09/2018

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



223555/

Identificação do Estabelecimento de Saúde

133856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZACAO

Marcones Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CEM-PN 260 - CNS 17026395120061
0-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: *João Anderson*

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)
 Consulta Local: 683854
 Consulta SUS:
 Impressão: 24/09/2019 12:21:22

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 133856

AIH: 2218101722200



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - IULT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - IULT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15/11/1959	M	229328
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8688156429	MARINA RIBEIRO DE SOUSA	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				1991
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
PARQUE ITAIBARE	ARR M07 F18	TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE CALCANEÓ D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

ANDRÉ L. A. M. - ORTOPEDISTA
CPF: 00.541.111-22

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

24.09.2018

DATA ADMISSÃO

24.09.2018 12:23

DATA ALTA

24.09.2018 09:00

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DO ACIDENTE
Acid. Trabalho/Trajetu							

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIANA RIBEIRO FERREIRA CPF: 40261079111 CRM:	
DATA ANALISE: 24.09.2018 12:25:27	CRM: DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Jose Ribeiro de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>229328</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. [assinatura]</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>[assinatura]</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Drª Fernanda</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Valdirene</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7,5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	01		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	04		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.			<u>eletrodo</u>	-	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>escovas p/ diguimon</u>		04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Meves</u>			
PROLENE							



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Costa de Aguiar, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Tere: 3113-8111

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

- 1) Paciente em ddh les vaginavestria
- 2) de disseção, Arterias Colocadas
- 3) Visualização de Secções Perineais e Tecido Mucoso
- 4) Realizado 2 mc + Arterias de Sutura
- 5) Hemorragia, Hove perda de Hiss Torção
- 6) Condução + Curativos



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Jose Ribeiro de Sousa Sala: 05 Alergia: ningua Data: 24/09/18
Procedimento: Ampega Cirurgião: Jamerson Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>Mido 2mg</u>													
2 <u>Pinto 20mg</u>													
3 <u>Supil 1.5mg</u>													
4 <u>Exogelone 2g</u>													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Unio													
AR/N2O													
Volatil	%												

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 415 - 10º C.
Centro - Teresina - PE - 64002-470
TELEFONE (85) 3242-4700

Acesso Vascular

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

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
- ☐ IOT nº
- ☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito:

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

Descrição da Anestesia: 1-check list 2-monitorização 3-sedeja 4-Pat sentado, A+A+
injeção h3-2x Ag 25G liquo claro, sem prescrição 5-Exogelone 2g
6-Procedimento sem interrupção, ao final, erro anulado p/RPA

LOB
EDM
11/11/18

Anestesiologista

NOME Jose Ribeiro de Sousa IDADE anos DATA 24/08 /2018

PRÉ-ADMISSÃO 14 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIÃO Lucas CIRURGIÃO Jauemir

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>112 / 77</u>	<u>114 / 72</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>71</u>	<u>74</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>99%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>—</u>	<u>—</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>—</u>	<u>—</u>
NOME/MATRÍCULA	<u>Alinne</u>	<u>Alinne</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO	SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
SPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO					
ESCALA DE DOR ALTA					
TOTAL			<u>07</u>		
ASS.			<u>07</u>		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 100
Cidade de São Paulo - SP

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: com ferimento cirúrgico apuro
surto de hipertensão, hipertensão
versão de ferimento anestésico Dr. Renato
2024.016

Alinne de Sousa

DESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA
HORÁRIO	ANESTESIOLOGISTA
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()	<u>232/232</u>
COSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD ()	



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSP

DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO INICIAL

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA		229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DI: 12/09/2018	FRAT CALCANEO D							
13/10/18	Ediano Nogueira NUTRICIONISTA							
1	Dieta oral livre							
2	Jelco salinizado							
3	Dipirona 1comp VO 6/6hs							
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h							
5	Cuidados gerais e sinais vitais							
<p><i>Exames supracitados - exames de imagem -</i></p> <p><i>apresenta S.C.P. 15.</i></p> <p><i>leito deambulatório</i></p> <p><i>sem alterações</i></p> <p><i>5 dias + 15 dias + 1 mês</i></p> <p><i>de cura</i></p>								
<p><i>1200 SSW - P. 60</i></p> <p><i>PA: 130x60 mmHg</i></p> <p><i>Del</i></p>								

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 JUN 2019

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelha, 465, Lda C
Cidade - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. U. Farias Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRM 3415-TEOT/10029 / CRM 3766-TEOT/11905 / CRM 3387

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLÍGLIO ERNESTO

João Ribeiro de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.867.693 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/07/18

NOME JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA

FILIAÇÃO MARINA RIBEIRO DE SOUSA

DOZI ALVES DE SOUSA

NATURALIDADE AMARANTE-PI DATA DE NASCIMENTO 15/11/1959

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 6004 L A32 F 10

EXP. PARNARAMA-MA 20/06/88

CUF 291.410.188-00

Francisco das Chagas Pinheiro Martins

LEI N° 7.116 DE 29/08/63 - DECRETO N° 85.250/63

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLÍCIA ORBITO

João Ribeiro de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.867.693 DATA DE EXPIRAÇÃO 16/07/18

NOME JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA

FILIAÇÃO MARINA RIBEIRO DE SOUSA
DOZI ALVES DE SOUSA

NATURALIDADE AMARANTE-PI DATA DE NASCIMENTO 15/11/1959

RDC ORDEM CERT. NASC. 6004 L A32 F 10
EXP. PARNARAMA-MA 20/06/88
291.410.188-00

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Polícia de Identificação do Estado do Piauí

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93 - DECRETO Nº 89.230/93

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 JUN 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

DOC. 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

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR NELLE ROZE SOARES MARQUES

0476263

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

23 JUN. 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLÍCIA ORBITO

João Ribeiro de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.867.693 DATA DE EMISSÃO 16/07/18

NOME JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA

FILIAÇÃO MARINA RIBEIRO DE SOUSA
DOZI ALVES DE SOUSA

NATURALIDADE AMARANTE-PI DATA DE NASCIMENTO 15/11/1959

DOC. ORDEM CERT. NASC. 6004 L A32 F 10
EXP. PARNARAMA-MA 20/06/88
291.410.188-00

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Polícia de Identificação do Estado do Piauí

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.230/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 JUN 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

DOC. 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

CARTeira DE IDENTIDADE

0476263

ASSINATURA DO TITULAR

NELLE ROZE SOARES MARQUES

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUN. 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETTRAN - PI Nº 013603906275

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COG - RENAVAM - DATA DE EMISSÃO - EXERCÍCIO
1 010V4855300 2018

JOSE RIBEIRO DE SOUSA

29147018800 PIN-7070

29147018800

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013603906275 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 06/12/2018

PLACA 29147018800

RENAVAM 01074855110

MARCA/MODELO YAMAHA/T115 CRYPTON K

ANO/FAB 2015 091

9C6KE1560F0041342

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ONPJ 00.340.408/0001-01

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
2 JUN 2019
SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETTRAN - PI Nº 013603906275

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COG - RENAVAM - DATA DE EMISSÃO - EXERCÍCIO
1 010V4855300 2018

JOSE RIBEIRO DE SOUSA

29147018800 PIN-7070

29147018800

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

2018

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013603906275 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 06/12/2018

PLACA 29147018800

RENAVAM 01074855300

MARKA MODELO YAMAHA/T115 CRYPTON K

ANO FAB 2015

PREMIO TARIFARIO 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ONPJ 00.340.408/0001-01

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
2 JUN 2019
SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Bairro CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Eu José Bibeiro de Sousa

CPF: 291.410.188-00 Resido no Lotiamento

Vitoria 05 QD - C Bairro Curupí

Afirmo que sofri um acidente de moto
dia 12 / 09 / 18 onde fraturei o calcanhar
fiz cirurgia colocando placas e fraturei
3 costelas direita e pancada na
cabeça onde desmaiei, quando acordei
tava no hospital, fiz uma perícia
médica Dr: Frederico, e logo em
seguida mandaram um auditor
que negou meu processo, ele não
tem direito de negar, pois estou
com sequelas e sou um senhor
de idade, é um direito que tenho
como acidentado porque não estou
conseguindo trabalhar. liberem
meu processo pois estou precisando
muito. Teresina ficou 13 / 09 / 19.

Ass: Bibeiro de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402464

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Data do acidente: 12/09/2018

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO CALCANEIO DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM CALCANEIO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIREITO, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO PE DIREITO.

Resultados terapêuticos: ALTERACAO ANATOMICA EM REGIAO DE CALCANEIO A DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/07/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402464 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO CALCANEIO DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM CALCANEIO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIREITO, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO PE DIREITO.

Resultados terapêuticos: ALTERACAO ANATOMICA EM REGIAO DE CALCANEIO A DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/07/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402464 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO. P5, 18

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CALCÂNEO: OSTEOSSÍNTESE); DEMAIS CONSERVADOR. P9, 21
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO CONFORME PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM 20/12/2018 SINISTRO 3180586194.

@1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402464 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO. P5, 18

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CALCÂNEO: OSTEOSSÍNTESE); DEMAIS CONSERVADOR. P9, 21
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO CONFORME PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM 20/12/2018 SINISTRO 3180586194.

@1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	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: Jose Ribeiro de Sousa
 RG: 4.867.693 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 16/07/18
 CPF: 291.410.188-00 ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: carpinteiro
 ENDEREÇO: lot victoria O-C C-05 Nº: 05
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Guamp
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64091-600 TELEFONE: (86) 99534-6565

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Rize Soares Marques
 RG: 4.119.262-9 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: solteira PROFISSÃO: Recurso
 ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro Nº: 544
 BAIRRO: Centro CIDADE: Teresina UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO 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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Jose Ribeiro de Sousa

Data do acidente de trânsito: 12/09/2018

Cobertura da vítima: Integralidade

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 23 JUN 2019
 GENTE SEGURADORA
 Rua Coelho de Resende, 42
 Centro-Norte CEP: 64011-100
 Teresina

LOCAL / DATA: Teresina 11/06/2019

Jose Ribeiro de Sousa

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÃO DE NOTAS
 CONSULTE O SELO

CARTÃO DE NOTAS
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Kátia Garbieri da Silva Santos
 Escrevente Autorizada
 Teresina - PI

TERESINA-PI, 11/06/2019.
 www.tjpi.jus.br/portalejtr
 KÁTIA GARBIERI DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA
 Emissão: 3.85 TJ: 0.77 FNNP/PI: 0.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 - OP: 255
 Procuração Particular

TERESINA CARTÓRIO E OFÍCIO DE NOTAS

CONSULTE 0270



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: José Ribeiro de Sousa		
RG: 4.867.693	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 16/07/18
CPF: 291.410.188-00	ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Carpinteiro
ENDEREÇO: Lot. Vitória O-C C-05	Nº: 05	
COMPLEMENTO: Casa	BAIRRO: Gumpi	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64091-600
TELEFONE: (86) 99534-6565		

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nello Rize Soares Marques		
RG: 4.119.262-9	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Recuso
ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro	Nº: 544	
BAIRRO: Centro	CIDADE: Teresina	UF: PI
CEP: 64000-235		

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO 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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

José Ribeiro de Sousa

Data do acidente de trânsito: 12/09/2018

Cobertura da vítima: Invalidadez



LOCAL / DATA: Teresina 11/06/2018

José Ribeiro de Sousa

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA, DOU FE. EM TERESINA-PI, 11/06/2018. www.tjpi.jus.br/portaleletronico KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCRIVENTE AUTORIZADA E-mail: 3.85.73.0.77 FNNP/PI: 0.10. Selo: 0.26 Total: 4.98 - OF: 215 PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARIMBO E OFÍCIO DE NOTAS CONSULTE O SELO



Carbons
Three

TERESINA CARDIORIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218509/19

Número do Sinistro: 3190402464

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

CPF: 291.410.188-00

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE RIBEIRO DE SOUSA : 291.410.188-00

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/07/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218509/19

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

CPF: 291.410.188-00

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

JOSE RIBEIRO DE SOUSA : 291.410.188-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218509/19

Número do Sinistro: 3190402464

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

CPF: 291.410.188-00

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Procuração

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/07/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0382072/19

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

CPF: 291.410.188-00

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

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

JOSE RIBEIRO DE SOUSA : 291.410.188-00

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: 31/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402464

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Data do Acidente: 12/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RIBEIRO DE SOUSA

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, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402464

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Data do Acidente: 12/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RIBEIRO DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402464

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Data do Acidente: 12/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402464

Vítima: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Data do Acidente: 12/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Após a análise do seu pedido do Seguro DPVAT, verificamos a existência de irregularidades.

Por essa razão, o seu pedido foi negado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 291.410-188-00 Nome completo da vítima: João Ribeiro de Souza

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

Nome completo: João Ribeiro de Souza CPF: 291.410-188-00

Profissão: Carpinteiro Endereço: Av. Vitoria A-C Número: 05 Complemento: _____

Bairro: Guarupi Cidade: Terexina Estado: PI CEP: 64091-600

E-mail: _____ Tel. (DDD): (86) 9-8815-6429

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 13 CONTA: 295588 1

(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)

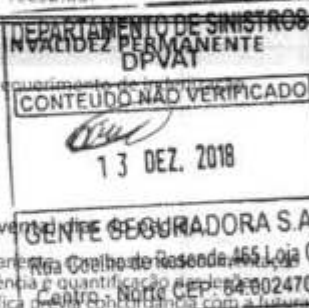
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa a desistência da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: Terexina 13/12/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

João Ribeiro de Souza
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 291.410.188-00 Nome completo da vítima: Jose Rubens De Sousa

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

Nome completo: Jose Rubens De Sousa CPF: 291.410.188-00
Profissão: carpinteiro Endereço: ltd vitória Q-C-C-05 Número: 05 Complemento: casa
Bairro: curup Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64000-235
E-mail: _____ Tel.(DDD): (86)99534-6565

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 295588
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital de vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data, Teresina - Piauí 28/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 291.410.188-00 Nome completo da vítima: Jose Rubens De Sousa

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

Nome completo: Jose Rubens De Sousa CPF: 291.410.188-00
Profissão: Carpinteiro Endereço: ltd Vitoria Q-C-C-05 Número: 05 Complemento: Casa
Bairro: Curup Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64000-235
E-mail: _____ Tel.(DDD): (86)99534-6565

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 295588
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital de vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data, Teresina - Piauí 28/06/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180586194
Nome do(a) Examinado(a): Jose Ribeiro de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Loteamento Vitoria, 05 Q C
Gurupi Teresina PI CEP: 64091-600
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 4867693
Data local do acidente: [12/09/2018]
Data local do exame: [20/12/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIANO E FRATURA DE CALCANEIO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: VÍTIMA DESENVOLVEU PROCESSO INFECCIOSO COM NECESSIDADE DE DEBRIDAMENTO.
Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA APRESENTA ULCERA NA REGIÃO POSTERIOR DO CALCANEIO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
(X) "Vítima em tratamento" **() "Sem seqüela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

LOCAL DO ACIDENTE: BR 343 - GURUPI - TERESINA PI

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
CPF - 791.120.723-20
CRM/PI - 3165



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190402464
Nome do(a) Examinado(a): Jose Ribeiro de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Loteamento Vitoria, 05 Qd-c
Gurupi Teresina PI CEP: 64091-600
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 4867693
Data local do acidente: [12/09/2018]
Data local do exame: [22/07/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO CALCANEIO DIREITO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OSTEOSINTESE COM PARAFUSO METALICO
Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO
Data da Alta: 12/10/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM CALCANEIO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIREITO, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO PÉ DIREITO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITACAO FUNCIONAL DO PÉ DIREITO COM DOR EM PÉ E EM CALCANEIO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIREITO, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO PÉ DIREITO, APRESENTANDO ALTERACAO ANATOMICA DO CALCANEIO COM PERCA DE MATERIAL MUSCULAR NA REGIAO, O QUE PIORA A MOBILIDADE DO PÉ.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
☒ (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000632/2018-63

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 17/10/2018 - 12:44

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR 343, Nº:

Complemento

Data/Hora

12/09/2018 - 06:40

492493

Bairro

GURUPI

Ponto de Referência

ALFA VILLE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

RG: 4867693 SSPPI PI

Mãe: MARINA RIBEIRO DE SOUSA

Pai: DOZI ALVES DE SOUSA

Endereço: QUADRA C CASA 05 LOT. VITÓRIA FREI DAMIÃO, Nº

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

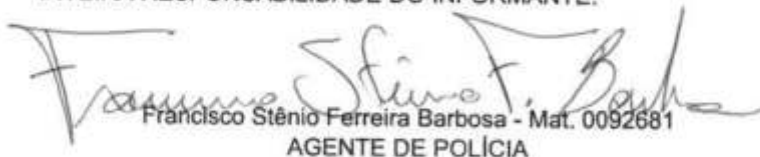
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

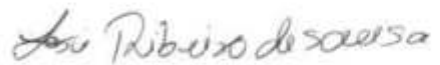
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA BR-343, SENTIDO OESTE/LESTE, CONDUZINDO A MOTO YAMAHA/TI15 CRYTON K, COR BRANCA, ANO 2015, PLACA PIN-7070, RENAVAM 01074856110 DE PROPRIEDADE DE JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA, E NAS PROXIMIDADES DO CONDOMÍNIO ALFA VILLE, O CONDUTOR DE UMA MOTO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, QUE SEGUIA NA MESMA VIA EM SENTIDO CONTRÁRIO, COLIDIU FRONTALMENTE COM O NOTICIANTE, QUE FICOU LESIONADO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO INFORMANTE.


Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA


JOSE RIBEIRO DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470