

Control: x Audiên: x Upload x Audiên: x Sistema: x (1) Wh: x petição: x Tribuna: x Acesso: x PJE Consult: x PJE 080935: x

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

Processo Virtual Na... Administrativo: 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
 - 9571692 - 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))

14 Apr 2020

downloadBinario.seam 1 / 9

2715448- CS/ 2020-01653/ INVALIDEZ



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 pare 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.”

Frisa-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 deslindem 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 JUIZO 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, conseqüentemente, 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 da 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.”

⁸art. 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 nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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 graduação (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					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 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; **JOSELAINÉ 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

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



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

482493
531867

Bairro

GURUPI

Ponto de Referência

ALFA VILLE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

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

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



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



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

Data/Hora
 12/09/2018 - 06:40

Tipo Local
 VIA PÚBLICA

4824 93
584567
549649

Município
 TERESINA

Bairro
 GURUPI

Endereço
 BR 343, Nº:
 Complemento

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 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

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



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

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: 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

DADOS CADASTRAIS

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 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, apresentando, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação de sequelas permanentes 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
INVALIDEZ PERMANENTE
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018

SEGURO S.A.
Rua Coelho de Sousa, 455 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64002470

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

Local e Data: Tererina 13/12/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

João Ribeiro 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 Ribeiro De Sousa

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

Nome completo: Jose Ribeiro De Sousa CPF: 291.410.188-00
 Profissão: carpinteiro Endereço: bet vilova 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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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: 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: bet vilova 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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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

1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2º | 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.

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: bet vilova 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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

Local e Data, Teresina - Piauí 28/06/19
 Nome: _____
 CPF: _____

 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
Jose Rebeiro de Sousa
 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.



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
13 Ponto de referência: Alta Valle

Dados do Paciente

14 Nome: José Riscoro de Sousa
15 Sexo: Masculino
16 Idade: 56a
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? Não

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência: Acidente de transporte - HUT
02 - Agressão física-espantamento
03 - Agressão física-FAF
04 - Agressão física-FAB
05 - Urgência psiquiátrica
06 - Tentativa de suicídio
07 - Envenenamento
08 - Afogamento
09 - Queimadura
10 - Choque elétrico
11 - Queda
12 - Urgência clínica
13 - Urgência obstétrica
14 - Transferência
15 - Exames complementares
16 - Outros
17 - Já removido
18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima: Pedestre
20 Meio de locomoção: Automóvel
21 Outra parte envolvida: Automóvel
22 Equipamentos de segurança: Capacete, Airbag, Cinto de segurança, Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow =
ABERTURA OCULAR:
4 - Espontânea
3 - À voz
2 - À dor
1 - Nenhuma
RESPOSTA VERBAL:
5 - 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

24 Sinais Vitais: Pulso 43, Resp. 18, PA 118, TAX. 95
25 Local da lesão:

26 Pupilas: Iguais, Desiguais
27 Pulso: Radial, Central
28 Sangramento: Sim, Não
29 Escala de Dor de 0 a 10: 0 Sem Dor, 1 Leve, 3 Moderada, 7 Intensa, 10
30 Fratura: Sim, Exposta, Fechada, Não

Assistência

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

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUT
33 Condições de entrada: Melhorado, Piorando, Inalterado
34 Óbito: Antes do socorro, Antes do transporte, Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Vítima de colisão moto e/peste com trauma no pé direito e escoriações + dores generalizadas + sangramento no pé esquerdo e alguns venoso

CONFERE COM O ORIGINAL
Márcia Velloso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU

Socorristas Médico: Dêusa 180.160, Enfermeiro: Soares, Conductor: Soares



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 Oeste			
	12 Município-UF Teresina	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Alta Valle	14 Nome Jose Rissero de Sousa	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado		
	16 Idade 56a	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Se idade Ignorada, preencha com 999		
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	
Acidente de Transporte	19 Vitima <input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	20 Meio de locomoção <input type="checkbox"/> 1 - A pé <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Automóvel <input type="checkbox"/> 3 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida <input type="checkbox"/> 1 - Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
	23 Glasgow = <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		RESPOSTA VERBAL 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 73 Resp. 17x8 PA 11x8 TAX. SatO2 95
Exame Físico	25 Local da lesão	26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/> Iguais <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais			
	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> 2 - Fino <input type="checkbox"/> 3 - Ausente				
Assistência	28 Sanguinamento <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor <input type="checkbox"/> 1 Leve <input type="checkbox"/> 3 Moderada <input checked="" type="checkbox"/> 7 Intensa <input type="checkbox"/> 10	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não	DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
	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 type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica		DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEUDO NÃO VERIFICADO 1-3-DEZ-2018		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado			
	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte		GENTE SEGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470		
Observações Interdisciplinar	A vítima de colisão moto e moto com trauma no pé direito e escoriações + dores generalizadas + sangramento no pé segue em atendimento				
	CONFERE COM O ORIGINAL Alma R. Santos Mariana Valosa Cantanhede Gerente Administrativa SAMU				
Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE Deusa 180.260		Enfermeiro Conductor Soares		



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		12 Município UF Teresina		
	11 Bairro Zona Norte	13 Ponto de referência Alta Valle			
Dados do Paciente	14 Nome Jose Rissero de Sousa			15 Sexo 1 Masculino 2 Feminino 9 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	
Acidente de Transporte	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL 2 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	24 Sinais Vitais Pulso 73 Resp. 17x8 PA 11x8 TAX. SatO2 95
Exame Físico	25 Local da lesão		26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		
	27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Assistência	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		30 Fratura 1 - Sim 2 - Não		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
	32 Hospital de Destino HUT		33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não
Observações Interdisciplinar	35 Observações A vítima de colisão moto e moto com trauma no pé direito e escoriações + dores generalizadas + sangramento no pé segue em atendimento				36 Assessoria Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a)
	37 Responsável pela recepção				38 Assessoria Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a)



Boleto para pagamento

MAIS CONQUISTAS NA SUA VIDA

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 N/Nº	6031 35** **** 0492																				
AGÊNCIA/CGO DO BENEFICIÁRIO 2136-9 / 199634-7		INSERÇÃO NÚMERO 355235260001-3	DATA DO DOCUMENTO 12.12.2018	VENCIMENTO	JOSE RIBEIRO DE SOUSA 355235260001-3 12.12.2018																				
NÚMERO DO DOCUMENTO 00000087180587		VALOR DO DOCUMENTO 372,18	VALOR PAGO	<table border="1"> <tr> <td>VALOR PAGO R\$</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="10">Autenticação Mecânica no Verso</td> </tr> </table>		VALOR PAGO R\$										Autenticação Mecânica no Verso									
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			CNPJ/CPF BENEFICIÁRIO 62.895.230/0001-13	AGÊNCIA/CGO DO 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	NÚMERO NÚMERO 355235260001-3
USO DO BANCAL 101	CARTEIRA 101	ESPECIE N	QUANTIDADE N	VALOR 372,18	II - VALOR DO DOCUMENTO 372,18
INSTRUÇÕES					III - DISPOSITIVO(S) DE PAGAMENTO
1. OS ENGARGOS DECORRENTES DO PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO DO EXTRATO SERÃO INCLuíDOS NO PRÓXIMO EXTRATO MENSAL.					IV - MORA
2. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO.					V - JURETA
					VI - VALOR COBRADO

PAGADOR	JOSE RIBEIRO DE SOUSA LOT VITORIA -Q-C C-05 GURUPI 64091-600 TERESINA-PI	29141018800
---------	---	-------------



Autenticação Mecânica

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



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/CODIGO BENEFICIÁRIO 2136-9 / 199634-7		RUBRO NÚMERO 355235260001-3		DATA DO DOCUMENTO 12.12.2018		ASSOCIADO JOSE RIBEIRO DE SOUSA
NÚMERO DO DOCUMENTO 00000087180587		VALOR DO DOCUMENTO 372,18		VALOR PAGO R\$		355235260001-3
				Autenticação Mecânica no Verso		12.12.2018

		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				CNPJ/CPF BENEFICIÁRIO 62.895.230/0001-13		AGÊNCIA/CODIGO BENEFICIÁRIO 2136-9 / 199634-7
DATA DO DOCUMENTO 12.12.2018	NÚMERO DO CARTÃO 6031 35** **** 0492	ESPECIE CARTÃO	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 12.12.2018	RUBRO NÚMERO 355235260001-3	
USO DO BANCO	CARTEIRA 101	ESPECIE	QUANTIDADE	VALOR	RUBRO VALOR DO DOCUMENTO 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

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

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUI
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

Nº da Nota Fiscal 018211285

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

CONTA MÊS FEVEREIRO/2019	VENCIMENTO 01/03/2019	CONSUMO (kWh) 297	TOTAL A PAGAR (R\$) 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	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		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. ILLUMINACAO 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 - 6,623668

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

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Você pode optar pelas datas de vencimento de 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.D972.48B8

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			IJC			DINC	
	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	
Consumo	TERESINA - MACALIBA			Período de	12/2018		R\$19,43	

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
 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
 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



Para contato
consulte o número
essa NUMERO!

SEU CODIGO

0051869-7

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	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	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		DATAS DA LEITURA	
	kWh		
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	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
	Código de Irregularidade:		

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\$ A 368 - 0,655318

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Nota: para estas datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio das nossas centrais de atendimento.

RESERVA DO 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: 6,49%
		16,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMC		DMCI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03		
Realizado	0,00			0,00			0,00		

Conjunto	TERESINA-MACAUBA	Período de aplicação:	07/2019	USO:	78,61
----------	------------------	-----------------------	---------	------	-------

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CODIGO TOTAL A PAGAR - R\$



0051869-7

395,64

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2019

01/10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 027701998 FCAM

83660000003 5 95640017000 0 00000000051 3 86970919008 4



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21430 NORMAL TOTAL: 395,64 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

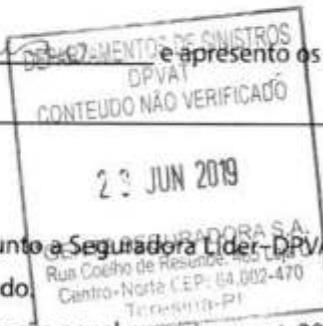
Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Rebelo de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.410.188/00, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Jose Rebelo de Sousa, inscrito (a) no CPF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

Declaro Profissão: Recusa Renda: Recusa 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		Número	Complemento
<u>Rua 24 de Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<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 Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

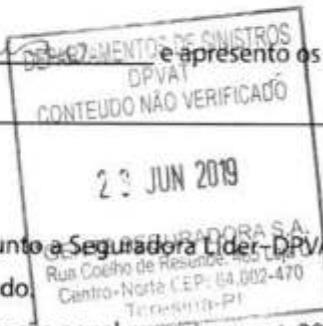
Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Rebeiro de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.410.188/00, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Jose Rebeiro de Sousa inscrito (a) no CPF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

Declaro Profissão: Recusa Renda: Recusa 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		Número	Complemento
<u>Rua 24 de Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<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 Roze 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 6:50	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		
	10 Endereço B.R. 343					
Local da Ocorrência	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="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado		
	16 Idade 56a		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input checked="" type="checkbox"/> 9-Ignorado		Se idade ignorada, preencha com 999	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência					
	<input checked="" type="checkbox"/> 01 - Acidente de transporte - HVT <input type="checkbox"/> 02 - Agressão física-espargamento <input type="checkbox"/> 03 - Agressão física-FAF <input type="checkbox"/> 04 - Agressão física-FAB <input type="checkbox"/> 05 - Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> 06 - Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> 07 - Envenenamento <input type="checkbox"/> 08 - Afogamento <input type="checkbox"/> 09 - Queimadura <input type="checkbox"/> 10 - Choque elétrico <input type="checkbox"/> 11 - Queda <input type="checkbox"/> 12 - Urgência clínica <input type="checkbox"/> 13 - Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> 14 - Transferência <input type="checkbox"/> 15 - Exames complementares <input type="checkbox"/> 16 - Outros <input type="checkbox"/> 17 - Já removido <input type="checkbox"/> 18 - Falso chamado					
Acidente de Transporte	19 Vitima <input type="checkbox"/>		20 Meio de locomoção <input type="checkbox"/>		21 Outra parte envolvida <input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Condutor <input type="checkbox"/> 3 - Passageiro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - A pé <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 6 - Outro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 - Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 - Animal <input type="checkbox"/> 7 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
Exame Físico	23 Glasgow = <input type="checkbox"/>		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
	ABERTURA OCULAR <input type="checkbox"/> 4 - Espontânea <input type="checkbox"/> 3 - À voz <input type="checkbox"/> 2 - À dor <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma		<input checked="" type="checkbox"/> 3 - Orientada <input type="checkbox"/> 4 - Confusa <input type="checkbox"/> 3 - Palavras Inapropriadas <input type="checkbox"/> 2 - Palavras Incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma		<input checked="" type="checkbox"/> 6 - Obedece a comandos <input checked="" type="checkbox"/> 5 - Localiza dor <input type="checkbox"/> 4 - Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 3 - Flexão anormal <input type="checkbox"/> 2 - Extensão anormal <input type="checkbox"/> 1 - Nenhum	
	24 Sinais Vitais Pulso 43 Resp. 18 PA 118 TAX. 95 SatO2 95		25 Local da lesão			
Exame Físico	26 Pupilas <input type="checkbox"/>		29 <input checked="" type="checkbox"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Iguais <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais		ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10			
Assistência	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/>		28 Sanguinamento <input type="checkbox"/>		30 Fratura 1-Sim <input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio <input type="checkbox"/> 2 - Fino <input type="checkbox"/> 3 - Ausente		<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não		<input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não	
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
	<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 <input type="checkbox"/> Glicemia <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) b) c)				CONTEUDO NÃO VERIFICADO 13-DEZ-2018	
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HVT				GENTE SÓ PARA BOMBA SA.	
	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/>				34 Óbito <input type="checkbox"/>	
Observações Interdisciplinar	1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado				<input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	
	A vítima de colisão nota e relato com trauma no pé direito e escoriações + dores generalizadas + sangramento no pé esquerdo além venoso					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE Densa/80.160		Enfermeiro Conductor Soares		

CONFERE COM O ORIGINAL
 Alina R. Santos
 Gerente Administrativa SAMU



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

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEguradora 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

1ª Via (1ª Via (1) Gravada)

Cirurgião Geral OK
 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. FRESI 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		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: AMBULANCIA 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 7h00, com uso de capacete, apresentando perda de consciência no local do acidente e vômitos. (A) Vias aéreas livres, presença de colite cervical e prietas, capaxto nasado lpr. (B) MV presente em Remitox. C e a ausente em base de Remitox D, espansibilidade torácica diminuída. (C) BNF, 2T, RR, SS Abnorme leve, ruidos a palpação, plarax. (D) Glasgow 15, pupilas isocóricas, fotorreagentes. (E) Escarões e possível fratura em Ps D.

PA: <u> </u> X <u> </u> mmHg	Pulso: <u> </u>	FC: <u> </u> bpm	Temp.: <u> </u>
Diagnóstico Inicial:			CID: <u> </u>

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAME:
 DATA: 12/09/18
 HUGGEBEL ZENON ROCHA
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
 EXAME:
 DATA: 12/09/18

ALTA:

<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa
<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão
<input type="checkbox"/> A Pedido	

Retornar à Unid. Origem: Huggel
 Transferência:
 DATA SAÍDA: / / HORA: : :

ÓBITO:

<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família
<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML
<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.

Internação na Unidade
Proced. Solicitado:
CID Compatível:
 Prof. Solicitante Internação:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Carrinho - Assinatura - Profissional - BE



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):

2ª via do Prontuário
 Data/Hora Solicitação: / / : : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Neura da Marcelia diz q avalia TC de crânio e cervical, não evidencio lesões, liberando na neurocirurgia*

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : : 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: / / : :

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) 98884-0561

DATA: 21/09/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER Não há diabetes, taquicardia, anemia, hipertensão ou alterações a serem consideradas de contraindicação cirúrgica. Não há alterações nos exames de sangue. Não há alterações nos exames laboratoriais. Não há alterações. Bom estado geral, consciente, orientado, eufórico. FC: 68 bpm. PA: 126/80 mmHg. AF. Ausculta cardíaca normal, sem murmúrios ou sopros. Tórax: sem alterações. **ECG:** normal (FC: 68 bpm, PR: 160 ms, AVRS: entre 60° e 90°. Tachicardia sinusal. **Ureia:** 118 mg/dl. **K:** 5 mg/dl. **Glucose:** 95 mg/dl. **Hemoglobina:** 14.57 g/dl. **Hematócrito:** 41.9%.

Conclusão: conforme algoritmo do American College of Physicians o paciente apresenta baixo risco de complicações cardiovasculares a qualquer cirurgia proposta.

14.57-21/9/18 *Albano*

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Jose Raimundo de Sousa	PRONTUÁRIO	229328
DA CLÍNICA	ORTO PEDIÁTRIA	LEITO	232/232
À CLÍNICA	NEURO		

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

Out

[Signature]
Maurício Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2309

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

~~#~~ NCA

Relato de cabeça com queda de nuca
e de mãos e pernas.

- CR = (1) - SIMONSONES.
(2) - OUTRA M + DEGRADADA

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

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	888 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
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
29/09/2018 09:00	13/10/2018 12:00	MELHORADO

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA
CPF: 87715406368 CRM:

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 REISON DOS SANTOS COSTA
CPF: 06570216368 CRM:

DATA ANALISE 05/10/2018 09:22:38

ICP:

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

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/09/18

NOME DO PACIENTE: <u>Yoxi Ribeiro de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>229328</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Duodenal (D)</u>	CIRURGIÃO: <u>Dr. Ricardo</u>
ANESTESIA: <u>Rouque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>[Signature]</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Acid.</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Chagas</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Jma</u>	CPF Nº:

Dr. Fca. da Chaga B. Sousa
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 3920

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 giramul			
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C.C			
VICRYL				CIRCULANTE: Louyama			
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE S
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VER
 13 DEZ 2018
 GENTE SEGURADOR
 Rua Coelho de Resende, 46
 Centro - Norte CEP: 64.



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
 centro cirúrgico

Nome do Paciente *João Ribeiro de Souza*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura de costela*

Operação - Tipo *Redução de costela*

Cirurgião *Dr. Chagas* 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador *Dr. Chagas* Anestesista *Dr. Hernandez* Anestesia *Raque*

Anestésico(a)

Dr. Raul Chagas R. Souza
 Cirurgião e Traumatologista
 CRM-PI 39220

Data da Operação *29.09.18* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório *sem fr.*

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Redução de costela
com fio
curvatura
de costela
sem drenagem

Dr. Raul Chagas R. Souza
 Cirurgião e Traumatologista
 CRM-PI 39220

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



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: João Roberto de Jesus Sala: _____ Alergia: _____ Data: _____
 Procedimento: _____ Cirurgião: _____ Observações: _____

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol 2% 100mg													
2 Midazolam 5mg													
3 Rocuronio 10mg													
4 Propofol 2% 100mg													
5 Nifedipina 20mg													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio		[Handwritten line]											
AR/N2O													
Volatil		%		0,0									0,0

Acesso Vascular

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

Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT nº _____
- LMA nº _____

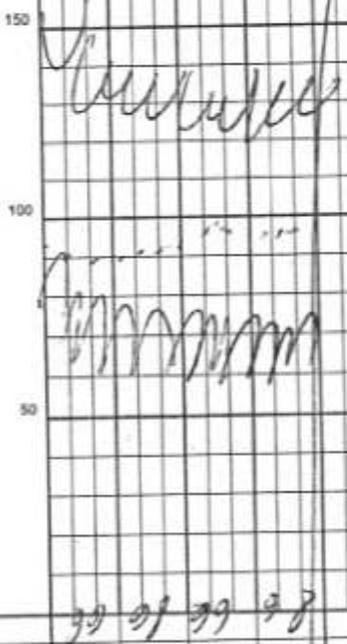
Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito: ventral



SPO2 (%)	99 99 99 98
ETCO2 (mmHg)	
Aces. Venoso	
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia: Populares oxibla 206, Lítio, uniaxial a interm...

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 | 1ª C.

Hernandes B...
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.

Dr. Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17625396720009

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA: ___/___/___

AUDITOR

26/10/18
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17625396720009

AUDITOR

ASSINATURA DO AUDITOR

DATA: ___/___/___





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 Justino P. de A. Viana
Médico Assistente em Urgência - HUT
CRM 10.228/91

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 CALCANEO D		1200 SSWS P 60 PA: 130x60 mmHg Del					
13/10/18	Edenio Nogueira NUTRICIONISTA R. 31.316							
1	Dieta oral livre							
2	Jeito 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 - devido a S.C.P. II - e S.P. devida devida a Oligotomia - devida a Calcificação							

15/10/18
Dr. Edenio Nogueira
Nutricionista



NOME DO PACIENTE		PROFISSIONÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA		229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEIO D							
13/10/18	<p> <i>Feito status</i> 1 Dieta oral livre 2 Jeico salinizado 3 Dipirona _01 amp + AD EV 6/6hs 4 Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h 5 Cuidados gerais e sinais vitais <i>Santa Pr Colo</i> <i>Lombas</i> <i>r</i> <i>r</i> </p>							
OBSERVAÇÕES								
RAIOS-X REALIZADO DATA 13/10/18 Técnico: <i>AB</i>								

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

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 O2 (%)	<u>98</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° 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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	<u>10</u>

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
 O paciente foi admitido em UTI em 09/09/2018 às 09h30min. Apresenta sinais vitais estáveis, saturação de O2 em 98% em ar ambiente. Não apresenta dor, náusea ou vômito. Sinais de vitalidade presentes. Evolução satisfatória.
 Jairo Francisco de M. Freitas
 Enfermeiro
 COREN 191573/97

RESCRIÇÃO MÉDICA:
 ALTA SRPA
 Dr. Italo Hipólito S.T. Silva
 Médico Anestesiologista
 CRM 5053 / RQE 2968
 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 ()



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
Professional 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: 873085 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

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 Extirpação de calcâneo HORÁRIO _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		SAIDA
	ADMISSÃO		
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	102 / 63		133 / 69
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	77		61
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100%		98%
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	Adelina		Cadeline

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAIDA
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 O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 09

ASS. [Signature]

SONDA VESICAL		DRENO DE SUCÇÃO		DRENO TORACICO		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 SRPA em POI de extirpação de calcâneo; reque cerebral, sensível, orado.

RAIO-X REALIZADO

DATA: 20/08/16

Técnico: [Signature]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA 15:55

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA Dr. Patrícia Meneses

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

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] MORT [] NEU [] CIR [] MÉD

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FOL. Nº _____

Rubrica _____



Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 12/09/18

NOME DO PACIENTE: <u>Jose Ribeiro do Silva</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. ...</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>M. Antonio Jose</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>... Galvina</u>	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 <u>7.5</u>	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.0</u>	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 <u>20</u>	UNID.	01		<u>Medicinas creyon</u>	un	06	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Algodoes ortopedicos</u>	un	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>	un	04					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>... Souza</u>			
PROLENE							



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: JOSÉ RIBEIRO DE SAUST

Sala: 02

Alergia: Nega

Data: 12/09/18

Procedimento: OSTEASSINTESE DE CALCÂNEO DIREITO

Cirurgião: ANDRÉ

Observações: -

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 PROFOL	160mg									
2 CETAMINA	50mg									
3 MIPROFEN	100mg									
4 SUCCINILCOLINA	80mg									
5 FENTANIL	250mg									
6										
7 DIFENAM	2g									
8 RANITIDINA	50mg									
9 DERAMETASCOB	10mg									
10 OXADOLSETRANT	4mg									
11 CETOPROFENO	100mg									
12 MOLEFINA										
13										
Oxigênio	16/min									
N2O	16/min									
Volatil SEVOFLURO	2%									

Acesso Vascular

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

EG RS RS RS RS RS

(Litro S. S. S. S.)

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

RE-RC-RC-RC-RC-RC

(Respiração Controlada)

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

→ estimados em 1000ml

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

* IOT c/ auxílio da Suggie em 1ª tentativa
Camaick Lohano III G.

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)

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, ANTISSEPSIA + CAMPOS + GAUZOTE
- 3) LIMPEZA COM IODINE 10% + DESBRIDAMENTO
- 4) REALIZAÇÃO DE TENDA CALCÂNEO POR SÍNTESE E PINAGEM DE CALCÂNEO COM 3 FIOS K (2,0) E 2
- 5) SUTURA + CURATIVO TMA.

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

Nº LAUDO: 130107

AIH: 2218101690849



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - ULT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HLT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002384377452	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	15/11/1978	M	22912
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8688156424	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 CALCANEÓD.

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
S920 - FRATURA DO CALCANEÓD.		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

048805035 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CALCANEÓD.

LEITO/CLÍNICA

ORTOPÉDICA/UMATOLOGIA

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

CARATER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

12/09/2018

ASSINATURA DE PROFISSIONAL

CPF: 08269212-2

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/Trajeiro							

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO/AUDITORIA
<p>AARAO RUIZ MENDES</p> <p>CPF: 32178347304</p> <p>CRM:</p> <p>DATA ANÁLISE: 12/09/2018 14:44:23</p>	<p>CPF:</p> <p>CRM:</p>

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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	
17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI
19-CEP: 64069-990	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
Valente com fraca infecção em re (D) de curse de pele e Perda de substancia

21 - Condições que justificam a internação:
Amomese e Fr

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

23-Diagnóstico Inicial:
Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prim: T009

25-CID Sec.:
26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	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			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	16/09 Marcelo Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CRM-PI 1260 - CNS 17026395120001 50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>João Audiador</i>		Usuário: (ANTONIO EURIVAN) Consulta Local: 683854 Consulta SUS: Impressão: 24/09/2018 12:21:38

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 133856

AIH: 221810172200

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	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 C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ANORELIA DE SOUZA CPF: 083472222
CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 24/09/2018
DATA ADMISSÃO 24/09/2018 12:23	DATA ALTA 29/09/2018 09:00
MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROLLA CPF: 402107915 CRM	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA DATA ANALISE: 24/09/2018 12:23
---	--

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: Raque	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr.	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Drª Fernanda	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	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.	01		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	OCORRÊNCIA			
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: Neves			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

José Rêgina de Sousa

Diagnóstico pré-operatório

Infecção de 1º D
ZMC

Operação - Tipo

Cirurgião

[Signature]
Dr. Wilson de Sousa
Ortopedia e Traumatologia

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 les vaginavestria
- ② de fissuras, Abscessos Colocados de corpos cin
- ③ Visualização de sequestro bumbenta e tecido necrotico
- ④ Realizado ZMC + Anquilo de sutura - drenagem. Hove perda de hisso forçosa
- ⑤ Lavagem + Curativos



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: João Ribeiro de Sousa Sala: 05 Alergia: meiga Data: 24/09/18
Procedimento: Timpeza Cirurgião: Jouneison Observações:

Agentes	Unid	15 30 45			15 30 45			15 30 45			15 30 45		
1	Amido 2mg												
2	Fundo 20mg												
3	Supil 7.5mg												
4	Esogalino 2g												
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													
51													
52													
53													
54													
55													
56													
57													
58													
59													
60													
61													
62													
63													
64													
65													
66													
67													
68													
69													
70													
71													
72													
73													
74													
75													
76													
77													
78													
79													
80													
81													
82													
83													
84													
85													
86													
87													
88													
89													
90													
91													
92													
93													
94													
95													
96													
97													
98													
99													
100													

- Acesso Vascular**
- Periférico: _____
 - Cat. Venoso nº ___ G
 - Dificuldade acés. venoso
 - Gastos ___ cateteres
 - Central: _____

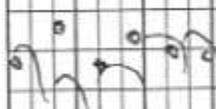
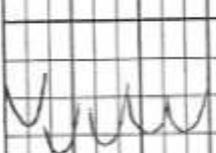
- Via Aérea**
- Cateter nasal
 - IOT nº _____
 - LMA nº _____

- Monitorização:**
- Cardioscopia
 - PANI
 - Oxímetro de pulso
 - ETCO2
 - Outros

- Anestesia:**
- Geral Venosa
 - Geral Balanceada
 - Raquianestesia
 - Peridural
 - Bloqueio Periférico
 - Outros

Decúbito: _____

RO X



RE PE RE

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

Descrição da Anestesia: 1-Check list 2-monitorização 3-sedejae 4-Pat entado, A+A+
opneção h3-2x Ag 256 liquor claro, lamen paracetamol 3-Esogalino 2g
6- Procedimento sem intubação, ao final, erro unidulado p/RPA

Handwritten signature and stamp

Anestesiologista

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - SRPA

OME Jose Ribeiro de Sousa IDADE anos DATA 24/04/2018

OP. DE ADMISSÃO 14 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

QUIRURGIA REALIZADA MMC Pc @ CIRURGIÃO Javerino

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 O2 (%)	<u>99%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u> </u>	<u> </u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u> </u>	<u> </u>
NOME/MATRÍCULA	<u>Aliane</u>	<u>Aliane</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Não responde	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL <u>04</u>	
ESCALA DE DOR ALTA		ASS. <u>04</u>	

() SONTA VESICAL	() DRENO DE SUGÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
ml	ml	ml	ml		
ha	ha	ha	ha		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 14:20 - 10/1 MMC Pc @ (com preparo gito) Capuro, atualmente, dispnéia, e apresenta

gesso e enfermagem anestesico Dr. Renato Mendes Rocha

CGREN-PTN 264.016

14:40 - Albe de SRPA

(Handwritten signatures and stamps)

RESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

CUSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] DORT [] NEU [] CIR [] MÉD

232/232

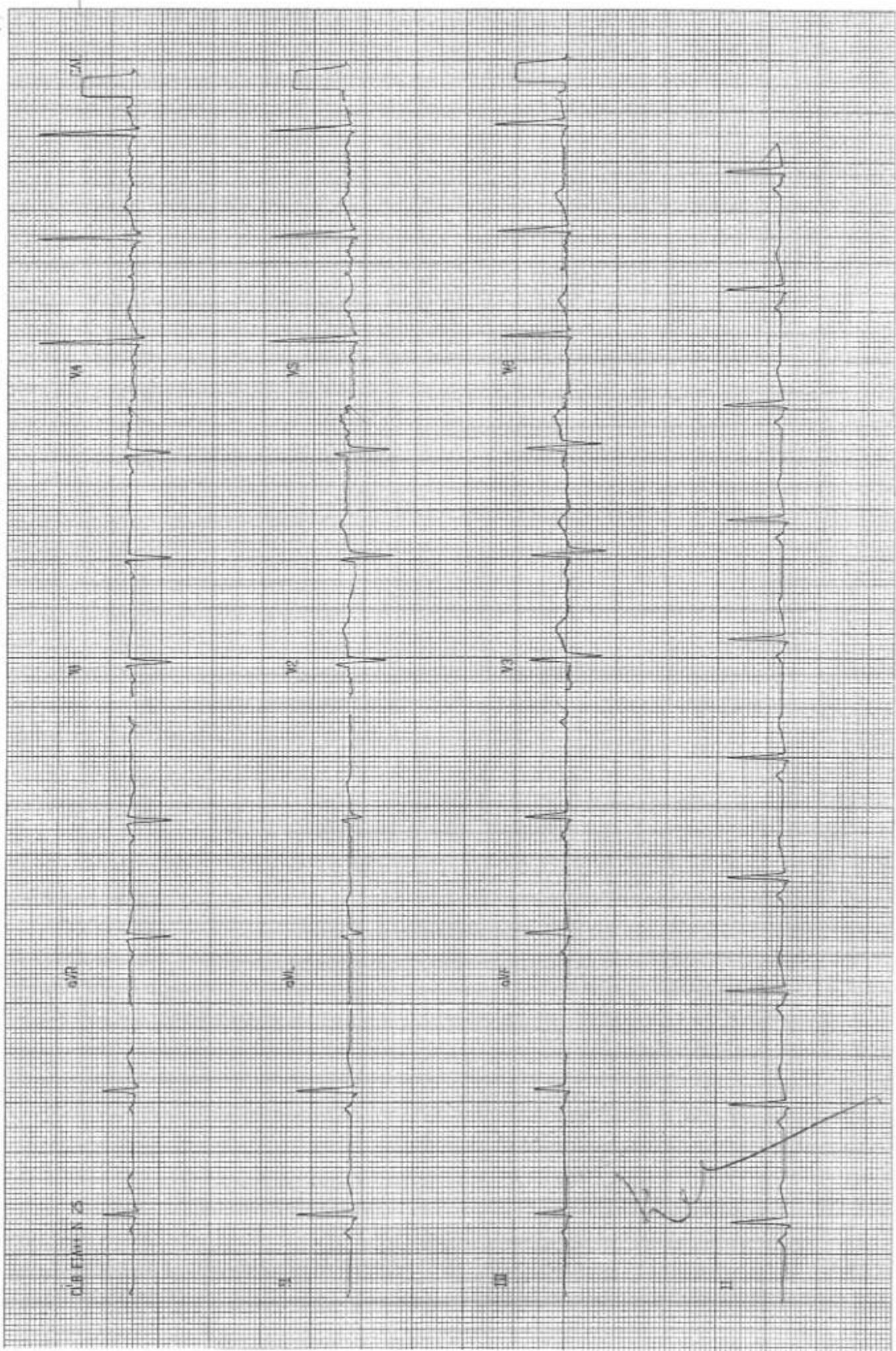


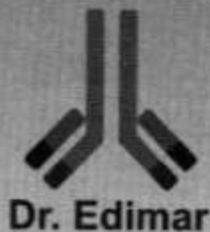
NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE RIBEIRO DE SOUSA		229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA						
CÓDIGO								
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEIO D							
13/10/18	Edison Nogueira NUTRICIONISTA C.R.C. 1718							
1	Dieta oral livre							
2	Jeico salinizado							
3	Dipirona 1comp VO 6/6hs							
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h							
5	Cuidados gerais e sinais vitais							
	<p><i>Exame físico supracardíaco -</i></p> <p><i>apud S.C.P. 15</i></p> <p><i>10/10/18</i></p> <p><i>Dr. Paulo H. S. Pessoa Filho</i></p> <p><i>Ortopedia e Traumatologia</i></p>							
	<p><i>1200 SSU - P. 60</i></p> <p><i>PA: 120x60 mmHg</i></p> <p><i>Cal</i></p>							
	<p><i>18 23 06</i></p> <p><i>18 22 06</i></p>							
	<p><i>1200 SSU - P. 60</i></p> <p><i>PA: 120x60 mmHg</i></p> <p><i>Cal</i></p>							



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLINICA	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	<p>RAIO-X REALIZADO</p> <p>DATA 13/10/20</p> <p>Técnico: AB</p>						
13/10/18		<p>1 Dieta oral livre</p> <p>2 Jelco salinizado</p> <p>3 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs</p> <p>4 Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h</p> <p>5 Cuidados gerais e sinais vitais</p> <p>Sonda pr colo</p> <p>lonky</p>						
		<p>Assinatura Médica</p> <p>Dr. Paulo H. L. Passos Filho</p>						

Case: 232 / 2: 232.
Date: 23.09.18 Hora: 09:00hs.





CLÍNICA MACHADO

Dr. Edimar

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

RELATÓRIO MÉDICO

de lauraneu por José Ribeiro
de Souza, foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em 12/09/19
às 6:40HR, sendo sofrendo politrauma
aberto, curando com fístula
que porção crômica do occipital a
esquerda, e fístula fístula na
região do calcâneo a direita, toda
de cirurgia aberta a favor de osso
sólido, com curatário com
fisioterapia, com alta definitiva,
depois de 30 dias, fortes so-
res, com limitação de movimento
com curatário 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
- Urologia

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
em Geral
29 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



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: pxi 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: 64.002-477
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: 64.002477



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

2ª Via (1ª Via () SANGUE)

Neuro OK:
 Cirurgia Geral OK
 Neuro OK



BOLETIM DE ENTRADA - BE

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

(User: ALDENIA ARAUJO)

(Estação: RECEPCAO01)

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		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: AMBULANCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio: S U S
Acid.Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Típico: 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 vômitos. (A) Voz áreas parciais, presença de colite crônica e prancha, capacete sacado fora. (B) MV presente em hemitórax - E e ausente em base de hemitórax D, respirabilidade trácica diminuída. (C) BNF, 2T, BR, SS, Abdomen leve, maldes e palpação, plano. (D) Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotossensíveis. (E) Escala de 2, possível fratura em P.D.

PA: X mmHg Pulso: FC: bpm Temp.:

Diagnóstico Inicial: CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO DATA: 29-09-18
 29 JUN 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Cocho de Ruivenc 460 Lda C
 Centro - Teresina - PI - CEP: 64017-770
 EXAME: Pr (D)
 DATA: 29-09-18
 HUGO ROCHA
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

ALTA: <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Por Evasão <input type="checkbox"/> A Pedido	Retornar à Unid. Origem: <u> </u> Transferência: <u> </u>
	DATA SAÍDA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> HORA: <u> </u> : <u> </u> : <u> </u>
ÓBITO: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Após 48 Hs <input type="checkbox"/> Anat. Patol.	Internação na Unidade: <u> </u> Proced. Solicitado: <u> </u> CID Compatível: <u> </u> Prof. Solicitante Internação: <u> </u>

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

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: 698002384377452	
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: *Neuro da Marcilvia Diggs avaliar TC de crânio e cervical, não evidenciar lesões, liberando no neurocirurgia.*

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__ **ESPECIALISTA:** _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: _____

Carimbo/Assinatura Solicitante



Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 DEZ. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470**DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__**

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



15/11/1959

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO	229.327
DA CLÍNICA	Ortopedia	LEITO	232/232
À CLÍNICA	Cardiologia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente 58 anos, pratura calcâneo.
Avaliar risco cirúrgico

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT
CONTEÚDO 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 - TROP: 11305
Tel: (86) 99884-0561

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

DATA: 21/09/18

PARECER

Paciente diabético, tabagismo, com história de hipertensão em alergia a drogas. Cerebalo de consistência normal. Não há torção com esforço. Não dispneia aos esforços habituais. Pequena angina.

Com estado geral, consciência, orientado, saturação: PO: 68 bpm. PA: 126/84 mmHg. AF. Ausculta vesicular reduzida no base direita. IC: 0/0. Não há roncos, sibilos, estertores ou estropos com crepitações.

- Creatinina: 0,18 mg/dl, PO: 5 mg/dl
- ECG: normal (PO: 62 bpm), PR: 160 ms, AVR: entre 60 e 30. Tachicardia em DII e V1.
- 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 à limpeza cirúrgica proposta.

14:57-21/9/18 *Albarran*

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

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

Paciente 58a, vítima de acidente automobilístico (12/09/18), com politrauma + fratura de calcâneo, evolui com epilepsia anterior.

Aut

[Handwritten Signature]
Mário Augusto Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2309

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

NCA

Relato de epilepsia após queda de moto
TC de crânio e NORMAIS.

CR = (1) - SIMONSTICES.
(2) - SURTO + PARALISIA

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

DEPARTAMENTO 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

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	888 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)	
	FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA CPF: 87715406368 CRM:	
CARÁTER URGENCIA	SOLICITAÇÃO	
	29/09/2018	
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
29/09/2018 09:00	13/10/2018 12:00	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	CRM	DATA ANALISE
---	----------------------------------	-----	-----	--------------

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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

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

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/09/18

NOME DO PACIENTE: <u>Yaxé Rixinu de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>229328</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Duodenal (11)</u>	CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos</u>
ANESTESIA: <u>Rouque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>[Signature]</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Acid.</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Chayens</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Jua</u>	CPF Nº: _____

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
 Otorrinolaringologista
 CRM-PI 3920

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI n: 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: 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.	.		lowa 7.5	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA lowa 8.0	UNID.	02	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Exoras 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Eletródo 05			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cupom 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				murim 02			
ALCOFIL				Óleo de girassol			
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C.C			
VICRYL				CIRCULANTE: lowa			
PROLENE							

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



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Dr. Ribeiro de Souza*

Diagnóstico pré-operatório *Quisto em cápsula*

Operação - Tipo *Ressecção*

Cirurgião *J. Chagas* 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador *Dr. Chagas* Anestesista *Dr. Hernandez* Anestesia *Raque*

Anestésico(a)

Data da Operação *29.09.18* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório *sem que*

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Adoção de técnica de ressecção
de cápsula
com drenagem
de conteúdo
de cápsula
de conteúdo

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2019

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
Teresina-PI

Dr. Fca. das Chagas B. Souza
Cirurgião e Transmisionista
CRM-PI 39270



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: João Roberto de Jesus 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 30mg													
3 Diplofina 10mg													
4 Propofol 0,1mg													
5 Propofol 0,2g													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio		_____											
AR/N2O		_____											
Volatil		% (D ₂ O) _____ (D ₉ O) _____											

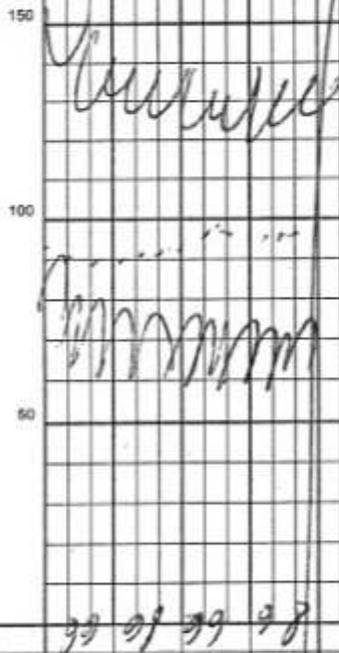
- Acesso Vascular**
- Periférico _____
 - Cat. Venoso nº 26G
 - Dificuldade aces. venoso
 - Gastos __ cateteres
 - Central _____

- 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: Central



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

Descrição da Anestesia: Populantes opulenta 206
intervencao
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 29 JUN 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 13 DEZ. 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.

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

Medico Anestesiologista
Heitor B. de S. Junior



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

26/08

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17925386126001

AUDITOR

DATA: ___/___/___

ASSINATURA DO AUDITOR





Profitoria 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 em Urgência HUT
CRM-PA 12.1861

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	13/10/18	FRAT CALCANEIO D							1200 SSVU - P. 60
		Ediogo Nogueira NUTRICIONISTA C.R. 1716							PA: 130x60 mmHg
		1 Dieta oral livre							
		2 Jelco salinizado							
		3 Dipirona 1comp VO 6/6hs							18 23 06
		4 Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h							19 08 08 06
		5 Cuidados gerais e sinais vitais							
<p><i>Examinar supine, membros inferiores -</i></p> <p><i>apresenta S.C.P. 15.</i></p> <p><i>talpi dorsais.</i></p> <p><i>S. S. g. g. g. g. g.</i></p> <p><i>Relato de dor no 7.º met.</i></p> <p><i>Dr. A. P. P. P. P. P.</i></p>									

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2019
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 L. 10 - C
Centro - Natal - CEP: 59.002-500
TERRA - PI

Dr. Gláudio Ciconberger / Dr. Yuri Ingo Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. K. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia



DATA/HORA CÓDIGO	NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
13/10/18	JOSE RIBEIRO DE SOUSA	229328	15/11/1959	58	Ortopédica	232	232	
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEIO D	PRESCRIÇÃO MÉDICA						
		Feito fladup						
		RAIO-X REALIZADO						
		DATA 13/10/2018						
		Técnico: AB						
1	Dieta oral livre	Senta pr colo						
2	2jelco salinizado	Lombos						
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
4	Cefalexina 500mg 1comp VO 6/6h							
5	Cuidados gerais e sinais vitais							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.012-470
Teresina-PI

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - POS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME: JOSÉ 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: Elmano

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAIDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>109/71</u>	<u>100/64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<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	SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	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"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	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"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	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"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>3</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	<u>3</u>

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
 O paciente foi admitido no pré-operatório em boas condições clínicas, com saturação de O2 de 98% em ar ambiente. Foi realizada a preparação para a cirurgia. Durante o procedimento, o paciente manteve-se estável, com saturação de O2 entre 95% e 100%. Foi realizada a cirurgia de forma satisfatória. O paciente foi encaminhado para a recuperação pós-operatória em boas condições. Foi realizada a administração de analgésicos e antieméticos. O paciente foi acompanhado até a alta, apresentando-se satisfeito e em boas condições clínicas.

Jairo Francisco de S. Freitas
 Enfermeiro
 COREN RJ 157.397

DESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

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

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

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

CUSTO: () 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:

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

Recebido em
 12/09/2018
 14:30h
 Serviço de Radiologia


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:

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

Professional 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 Distúrbios 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	Cadeline

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1	<input checked="" 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"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	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"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	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"/>
	Desperta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	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"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	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"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 09

ASS.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2011

COMPANHIA BRASILEIRA DE SEGURO S.A.
R. do Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CBP - 04.662-470
Teresópolis-P1

DRENAGEM VESICAL		DRENO DE SUÇÃO		DRENO TORACICO		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 DRPA em POI de
distúrbios de consciência; reque cerebral; vômitos, prurido

RAIO-X REALIZADO

DATA: 22/06/11

Técnico: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA 15:55

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Patrícia Meneses
Anestesiologista
CRM-PR 6312

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

PÓS-TO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FIC. Nº _____

Rubrica _____



Fundação Municipal de Saúde

DATA 12, 09, 18

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: Jose Ribeiro dos Santos PRONTUÁRIO Nº: 229328

DIAGNÓSTICO: _____ CIRURGIA: _____

ANESTESIA: Genp Nº DA SALA: 02

CIRURGIÃO: M. Antonio Jose CPF Nº: _____

AUXILIAR: Res. ... CPF Nº: _____

ANESTESIA: M. Antonio Jose CPF Nº: _____

INSTRUMENTAL: Antonio Jose 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.	10	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	UNID.	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	06	
JELCO Nº 20	UNID.	01		<u>Medicamento</u>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Algodão ortopédico</u>	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:	<u>Ante Paula</u>		
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE MATERIAIS
 CONTEÚDO VERIFICADO
 23 JUN 2018
 FRASCO
 DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA S.A.
 Rua Celso de Rêgo, 100 - Centro
 Centro-Norte - CEP: 64.002-400
 Teresina - PI



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: JOSÉ RIBEIRO DE SAUSA 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
1 PROPOL	100mg									
2 CETAMINA	50mg									
3 HIPEREMIA	100mg									
4 SUCCINILCHOLINA	80mg									
5 FENTANIL	25mcg									
6										
7 DIPIRONA	2g									
8 PARACETAMOL	50mg									
9 DERAMETASOMA	10mg									
10 OXADOLSETRUM	4mg									
11 CETILOFENOLO	100mg									
12 MORFINA	4mg									
13										
Oxigênio	14l/min	[Hand-drawn waveform]								
N2O	16l/min	[Hand-drawn waveform]								
Volatil SEVOFLURANO	2%	[Hand-drawn waveform]								

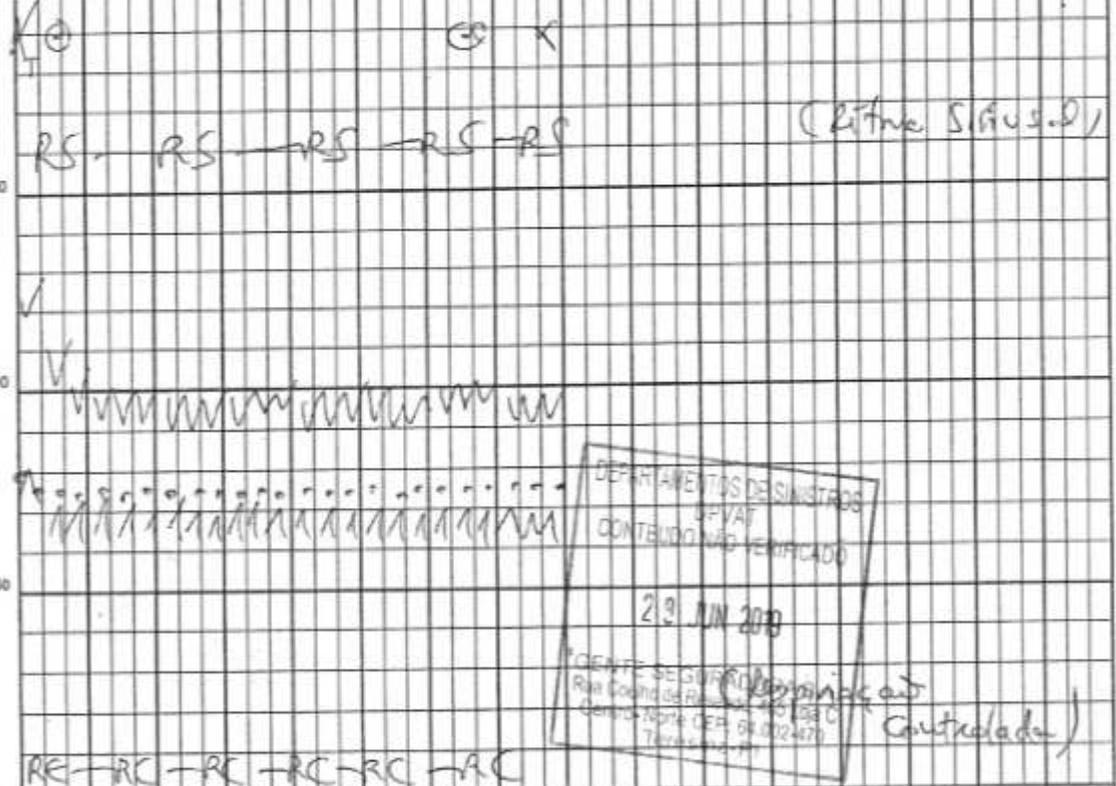
Acesso Vascular
 Periférico 16G MSE
 Cat. Venoso nº20G MSD
 Dificuldade acces. venoso
 Gastos cateteres
 Central

Via Aérea
 Cateter nasal
 IOT nº 7,5c/uff
 LMA nº

Monitorização:
 Cardiocopia
 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							
Aces. Venoso								
Diurese								
Perdas Sanguíneas								

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

IOT c/ auxílio da baggie em 1ª tentativa
 Comack bolus III G

Dr. Antônio de Barros Neto
 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)

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 + GARCOTE
- 3) LIMPEZA COM IO LGF 0,9% + DESBRIDAMENTO
- 4) REALIZAÇÃO DE TENDA CALCÂNEO POR SÍNTESE E PINAGEM DE CALCÂNEO COM 3 FIOS K (2,0) E 2 (2,5) + RADIOSCOPIA
- 5) SUTURA + CURATIVO TMA.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 JUN 2019

GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Rezende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

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 - HU.T

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU.T

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 899002384377452	NOME DO PACIENTE JOSE RIBEIRO DE SOUSA	NASCIMENTO 25/11/1954	SEXO M	PRONTUÁRIO 229125
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8688156429	NOME DA MÃE MARINA RIBEIRO DE SOUSA	RESPONSÁVEL JOSE RIBEIRO DE SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO
BAIRRO PARQUE TARARE	COMPLEMENTO ASS. M07 F18	MUNICÍPIO 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



CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 12/09/2018	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO) ANDRÉ ET AL DE CPF: 00.000.000-00
DATA ADMISSÃO 12/09/2018 07:45	DATA ALTA 24/09/2018 12:23	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR MI DANÇA DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO) AARAO RUIZ MENDES LTP: 13170347304	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE VALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: CNES: DATA ANÁLISE: 12/09/2018 12:23
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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-Pone: 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	
17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI
19-CEP: 64069-990	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
Valente com fraca infecção em se (D) Ne caso de pele e Perda de substância

21 - Condições que justificam a internação:
Artrite

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

23-Diagnóstico Inicial:
 Traumatismos superficiais múltiplos não especificados



PROCEDIMENTO 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	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.: 835.447.043-15	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	34-Data Solicitação: 24/09/2018 ✓	35-Ass.Carimbo Méd.Solite:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	Marcelo Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CRM-PI 1260 - CNS 17026395120001 50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
João Augusto

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)
 Consulta Local: 683854
 Consulta SUS:
 Impressão: 24/09/2018 12:21:28

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 133856

AIH: 2218101722200



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898002384377452	NOME DO PACIENTE JOSE RIBEIRO DE SOUSA	NASCIMENTO 15/11/1959	SEXO M	PRONTUÁRIO 229328
DOCUMENTO 8688156429	CPF 8688156429	TELEFONE 8688156429	NOME DA MÃE MARINA RIBEIRO DE SOUSA	RESPONSÁVEL JOSE RIBEIRO DE SOUSA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 1991
BAIRRO PARQUE ITAIRARE	COMPLEMENTO ARR M07 F18	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 DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL T099 - 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 C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO) ANDRÉ L. S. ...
--	---

CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 24/09/2018	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERAÇÃO
DATA ADMISSÃO 24/09/2018 12:23	DATA ALTA 24/09/2018 09:00	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.022-470
Teresina-PI

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO) LUCIANA RIBEIRO FERREIRA CPF: 40261094115	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE / AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 24/09/2018 12:25:27
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

FMS
Fundação Municipal de Saúde

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. [Signature]</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>[Signature]</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	UNID.	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>Neves</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SAÚDE
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 23 JUN 2019
 AGENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Celso de Rezende, 44 - FRANCO
 Caixa Postal CEP: 24.000-470
 Teresina-PI

[Signature]
 Dr. [Signature]
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 20764 - PI



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
 centro cirúrgico

Nome do Paciente

José RIBEIRO DE SOUZA

Diagnóstico pré-operatório

Infecção de (D)

Operação - Tipo

ZMC

Cirurgião

[Signature]
 Dr. Anderson M. ...
 Ortopedia e Traumatologia

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 Cordeiro de Azevedo, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Telefone: 010-3111

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

- 1) Paciente em ddh les vaginavestria
- 2) Antissepsia, Anestesia Colocação de Campos Cir
- 3) Visualização de Secções Perineurto e Tecido Músculo
- 4) Realizado ZMC + Anzólio de Sutura
- 5) Lavagem + 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		
1 <u>Mido 2mg</u>																			
2 <u>Fento 20mg</u>																			
3 <u>Supil 3.5mg</u>																			
4 <u>Esogalino 2g</u>																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
Unio																			
AR/N2O																			
Volatil	%																		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 415 - Loja C
Centro - Teresina - PE - CEP: 54070-000

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- sedação 4- Pat entado, A+A+
5- início h3- de Ag 256 liquor claro, com paracetamol 3- esogalino 2g
6- Procedimento sem intubação, ao final, erro unidulado p/RPA

Anestesiologista

[Handwritten signature]



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 TERESINA - HUT
 DE URGÊNCIA
 HOSP
 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						
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEIO D							
13/10/18	Ediano Nogueira NUTRICIONISTA FONE: 3118							
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							
				18 23 06				
				18 22 06				
					1200 SSW - P. 60			
					PA: 130x60 mmHg			
					Cela			

Prescritor: Ediano Nogueira
Assessor: S. C. P. 15
13/10/18
18 23 06
18 22 06
1200 SSW - P. 60
PA: 130x60 mmHg
Cela

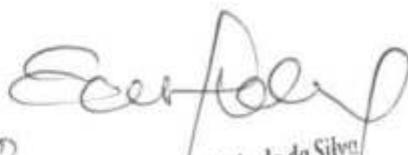
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 EPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 29 JUN 2019
 GENTE SEGURO S.A.
 Rua Coelha, nº 455, Lapa C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina - PI

RELATÓRIO MÉDICO

Decidimos que já não é conveniente a cirurgia, faz a retirada de umidade da fronteira, fato ocorrido entre 1200h às 18h, tendo sofrido politraumatismo, com fratura da costela e fratura da base da occipital a esquerda, e fratura da região do calcâneo a direita, tendo sido feita a cirurgia através de osteossintese, com imobilização com fixação definitiva, razão com sequelas: por 25 dias, com limitação de movimento 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

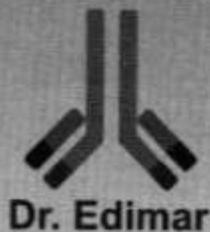
HEC/traveles que foram retirados de
 Soeeta. foi vítima de acidente de trânsito,
 fato ocorrido em 12.09.18, às 6:40 Hs. de
 de sofreu politraumatismo, com fratura
 fratura na região Corno occipital e AIL
 do fratura na região do calcâneo a nível
 tendo sido tratado de forma conservadora
 complacência com fixação cirúrgica
 com afixação definitiva, utilizando com
 seqüelas fortes dores com limitação
 de movimentos, com comprometimento
 de função 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-PI - CRM: 2560-10
 9903-0929/9532-1987/8827-3730



**CLÍNICA
MACHADO**

Dr. Edimar

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

RELATÓRIO MÉDICO

de lauraneu por José Ribeiro
de Souza, foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em 12/09/19
às 6:40hrs, sendo sofrendo politrauma
aberto, curando com fístulas
que porção crômica do occipital a
esquerda, e fístula fístula na
região do calcâneo a direita, toda
a cirurgia feita a favor de osso
sólido, com curatário com
fisioterapia, com alta definitiva,
depois de 30 dias, fortes so-
res, com limitação de movimento
com curatário com função
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
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
em Geral
29 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



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: pxi 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: 64.002-477
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: 64.002477



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

2ª Via (1ª Via () SANGUE)

Neuro OK:
 Cirurgia Geral OK
 Urologia OK

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: CARPINTEIRO		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	Típico: 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 vômitos. (A) Voz áreas parciais, presença de colite crônica e prancha, capacete sacado fora. (B) MV presente em hemitórax - E e ausente em base de hemitórax D, respirabilidade tracheal diminuída. (C) GNF, 2T, BR, SS, Shogone leve, molares e palpitação, plarox. (D) Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotossensíveis. (E) Escala de 2 e possível fratura em P.D.

PA: X mmHg

Pulso:

FC: bpm

Temp.:

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUN 2018

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

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME:

DATA:

EXAME:

DATA:

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 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

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: 698002384377452	
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: *Neuro da Marcilvia Diggs avalia TC de crânio e cervical, não evidenciam lesões, liberando no neurocirurgião.*

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	José Ribeiro de Sousa	PRONTUÁRIO	229.327
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 - TROP: 11305
Tel: (86) 99884-0561

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

DATA: 21/09/18

PARECER

Paciente diabético, tabagismo, com história de hipertensão em alergia a drogas. Cerebelo de consistência normal. Não há torção com esforço. Não dispneia aos esforços habituais. Pequena angina.

Em estado geral, consciente, orientado, sem náuseas. FC: 68 bpm. PA: 126/84 mmHg. AF. Ausculta vesicular reduzida no base direita. IC: 0/0. S2: normal. S3: ausente. S4: ausente. S5: ausente. S6: ausente.

• Creatinina: 0,18 mg/dL, PCr: 5 mg/dL
• ECG: normal (FC: 62 bpm), PR: 160 ms, AVR: entre 60 e 30. Tachicardia em DII e V1.
• 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 à limpeza cirúrgica proposta.

14:57-21/9/18 *Albarran*

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Jose Rinaldo de Sousa	PRONTUÁRIO	229328
DA CLÍNICA	ORÇOPEDIA	LEITO	232/232
À CLÍNICA	NEURO		

Paciente 58a, vítima de acidente automobilístico (12/09/18), com politrauma + fratura de calcâneo, evolui com epilepsia anterior.

Aut

[Signature]
Mário Augusto Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2309

DATA: 03/10/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

NCA

Relato de epilepsia após queda de moto
TC de crânio e NORMAIS.

CR = (1) - SIMONSTICES.
(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: 64.002470

DEPARTAMENTO 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

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	888 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)	
	FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA CPF: 87715406368 CRM:	
CARÁTER URGENCIA	SOLICITAÇÃO	
	29/09/2018	
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
29/09/2018 09:00	13/10/2018 12:00	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	CRM	DATA ANALISE
--	----------------------------------	-----	-----	--------------

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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

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

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/09/18

NOME DO PACIENTE: <u>Yara Rixinio de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>229328</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Duodenal (11)</u>	CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos</u>
ANESTESIA: <u>Rouque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>[Signature]</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Acid.</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Chayens</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 n: 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: 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.	.		lowa 7.5	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA lowa 8.0	UNID.	02	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Exoras 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Eletródos 05			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cupom 02			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				murim 02			
ALCOFIL				Óleo de girassol			
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C.C			
VICRYL				CIRCULANTE: lowa			
PROLENE							

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



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Dr. Ribeiro de Souza*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura em colares*

Operação - Tipo *Fixação em colares*

Cirurgião *J. Chagas* 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador *Dr. Chagas* Anestesista *Dr. Hernandez* Anestesia *Raque*

Anestésico(a)

Data da Operação *29.09.18* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório *sem fr.*

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Adesão de fratura
Preparação
Fixação
Redução da fratura
Fixação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2019

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
Teresina-PI

Dr. Fca. das Chagas B. Souza
Oftalmologista e Transmisionista
CRM-PI 39270



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: João Wilson de Jesus 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 Adrenalina 90mcg													
3 Diplofina 10mg													
4 Propofol 0,1mg													
5 Propofol 0,2g													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio		_____											
AR/N2O		_____											
Volatil		% (D ₂ O) _____ (D ₉ O) _____											

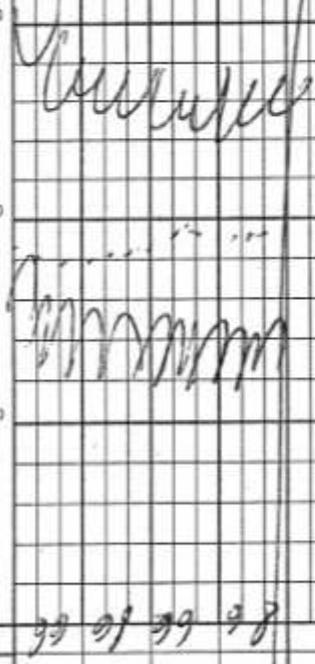
- Acesso Vascular**
- Periférico _____
 - Cat. Venoso nº 26G
 - Dificuldade aces. venoso
 - Gastos __ cateteres
 - Central _____

- 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: Central



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

Descrição da Anestesia: Populares opulenta 206
intervencao
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 29 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
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 13 DEZ. 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.

Heimans R. S. S. J. S.
 MEDICO
 Anestesiologista



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

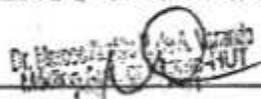
HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

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 Moura
Médico - HUT
ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: ___/___/___

AUDITOR

26/08

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CNS 17925396126001

ASSINATURA DO AUDITOR





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 em Urgência HUT
CRM-PA 12.1861

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	Ediogo Nogueira NUTRICIONISTA C.R.N. 1716							
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>Examinar suposto hematomas -</i> <i>afetando SC 9-15</i> <i>teip. damb.</i> <i>teip. glicidas.</i> <i>Red. de Sintomas - Amb.</i> <i>At. Placido</i></p>							
	<p><i>18 23 06</i> <i>19 05 06</i></p>							
	<p><i>1200 SSVU - P. 60</i> <i>PA: 130x60 mmHg</i> <i>Del</i></p>							
	OBSERVAÇÕES							
	HORÁRIOS							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
29 JUN 2019
CENTRO SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 L. 10 - C
Centro - Natal - CEP: 54.002-500
TERRA - PI

Dr. Gláudio Ciconembas / Dr. Yuri Hugo Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. K. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia



DATA/HORA CÓDIGO	NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
29/09/18	Apê Rômulo de Sousa	229328	Ortopédica	23/09/18	
	Dr. Carlos de S. S. S.				
	1	DIETA ORAL LIVRE			13:40' Retornou do CC
	2	SF 0,9% 500 ml EV AO DIA			em PO de LMC para
	3	RANITIDINA 50 MG - A AMP + AD, EV, 8/8 H			exame
	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
DPRAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
AGENCIAMENTO SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 465 Loja C
Teresina - Norte - CEP: 64.002-470
Pernambuco - Brasil

Dr. Fco. dos Santos B. Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3820

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM - POS - OPERATORIO - SRPA

NOME: JOSÉ 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
 CIRURGIJA REALIZADA Proctomia e Colostomia CIRURGIÃO Alcides

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>109/71</u>	<u>100/64</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>98</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Elmano</u>	<u>Elmano</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO	SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	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"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	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"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	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"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>3</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	<u>3</u>

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
 09/09/2018 - Paciente em pós-operatório de proctomia e colostomia. Apresenta sinais vitais estáveis, saturação de O2 em 100% em ar ambiente. Não apresenta dor significativa. Sonda vesical em funcionamento. Sonda de aspiração em funcionamento. Sonda de colostomia em funcionamento. Sonda nasogástrica em funcionamento. Paciente em boas condições gerais. Evolução satisfatória.
 Jairo Francisco de S. Freitas
 Enfermeiro
 COREN RJ 157.397

DESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

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

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

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

CUSTO: () 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:

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

Professional 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: 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:

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

Professional 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 Distúrbios 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	Cadeline

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1	<input checked="" 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"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	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"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	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"/>
	Desperta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	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"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	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"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 09

ASS.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2011

COMPANHIA BRASILEIRA DE SEGURO S.A.
RUS Coelho de Almeida, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 04.662-470
Torrantim-P1

DRENAGEM VESICAL		DRENO DE SUÇÃO		DRENO TORACICO		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 DRPA em POI de
distúrbios de consciência; reque cerebral; vômitos, orofaringe

RAIO-X REALIZADO

DATA: 22/06/11

Técnico: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA 15:55

HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

Dr. Patrícia Meneses
Anestesiologista
CRM-PR: 6312

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

PÓS-TO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FIC. Nº _____

Rubrica _____

FMS

Fundação Municipal de Saúde

DATA 12, 09, 18

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: Jose Ribeiro do Santos PRONTUÁRIO Nº: 229328

DIAGNÓSTICO: _____ CIRURGIA: _____

ANESTESIA: Genp Nº DA SALA: 02

CIRURGIÃO: M. Antonio Jose CPF Nº: _____

AUXILIAR: Res. ... CPF Nº: _____

ANESTESIA: M. Antonio Jose CPF Nº: _____

INSTRUMENTAL: Antonio Jose CPF Nº: _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SUPERINTENDENTE
 ANTONIO JOSE
 GOVERNADOR

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.	-		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.	02	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	10	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	06	
JELCO Nº 20	UNID.	01		<u>Medicamento</u>			
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Algodões ortopédicos</u>	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:	<u>Ante Paula</u>		
PROLENE							

DEPARTAMENTO DE MATERIAIS
 CONTEÚDO VERIFICADO
 23 JUN 2018
 FRASCO
 DEPT. DE SEGURANÇA S.A.
 Rua Celso de Rêgo, 100 - Centro - Teresina - PI - CEP: 64.002-400



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: JOSÉ RIBEIRO DE SAUSA 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
1 PROPOL	100mg									
2 CETAMINA	50mg									
3 HIPORINA	100mg									
4 SUCCINILORINA	80mg									
5 FENTANIL	250ug									
6										
7 DIPIRONA	2g									
8 PARALODINA	50mg									
9 DERAMETASINA	10mg									
10 OXADOLSETRINA	4mg									
11 CETILOFENOLO	100mg									
12 MORFINA	4mg									
13										
Oxigênio	14/min	[Handwritten waveform]								
N2O	16/min	[Handwritten waveform]								
Volatil SEVOFLURANO	2%	[Handwritten waveform]								

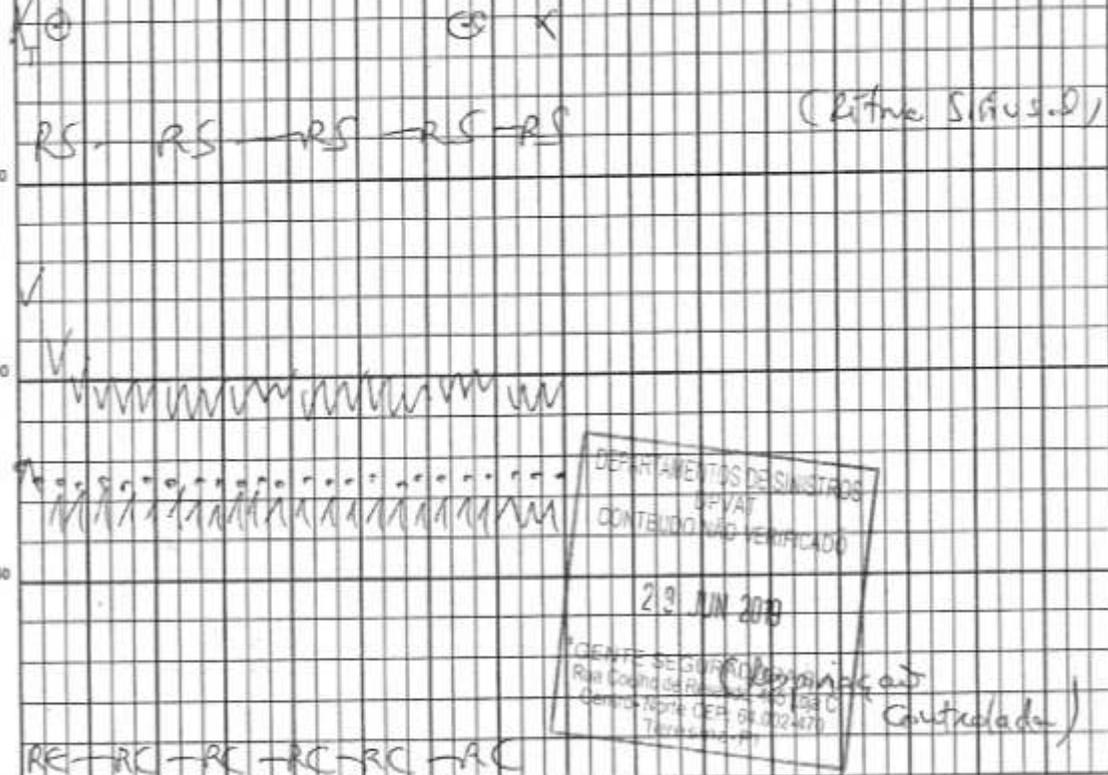
Acesso Vascular
 Periférico 16 G MSE
 Cat. Venoso nº 20 G MSD
 Dificuldade acces. venoso
 Gastos cateteres
 Central

Via Aérea
 Cateter nasal
 IOT nº 7,5 c/uff
 LMA nº

Monitorização:
 Cardiocopia
 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) 500ml SF) 500ml (SRL) 500ml							
Aces. Venoso								
Diurese								
Perdas Sanguíneas	→ estimada em 1000ml							

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

IOT c/ auxílio da baggie em 1ª tentativa
 Comack bolus III G

Dr. Antônio de Barros Neto
 MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
 Anestesiologista



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

JOSE RIBEIRO DE SOUSA

Diagnóstico pré-operatório

FRATURAS DE CALCÂNEO

Operação - Tipo

OSTEOSSÍNTESE DE CALCÂNEO

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiologista

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 DDI SOB ANESTESIA GERAL
- 2) ASSEPSIA, ANTISÉPSIA + CAMPOS + GARCOTE
- 3) LIMPEZA COM IO LGFO,9% + DESBRIDAMENTO
- 4) REALIZAÇÃO DE TENDÃO 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 ROCHA - HU/T

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU/T

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 899002384377452	NOME DO PACIENTE JOSE RIBEIRO DE SOUSA	NASCIMENTO 25/11/1954	SEXO M	PRONTUÁRIO 229125
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8688156429	NOME DA MÃE MARINA RIBEIRO DE SOUSA	RESPONSÁVEL JOSE RIBEIRO DE SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO
BAIRRO PARQUE TARARE	COMPLEMENTO ASS. M07 F18	MUNICÍPIO 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

LEITO/CLÍNICA

ORTOPÉDIA TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVA
CONTROLE DE ASSINATURA E CARIMBO Nº 1
NÃO VERIFICADO

23 JUN 2019

GENES SEGURADORA S/A
Rua Comendador Ruyton, 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 MI DANÇA DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE VALIAÇÃO / AUDITORIA
AARAO RUIZ MENDES CPF: 12178347304 CRM: DATA ANÁLISE: 12/09/2018 12:23	CPF: CNAE: CBOR: NATUREZA DA LESÃO:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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-Pone: 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	
17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI
19-CEP: 64069-990	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
Vacante com fraca infecção em se (X) de curse de pele e Perda de substancia

21 - Condições que justificam a internação:
Amomese

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

23-Diagnóstico Inicial:
 Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

DEPARTAMENTO DE ANÁLISES
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 23 JUN 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Avenida Brasil, 465 Loja C
 CEP: 64069-990 Teresina-PI

PROCEDIMENTO 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	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.: 835.447.043-15	CPF
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	34-Data Solicitação: 24/09/2018 ✓	35-Ass.Carimbo Méd.Solite:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	Marcelo Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CRM-PI 1260 - CNS 17026395120001 50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:
João Anderson

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)
 Consulta Local: 683854
 Consulta SUS:
 Impressão: 24/09/2018 12:21:28

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 133856

AIH: 2218101722200



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898002384377452	NOME DO PACIENTE JOSE RIBEIRO DE SOUSA	NASCIMENTO 15/11/1959	SEXO M	PRONTUÁRIO 229328
DOCUMENTO 8688156429	CPF 8688156429	TELEFONE 8688156429	NOME DA MÃE MARINA RIBEIRO DE SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 1991
BAIRRO PARQUE ITAIRARE	COMPLEMENTO ARR M07 F18	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 DIAGNÓSTICAS (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 C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

CARATER 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	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.022-470
Teresina-PI

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE / AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIANA RIBEIRO FERREIRA CPF: 40261094115 CRM: DATA ANÁLISE: 24/09/2018 12:25:27	CPF: CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

FMS
Fundação Municipal de Saúde

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. [Signature]</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>[Signature]</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	UNID.	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>Neves</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 23 JUN 2019
 AGENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Celso de Rezende, 44 - FRANCO
 Caixa Postal CEP: 24.000-470
 Teresina-PI

[Signature]
 Dr. [Signature]
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 20764 - PI



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
 centro cirúrgico

Nome do Paciente

José RIBEIRO DE SOUZA

Diagnóstico pré-operatório

Infecção de 1º D
 ZMC

Operação - Tipo

Cirurgião

Dr. Anderson M. ...
 Ortopedia Traumatologia
 (3676) 3676

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 Cordeiro de Azevedo, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Telefone: 3010-8100

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

- 1) Paciente em ddh les vaginavestria
- 2) de inspeção, Assepsia Colocação de Campos Cir
- 3) Visualização de Secções Perineurto e Tecido Mucoso
- 4) Realizado ZMC + Anzólio de Sutura
- 5) Lavagem + 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		
1 <u>Mido 2mg</u>																			
2 <u>Fento 20mg</u>																			
3 <u>Supil 3.5mg</u>																			
4 <u>Esogalino 2g</u>																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
Unio																			
AR/N2O																			
Volatil	%																		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Figueiredo, 415 - J. C.
Centro - Teresina - PE - CEP: 64011-900

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- sedação 4- Pat entado, A+A+
5- início h3- de Ag 256 liquor claro, com paracetamol 3- esogalino 2g
6- Procedimento sem intubação, ao final, erro unidulado p/RPA

Anestesiologista

[Handwritten signature]



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 TERESINA - HUT
 DE URGÊNCIA
 HOSP
 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						
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEIO D							
13/10/18	Ediano Nogueira NUTRICIONISTA FONE: 3118							
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							
						18 23 06		
						18 22 06		
								1200 SSW - P. 60
								PA: 130x60 mmHg
								Cel

Exame supine, membros inferiores - S.C.P. 15. Cel. deamb. S.P. gaitas. S. alta + tratamento PA e cultura.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 EPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 29 JUN 2019
 GENTE SEGURO S.A.
 Rua Coelha, nº 455, Lapa C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina - PI



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								
DI : 12/09/2018	FRAT CALCANEIO D							
13/10/18	Foto							
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 data-bbox="970 1083 1309 1437" data-label="Text"> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 23 JUN 2019 AGENTE SEGURADORA S.A. Rua Coaraci de Rêverde, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina - PI</p> </div>								
<div data-bbox="1001 729 1232 1017" data-label="Text"> <p>CRÉDITO CENTRO DE ATENDIMENTO FARMACIA</p> </div>								
<div data-bbox="1108 1526 1416 1791" data-label="Text"> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> </div>								
<div data-bbox="1185 287 1232 376" data-label="Text"> <p>13/10/18</p> </div>								
<div data-bbox="261 243 308 431" data-label="Text"> <p>RATIOS REALIZADO</p> </div>								
<div data-bbox="323 132 369 420" data-label="Text"> <p>DATA 13/10/18</p> </div>								
<div data-bbox="385 199 431 420" data-label="Text"> <p>Técnico: AB</p> </div>								
<div data-bbox="508 221 585 796" data-label="Text"> <p>Santa Pr Colo</p> </div>								
<div data-bbox="631 110 739 431" data-label="Text"> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> </div>								

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

José Ribeiro de Sousa

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

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

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

Francisco das Chagas Pinheiro Marina

LEI N.º 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N.º 89.250/83

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"



ALTERNATIVA DO TITULAR

CAIXEIRA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

José Ribeiro de Sousa



VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.867.693 DATA DE EMISSÃO 16/07/18

NOME JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA DATA DE NASCIMENTO 15/11/1959

FILIAÇÃO MARINA RIBEIRO DE SOUSA DOZI ALVES DE SOUSA

NATURALIDADE AMARANTE - PI

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

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Militar da Polícia Militar do Piauí

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.230/83

DEPARTAMENTO 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

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 ORIENTADA



Ass. Ribeiro de Sousa

ALTERNATIVA DO TITULAR

CAIXEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.867.693 DATA DE EMISSÃO 16/07/18

NOME JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA DATA DE NASCIMENTO 15/11/1959

FILIAÇÃO MARINA RIBEIRO DE SOUSA DOZI ALVES DE SOUSA

NACIONALIDADE AMARANTE - PI

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

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Polícia de Identificação

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.230/83

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

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
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013603906275
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA - COD. RENAVAM - ELIMINAR - EXERCÍCIO
1 010V4855300 2018

JOSE RIBEIRO DE SOUSA

29147018600 - PLACA
PIN - 7070

FAS/MOTONETA / MOTORISTA
DOMÉSTICO

YAMAHA/T115 CRYPTON K
MARCA / MODELO

02P/0114CC - CATEGORIA
PARTICU

1º IPVA
2º PAGO
3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) - ICF (R\$) - PRECATORIAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

A/T DOCUMENTO DE CÔRTE OBRIGATORIO E/C D
TDA NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA LOCAL DATA 06/12/2018

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS 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 - DATA EMISSÃO
2018 06/12/2018

VIA - CPF / CNPJ - PLACA - ETN - 7070
1 29147018600

RENAVAM - MARCA / MODELO
01071855110 YAMAHA/T115 CRYPTON K

ANO FAB - ANO USU - Nº 1855 - Nº 1855
2015 091 9C6KE1560F0041342

PRÊMIO TARIFARIO
000,00 (R\$) (R\$) (R\$) 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) - ICF (R\$) - ICF (R\$) - DATA DE SEGURO (R\$)
000,00 000,00 000,00 185,50

COISA ÚNICA - PARCELAMENTO - DATA DE EMISSÃO
X 000,00 06/12/2018

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

ONPJ 06.946.488/0001-04

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
3 JUN 2019
SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013603906275

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA - COD. RENAVAM - ELIMINAR - EXERCÍCIO
1 010V4855300 2018

JOSE RIBEIRO DE SOUSA

PLACA ANVIMAG 29147018600

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS 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

VIA 1 29147018600 PLACA ANVIMAG 29147018600

RENAVAM 01071855110 MARCA MODELO YAMAHA/T115 CRYPTON K

ANO FAB 2015 ANO USZ 091 9C6KE1560F0041342

PREMIO TARIFARIO 000,00

PREMIO DO BILHETE (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO DO SEGURO (R\$) 185,50

DATA DE VENCIMENTO 06/12/2018

SEGURODPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
3 JUN 2019
SEGURODPVAT S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Terestina-Pi

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

Eu José Ribeiro de Sousa

CPF: 291.410.188-00 Resido no loteamento

vitoria 05 QD - C Bairro Curupi

Afirmo que sofri um acidente de moto

dia 12 / 09 / 18 onde fracturei o calcâneo

fiz cirurgia colocando placas e fracturei

3 costelas direita e pancada na

cabeça onde desmaiei, quando acordei

tava no hospital, fiz uma pericia

médica Dr: Frederico, e logo em

seguida mandaram um auditor

que negou meu processo, ele não

tem direito de negar, pois estou

com sequela 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 pisou 13 / 09 / 19.

2. José Ribeiro 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 CALCANEO DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM CALCANEO 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: ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM REGIÃO DE CALCANEO 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: ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM REGIÃO 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: <u>Jose Ribeiros de Sousa</u>			
RG: <u>4.867.693</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>16/07/18</u>	
CPF: <u>291.410.188-00</u>	ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>	PROFISSÃO: <u>carpinteiro</u>	
ENDEREÇO: <u>Lot. Victoria O-C C-05</u>			Nº: <u>05</u>
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>		BAIRRO: <u>Almop</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64091-600</u>	TELEFONE: <u>(86) 99534-6565</u>

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: <u>Nelle Rize Soares Marques</u>			
RG: <u>4.119.262-0</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>	
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>Recurso</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua 24 De Janeiro</u>			Nº: <u>544</u>
BAIRRO: <u>Centro</u>	CIDADE: <u>Teresina</u>	UF: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PRÓCURAÇÃO, 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 Ribeiros de Sousa

Data do acidente de trânsito : 12/09/2018

Cobertura da vitima : Invalididez

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 42
Centro-Norte CEP: 64000-235
Teresina

LOCAL / DATA : Teresina 11/06/2018
Jose Ribeiros de Sousa

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CAIXA DE NOTAS
CONSULTE O SELO
MINTAI

Cartório IurisTocLES SAMOAO
Kely Gardênia de MORAIS
Escritora e Advogada
Teresina - PI

Teresina-PI 11/06/2019.
www.tjpi.jus.br/portalejura
KATIA GARDERIA DA SILVA SANTOS - RESSCREVENTE AUTORIZADA
Eml: 3.85 T.J:0.57 FMRP/PI:0.10 Selo:0.26 Total:4.98 - 07:255
PROCURAÇÃO PARTICULAR
Selo: AAD16901-1382

TERESINA CARTÓRIO F. OFÍCIO DE NOTAS

CONSULTE O BEM



Handwritten notes and a small stamp at the bottom left corner.

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: GURUPI	
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: Recurso
ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro		Nº: 544
BAIRRO: Centro	CIDADE: Teresina	UF: PI CEP: 64000-235

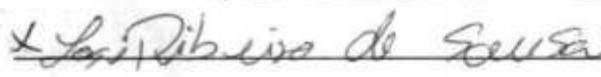
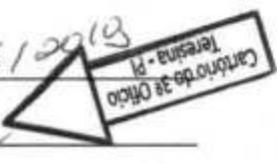
O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO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

_____ José Ribeiro de Sousa

Data do acidente de trânsito: 12/09/2018

Cobertura da vítima: Invalidez

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUN 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 477
Centro-Norte CEP: 64011-100
Teresina

LOCAL / DATA: Teresina 11/06/2018



(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSÉ RIBEIRO DE SOUSA, DOU FE. EM REST. DA VERDADE. Teresina-PI, 11/06/2019. www.tjpi.jus.br/pop/alextra
 KATIA GARDNERIA DA SILVA SANTOS - SECRETARIE AUTORIZADA
 E-mail: 3.85.73.0.77 FMRP/PI: 0.10.10.10.26 total: 4.98 - CP: 215
 PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
MINTARI

Cartório Theresinenses Santos
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardneria da Silva Santos
Escritório: Avenida Adolpho
Teresina - PI

RECIBO
N.º 1234
DE

DE LA
CANTIDAD DE
CINCO MIL
DOLÁRES
CON CINCUENTA
CENTAVOS

EN PALABRAS
CINCO MIL
DOLÁRES
CON CINCUENTA
CENTAVOS

EN FECHA DE
15 DE
MAYO DE
2010

RECEBIDO EN
CANTIDAD DE
CINCO MIL
DOLÁRES
CON CINCUENTA
CENTAVOS

COMPRANTE
D. J. GARCIA



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



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: José Ribeiro de Souza

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

Nome completo: José Ribeiro 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

DADOS CADASTRAIS

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029 13 CONTA: 295588 ↓ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
INVALIDEZ PERMANENTE
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

[Assinatura]
13 DEZ. 2018

SEGURODPVAT S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 - Loja C
Norte - CEP: 84.602470

MORTE

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, Tererina 13/12/18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

[Assinatura]
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.**



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

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: ltd vitória Q-C-C-05 Número: 05 Complemento: casa
 Bairro: burupi 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)

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.

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
 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, 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)



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 14.002-470
Teresina-PI

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: lote vitória Q-C-C-05 Número: 05 Complemento: casa
 Bairro: burupi 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)

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.

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
 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, 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)



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 14.002-470
Teresina-PI

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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?
 Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 (*).
 "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 (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % 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 (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % 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 Vítimas 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 PE DIREITO.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim () Não

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim () Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITACAO FUNCIONAL DO PE 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 PE DIREITO, APRESENTANDO ALTERACAO ANATOMICA DO CALCANEIO COM PERCA DE MATERIAL MUSCULAR NA REGIAO, O QUE PIORA A MOBILIDADE DO PE.

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

Jose Ribeiro de Sousa
 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