

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Kellymarcelo de Queiroz inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Alberto Pimentel de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 361.619.503-91, do sinistro de DPVAT cobertura Finalidade da Vítima Carlos Alberto de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 361.619.503-91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua: Ninte e Quatro de Junho</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)

Thelma de 04 de 19
Local e Data

Kellymarcelo de Queiroz
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lindongilson Ilário de Carvalho,
RG nº 04193863009, data de expedição 15/10/18,
Órgão Detran-PI, portador do CPF nº 035.395.903-07, com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Napoleão Azevedo, Parque Poti, nº 5300,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Carlos Alberto Pimentel de Sousa, cujo o condutor era
Carlos Alberto Pimentel de Sousa.

Veículo: motocicleta
Modelo: CBX 250 Twister
Ano: 2005
Placa: DLV-3823
Chassi: 9CMC35005RQ36442
Data do Acidente: 01.12.18
Local e Data: Teresina Piauí 13/02/19

Lindongilson Ilário de Carvalho
Assinatura do Declarante

Carlos Alberto Pimentel de Sousa
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Cartório Themístocles Sampaio
Rua Lindolfo Regalado, 1227 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3227-9159 - E-mail: assessoria@cartoriosampaio.com.br
Titular: Themístocles Sampaio de Sousa

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LINDONGILSON ILÁRIO DE CARVALHO, DOU FE. EM TEST. _____ DA VERDADE. TERESINA-PI, 19/02/2019. Selo: AAB11632-K388
www.tjpi.jus.br/portalexta.

ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FPM/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 538
DECLARAÇÃO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMÍSTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escrivente Autorizado
Teresina - PI

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

ÁGUAS DE
CE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - L1 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Píçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2444 / 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA 13428373-2
NATURA Nº 150699716
Mês/Ano 3/2019

TO 1.38
20190301914357

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO

001-00041-005270

GRUPO 001
NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO	DATA	LEITURA
MÊS/ANO TIPO	USO	NATURADO
02/2019 Lido	03	10
01/2019 Lido	03	10
12/2018 Lido	01	10
11/2018 Lido	01	10
10/2018 Lido	01	10
09/2018 Lido	01	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO DE USUÁRIO
1 Residencial - Normal

DATA LEITURA
ANTERIOR 01/02/2019 134
ATUAL 01/03/2019 136

CONSUMO MÊS M3 10
PEL PASEP 46,94m³ . 65% = 30,77
CORTES 46,94m³ . 65% = 30,77

TABELA DE TAXAS

RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0 10	2,8450 65
10 25	5,3800 65
25 50	9,1500 65

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	QTD.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 28,45		
> Residencial - Normal	10,0 m3	28,45
VALOR DE ESGOTO - 18,49		
> Residencial - Normal	10,0 m3	18,49

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)



VENCIMENTO
13/03/2019

TOTAL A PAGAR
46,94

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 4 DEBITO(S).
DEBITO(S) A 1012 DE ATENDIMENTO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

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

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 005		02 Data do chamado 01/10/2018		03 PRO (código) 237R		04 Saída do PA 6:41		05 Chegada ao local 1:48	
	06 Saída do local 2:19		07 Chegada ao 1º hospital 2:12		08 Saída do 1º hospital		09 Chegada ao 2º Hospital			
Local da Ocorrência	10 Endereço d - Gabriel Ferreira				12 Município-UF Pereira - RJ				Código IBGE	
	11 Bairro V.L. Operária									
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Igreja Católica e Papadouras Pereira				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado					
	14 Nome Carlos Alberto Pinheiro de Souza									
Tipo de Ocorrência	16 Idade 53		Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica		06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico		11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares		16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Acidente de Transporte	19 Vítima 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 ☒ Airbag ☒ Cinto de segurança ☒ Assento para criança			
Exame Físico	23 Glasgow = 13		RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 3 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		24 Sinais Vitais Pulso 78 Resp. 18 PA 120/80 TAX. SatO2 98%		25 Local da lesão 	
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 Escala de Dor de 0 a 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10			
Assistência	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	
	35 Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica		36 Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)		37 Não Removido					
Observações Interdisciplinar	PCT vítima de colisão moto/carro, forte odor alérgico, sangramento, dispnéia, suores em os membros superiores. PCT possui colelitíase litiasis vesicular "sem sintomas". Lesão em tórax e abdômen no local do acidente por ser o passageiro.									
	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DNAT (CONTINUIDADE NÃO VERIFICADA) 08 ABR. 2019									
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro		Condutor		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C CEP: 54.002-470		



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1108570-3

011496885

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.740/0001-00 | Insc. Estadual: 19.209.383-5
Endereço: Centro, da Energia Elétrica - Sala 0-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/PA/06/08

Nº da Nota Fiscal

011496885

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	01/10/2018	30	19,17

CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA
R. COROADOS 2310 2310 8-URBANO
CPF: 00036161950391
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
2416	2416	23/09/2018
Anterior	1,000	23/08/2018
Próxima Leitura	0	25/10/2018
Consumo Médio	30	21/09/2018
Consumo Faturado	FCAM	25/09/2018
MINIMO		33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Residência	Código	Medida
RESIDENCIAL	MONO	A963671	1.1.1.1

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
AGO/18 0	30 A R\$ 0,639248 = 19,17
JUL/18 0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,49
JUN/18 0	
MAI/18 0	
ABR/18 0	
MAR/18 0	
FEV/18 0	
JAN/18 0	
DEZ/17 0	
NOV/17 0	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,04090	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 08/2018 Valor R\$ 19,14

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 10/10/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no CADIN, informações ainda existentes em contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 1.499,05 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

FATURADO PELO MINIMO C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art 87), SUJEITO A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art 171) - RES 414/10 ANEEL

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO BCA2.EFFB.6106.00F0.001B.9F18.CE43.2000

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição 5,19	Base de Cálculo
Energia 9,84	Alíquota ICMS
Transmissão 1,54	Valor do ICMS
Entregas 1,56	Valor do PS
Diversos 1,04	Valor do CONTRIB
	0,18
	0,86

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,31 10,63 21,25 3,24 6,48 12,95 3,03
0,00 0,00 0,00

TERESINA-MARQUES

07/2018



SEU CÓDIGO

1108570-3

MÊS FATURADO

09/2018

Nº da Nota Fiscal

TOTAL A PAGAR

19,17

VENCIMENTO

01/10/2018

011496885 FCAM

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.740/0001-00 | Insc. Estadual: 19.209.383-5

836000000000 7 19170017000 1 000000001108 0 570309180008 3



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
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

164 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001278/2019-80

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 05/04/2019 - 11:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA GABRIEL FERREIRA, Nº:

Complemento

Data/Hora

01/12/2018 - 01:20

Bairro

VILA OPERÁRIA

S15456

Ponto de Referência

IGREJA CATOLICA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 839664 PI

Mãe: MARIA DO SOCORRO PIMENTEL DE SOUSA

Endereço: RUA AMAZONAS, Nº 1466

Bairro: MAFUÁ

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CBX 250 TWISTER, PLACA DLY-3823-PI, COR VERMELHA, RENAVAL 00871756820, PROP. DE LINDONGILSON ILARIO DE CARVALHO, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CHOCOU-SE EM UMA ÁRVORE. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 495708). NO DIA SEGUINTE FOI PARA O HOSP. SANTA MARIA. (PRONT. 511700). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

361.619.503.91 Carlos Alberto Rimentel de Sousa

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

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante em 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0506

8

CONTA:

31920

4

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.

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 ou afeições permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei F. 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

SEGURADORA S.A.

Com base na documentação apresentada, com validade de 90 dias.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer concessão 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.

TESTE LUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

361.619.503.91 Carlos Alberto Rimentel de Sousa

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante em 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:

8506

CONTA:

31910

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.

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 nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019

SEGURADORA S.A.
Com base na documentação apresentada, confirmamos a existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer crime 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.

TESTE LUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

08 ABR. 2019

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

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190265284

Vítima: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000003506-8

Conta: 000010031910-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190265284

Vítima: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ALBERTO PIMENTEL 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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03506-8

CONTA: 000010031910-6

Nr. da Autenticação FDF9A9004266B1D1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0119763/19

Vítima: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

CPF: 361.619.503-91

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/12/2018

Titular do CPF: CARLOS ALBERTO
PIMENTEL DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA : 361.619.503-91

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: 08/04/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado

01 N° do chamado 005 02 Data do chamado 01/10/2018 03 PRO (código) 2878 04 Saída do PA 6:41 05 Chegada ao local 1:48
06 Saída do local 2:19 07 Chegada ao 1° hospital 2:12 08 Saída do 1° hospital 09 Chegada ao 2° Hospital

Local da Ocorrência

10 Endereço R - Gabriel Ferreira 12 Município-UF Teresina - PI Código IBGE
11 Bairro V.L. Operária

Dados do Paciente

13 Ponto de referência Igreja Católica e Capelinha Perereca 14 Nome Carlos Alberto Pinheiro de Sousa 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado 4
16 Idade 53 1 - Dia 2 - Mês 3 - Anos 9 - Ignorado Se idade ignorada, preencha com 999 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 21

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 Vítima 20 Meio de locomoção 21 Outra parte envolvida 22 Equipamentos de segurança
1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado 22 Capacetes Airbag Cinto de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15 24 Sinais Vitais Pulso 78 Resp. 18 PA 120/80 TAX. SatO2 98%
RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 6 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 4 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum

Assistência

25 Local da lesão 26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Escala de dor de 0 a 10 0 Sem dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 32 Hospital de Destino HUV 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 35 Durante o transporte

Hospital de Destino

36 Imobilização de extremidades 37 Reanimação cardiopulmonar 38 Assistência obstétrica 39 Não Removido

Observações Interdisciplinares

39 Não Removido

Observações Interdisciplinares

39 Não Removido

Observações Interdisciplinares

39 Não Removido

Observações Interdisciplinares

39 Não Removido

Observações Interdisciplinares

39 Não Removido

PCT vítima de colisão moto/carro, Forte dor no tórax, sangramento, diáfragma elevado em os pulmões. PCT possui fratura lateral direita e acometimento renais, fratura lateral esquerda e acometimento renal. Sem alteração de nível do líquido no local do acidente por ser o

DEPARTAMENTO DE SAMU
DATA: 08/10/2018
(CONTÉUDO NÃO VERIFICADO)

08 ABR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coutinho de Resende, 465 Loja C
CEP: 64.062-470

Socorristas Médico AE/TE Ségio TCSUB 260

Enfermeiro Conductor Donaciano

Responsável pela recepção



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Carlos Alberto Pimentel de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 495708

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

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

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".

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA		Prontuário: 495708
Mãe: MARIA DO SOCORRO PIMENTEL DE SOUSA	Pai: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE SOUSA	
End.Resid.: RUA AMAZONAS 1466 - VILA OPERARIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	Fone: 86-32223-895	
Nascimento: 24/06/1965	Idade: 53a5m7d	Sexo: Masculino
Responsável: MARIA SORAIA PIMENTEL DE SOUSA	CNS: 708001302229125	RG: 839664 - SSI
Profissão: DESPACHANTE	CPF: 03966400000	E.Civil: Solteiro
G. Instrução: Médio Completo	DATA: 01/12/2018	
End.Local.: -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 696140	Data: 01/12/2018 02:18:37	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid.Trab.: NÃO	Trajetos?: Não	Tipico: Não
CID Secundário: V299		

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de motocicleta há 21 horas (colisão com asfalto). Veio trazido pelo SAMU em prancha e sem uso de cinto. Alcoolizado. A- Vias aeri, permeáveis, sem ceto; B- MMV+ em 1117 sem sopros, SpO2 95%; Expansibilidade +; C- AC BVE PA 25 sem sopros, pulso estável, Abdome mole, D- Glóbulos 15, plaquetas 150.000 e hematócrito 40%. E- Sem alterações visíveis. Paciente muito agitado, desorientado e sem outros ferimentos.

PA: 120/80 mmHg	Pulso: 85 bpm	FC: 120
Técnico: -		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

DATA: 31/11/18	Técnico: -
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	

ALTA: ☐ Melhorado ☐ Administrativa ☐ Retornar à Unid. Origem: 08 ABR 2019	
☐ Curado ☐ Por Indisciplina ☐ Transferência: -	
☐ Inalterado ☐ Por Evasão	
☐ A Pedido	
DATA SAÍDA: 1/12/18	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho Neto, 100 - Centro - Norte CEP: 64.002470
☐ Internação na Unidade	
Proced. Solicitado: 0408010150	
CID Compatível: 5920	Prof. Solicitante Internação: -

DESTINO:	
☐ Até 24 Hs ☐ Família	
☐ De 24 a 48 Hs ☐ IML	
☐ Após 48 Hs ☐ Anat. Patol.	

Maria Soraia Pimentel de Sousa
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11306

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

24.00 - FORTI 44R's OPTAM PC 18 Fato Logo

[Signature]

Ortopedia

Ortopedia do membro superior

Ortopedia
(Ortop)

com indicação de
Ortop.

prontuário para Ortop.

Prontuário para plano de

Ortop.

Ortop. Ortop.



Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11306

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2013
GENTE SEGURO 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

Imp: 01/12/2018 02:14:09

(ELIENE SILVA)

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

Nome: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA		Prontuário: 495708	
Mãe: MARIA DO SOCORRO PIMENTEL DE SOUSA		Pai: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE SOUSA	
End. Resid.: RUA AMAZONAS 1466 - VILA OPERARIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 24/06/1965	Idade: 53a5m7d	Sexo: Masculino	Fone: 86-32223-895
Responsável: MARIA SORAIA PIMENTEL DE SOUSA		CNS: 708001302229125	
Profissão: DESPACHANTE		Documento: RG: 839664 - SSP/PI	
G. Instrução: Médio Completo		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 696140	Data: 01/12/2018 02:18:37	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: <i>hcr</i>
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: <i>TC de guarda / pct agente S/ ltr. nunciado</i> <i>Requis TC com nunciado</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__	<i>de out. nunciado</i> <i>hcr</i>
<i>Jo. Carlos hcr</i> <i>ho nunciado</i>	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: <i>9C140</i>
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]**

08-ABR-2019

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

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

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: Hospital São Maria
CONTATO FEITO COM: _____
CONFIRMADO A VAGA: SIM ☒ NÃO ()

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Roberto Augusto Gomes
IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
ENDEREÇO: _____
RESPONSÁVEL: _____

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO () CIRÚRGICO ()

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):
Adm. Med. e Cirúrgico

EXAMES REALIZADOS:
Ex

DIAGNÓSTICO:
Adm. Med. e Cirúrgico

TRATAMENTO REALIZADO:
Ex

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:
Adm. de Adm.

DATA: 11/01/19

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 9381150 do médico



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	228053

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA	6 - Prontuário: 495708
7-CNS: 708001302229125	8-Nascimento: 24/06/1965
9-Sexo: Masculino	RG: 839664- SSPI-Exp:
11-Mãe: MARIA DO SOCORRO PIMENTEL DE SOUSA	12-Fone: 86-32223-895
13-Resp: MARIA SORAIA PIMENTEL DE SOUSA	14-Fone: 86-32223-895
15-Ender: RUA AMAZONAS 1466 - VILA OPERARIA - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior 0408010150	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA
21-Cod. Mudança Procd. 0308010019	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA
22-CID Prim: T111	26-Diagnóstico: Ferimento do membro superior, nível não especificado
38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 01/12/2018	40-No.Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, FOI AVALIADO, MEDICADO E TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
		181218 Marcondes Martins S. Moura Médico Autor - FMS - Teresina CNS 17025325120001
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

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

(AMPARO LEAL)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 155035
	AIH: 2218101872096

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	PRONTUÁRIO	SEXO
708001302229125	CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA	24/06/1965	495708	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA DO SOCORRO PIMENTEL DE SOUSA	MARIA SORAIA	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
	RUA AMAZONAS	1466		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
VILA OPERARIA		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	0308010019

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		CÓDIGO	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA		0408010150	
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		CÓDIGO	
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA		0308010019	
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR NIVEL NAO ESPECIFICADO	T111		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM CLAVICULA D. FOI AVALIADO, MEDICADO E TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE DE SAUDE.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	01/12/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA				
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO		
170263951200001		13/12/2018 16:02:42		





P1

228053

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

P1
6081551035

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

228053

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

6 - Prontuário: 495708

7-CNS: 708001302229125

8-Nascimento: 24/06/1965

9-Sexo: Masculino

RG: 839664 - SSP

10-Mãe: MARIA DO SOCORRO PIMENTEL DE SOUSA

12-Fone: 86-32223-895

11-Resp: MARIA SORAIA PIMENTEL DE SOUSA

14-Cor: Sem Informação

13-End: RUA AMAZONAS 1466 - VILA OPERARIA - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

fratura clavícula

21 - Condições que justificam a internação:

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

a xux

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da clavícula

24-CID Prim: S420

25-CID Sec:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408010150

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo SUS: 2

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF:

787.098.575-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

RICARDO SOARES VALENÇA

01/12/2018

CRM: 3786 - TEOT. 17305
Dr. Ricardo Valença
Ortopedia Traumatologia
- 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-CAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

08 ABR 2019

18/12/18

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Marcondes Martins S. Moura

GENTE SEGURO - FMS - Teresina

Rua Coelho de Resende, 1705 - 35120-001

CNPJ: 07.012.018/0001-11

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Marcondes Martins S. Moura

Usuário: (CAMILA NOBERTA)

Consulta Local: 09/12/18

Consulta SUS:

Impressão: 01/12/2018 09:03:11

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
HOSPITALAR

Nº LAUDO: 155035

AIH: 2218101872096

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

708001302229125

NOME DO PACIENTE

CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

NASCIMENTO SEXO

24/06/1965

M

PRONTUÁRIO

495708

DOCUMENTO

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARIA DO SOCORRO PIMENTEL DE SOUSA

RESPONSÁVEL

MARIA SORAIA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

1466

BAIRRO

VILA OPERÁRIA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

221100 TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FP - FRATURA DE CLAVICULA D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

CID 10
SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LEITO/CLÍNICA

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

CARÁTER

URGENCIA

DATA
SOLICITAÇÃO

01/12/2018

RICARDO SOARES VALENCA

CPF: 78709857591

CRM:

DATA ADMISSÃO

01/12/2018 02:18

DATA ALTA

02/12/2018 12:00

MOTIVO ALTA

TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

HENRIQUE ALMEIDA FILHO

CPF 05500931334 CRM

DATA ANALISE: 01/12/2018
10:24:53

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002471



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: Carlos Alberto Pimentel de Sousa Nº PRONT: 495709 Nº LAUDO: 228053

- () ALTA HOSPITALAR
() PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
() PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
() PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
() PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-
DOADOR MORTO
☒ TRANSFERÊNCIA
() EVASÃO
() ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: 02.12.18

ASSINATURA DO MÉDICO

Gilberto A. Brito
Diretor Geral do HUT
Prof.º Zenon Rocha

AUDITÓR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

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: 36 3218 5445

TERESINAZ-PI CEP: 64019-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 21768 - Em: (02/12/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Dt.Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
558053	495704	CARLOS ALBERTO FIMINTEL DE SOUSA	04/06/1965	POSTO 1	ADULTO - FCL	LEITO	INOCENTE - REYSE CAROLINE MORTIROS			
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:						
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	OPAL Tipo BRANDA, Visto Nutricionista Andréa Benício CRM/PI 1063									09.20 - Segunda Transferência
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG		1,00	Comprim	Oral	6/6h				02.18.24 de Para hospital particular
2	PARITIDINA 150MG		1,00	Comprim	Oral	12/12h				02.24 P.A. 120x80 infus

Dr. Reza L. Gomes M. L. M.
CRM/PI 1063

P. 89 Sep

12.00 - Transferido para
hospital particular

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



NOME: Carlos Pimentel de Sousa

PRONTUÁRIO: _____

IDADE: _____

ENFERMARIA/LEITO: Carneiro

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MINIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS

DATA: 02/02/18

HORA	SINAIS VITAIS					ENTRADAS		SAÍDAS	
	T	P	R	PA	SAT. O	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL
12									
18									
24									
06									

ESCALA DE BRADEN:

1. PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):
1 - Totalmente / 2 - Muito / 3 - Levemente / 4 - Nenhuma

2. UMIDADE (Molhado):
1 - Completamente / 2 - Muito / 3 - ocasionalmente / 4 - Raramente

3. ATIVIDADE:
1 - Acamado / 2 - Cadeira rodas / 3 - Andar ocasionalmente / 4 - Andar frequentemente

4. MOBILIDADE (Limitação):
1 - Totalmente / 2 - Muito / 3 - Levemente / 4 - Nenhuma

5. NUTRIÇÃO:
1 - Muito pobre / 2 - Inadequada / 3 - Adequada / 4 - Excelente

6. FRICÇÃO E CISCAMENTO:
1 - Problema / 2 - Problema potencial / 3 - Nenhum problema

TOTAL:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002.470
BAIXO RISCO
BR > 14

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002.470
BAIXO RISCO
BR > 14

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002.470
BAIXO RISCO
BR > 14

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:

1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0

2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0

3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO:
Mobilidade / Parede - 30 / Muletas / Bengala / Andador - 15 / Nenhum / Acamado / Ausílio Profissional / Saúde - 0

4. TERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20 / NÃO - 0

5. MARCHA:
Comprometida / cambaleante - 30 / Firme - 15 / Normal / Sem desequilíbrio, acamado, cadeira de rodas - 0

6. ESTADO MENTAL:
Suplementar / Capacidade / Equilíbrio / Limitação - 15 / Orientado / Capacidade / Limitação - 0

TOTAL:

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002.470
BAIXO RISCO
BR > 14

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002.470
BAIXO RISCO
BR > 14

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002.470
BAIXO RISCO
BR > 14

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso Glasgow:
2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação
() Paratetia () Plegia () Hemiparesia
() Déficit Motor
3. Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT
() Sem O₂ () Com O₂:
4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () J2T () Normocárdico
() Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:
5. Dieta: () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero
() Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()
6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso
() Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:
7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integra
() Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões/Bolhas
() Escoriações () LPPs
8. Hidratação: () JVP M2D () JVC () Outros:
9. Drenos: () Suctor () Torácico () DVE () Kher () Penrose () Outros:
10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal
() Reduzida () Hematuria () Outros:
11. Evacuações: () Presentes () Constipado dias () Diarréia
() Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:
12. Alergias () Não () Sim- Quais:

10h - Aguardando transferência para hospital particular.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002.470
BAIXO RISCO
BR > 14

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002.470
BAIXO RISCO
BR > 14

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002.470
BAIXO RISCO
BR > 14

NOME DO PACIENTE	PRONTUARIO	D. NASCIMENTO	CLINICA	ENF. ou APT.	LEITO
Carlos Augusto Pinheiro			POI	corredor	
DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE				
Doença Corb. m. p. b.	ORTOPEDIA				
DATA: 01/01/88 HORA: 13	OBSERVAÇÕES				
1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV	10h. Funcionado acesso venoso 20 periferico com flebo n: 20 em MSE - Laila Rosette Rocha da Silva 19:30 Recebe dor em MSD, 5ca. Elizabeth de M. Chaves Cavalcante				
Visto Nutricional Clyde Gonçalves CRM 7151	Téc. Enfermagem COREN-PI 627815 ENF. S. Almeida COREN: 79289				
Dr. Ricardo Valença Ortopedia - TEOR: 113011-3 CRM-PI 113011-3					
DEPARTAMENTO DPV CONTEUDO NAO 08 ABR, 1988 GENTE SEGURADORA Rua Coelho de Resende Centro - Norte CEP: 64					

MÉDICO/CRM:

Partners (Page 2)
Mod: 007

Mod: 007

1640

**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: **CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA** (Prontuário: 495708)
Endereço: RUA AMAZONAS 1466 - VILA OPERARIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 24/06/1965 Idade: 53a7m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696140
Requisição: 896930 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112563 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 01/12/2018

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 24/01/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA** (Prontuário: 495708)
Endereço: RUA AMAZONAS 1466 - VILA OPERARIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 24/06/1965 Idade: 53a5m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696140
Requisição: 896948 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112590 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/12/2018

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:

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

OBS.: ARTEFATOS DE MOVIMENTAÇÃO, PREJUDICANDO A ANÁLISE.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 01/12/2018

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

[Handwritten signature]
CONFERÊNCIA ORIGINAL





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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA** (Prontuário: 495708)
Endereço: RUA AMAZONAS 1466 - VILA OPERARIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 24/06/1965 Idade: 53a7m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 696140
Requisição: 896962 Solicitação: 01/12/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1112608 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIÁ: 0204040035

Data Exame: 01/12/2018

OMBRO DIREITO

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

- Fraturas no terço médio da clavícula direita e na borda lateral da escápula.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/01/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





2494099

FICHA DE ATENDIMENTO

Internação: 2494099	Dt. Internação: 02/12/18 11:59:27	Señor: Sala de Espera - HSM
Paciente: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA		Quarto: ESPERA 02
Nascimento: 24/06/65 53a 5m 8d	Sexo: []	Acomodação: []
Estado Civil: []	Fone Pac: 932223895	Diária: Apartamento privativo
Convênio: PLAMTA	Matrícula: 0821.4705	
R.G.C.N.: 839.664	CPF: 361.619.503-91	
Endereço: RUA AMAZONAS, 1466 MAFUÁ TERSINA PI		
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO PIMENTEL DE SOUSA	Nome do Pai: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE SOUSA	
Procedimento: []		
Responsável: []		Funcionário: HELORRANE
Endereço: []		CPF: []
Nascimento: 24/06/1965	Doc. Resp: []	
Fone Resp: []	Observações: []	
Médico Resp: Dra. MONIK FILISMINA COSTA MOURA (CRM 5489)		Tratamento: Médica

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, _____, representante legal do (a) paciente _____, estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) _____, CRM () nº _____, do meu, ou do paciente o qual sou responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

Declaro, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e procedimentos a que vou me submeter ou a que vai ser submetido o paciente do qual sou responsável, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Procedimentos:

1. _____
2. _____
3. _____

(Exemplos: Procedimentos invasivos e/ou cirurgia; Sedação anestésica ou acompanhamento do anestesista; Transfusão de sangue e hemocomponentes.)

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem exigir o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter-hospitalar se houver necessidade.

Ademais, ainda, informo estar ciente de que o Hospital não responde por qualquer objeto e/ou valores dos pacientes e acompanhantes, tendo em vista que todos os apartamentos possuem sua própria chave, sendo, pois, de sua inteira responsabilidade.

Assim sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro tornar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante _____, com documento de identidade nº _____.

Teresina, 2 de dezembro de 2018.

X. Carlos Alberto Pimentel de Sousa

Assinatura do paciente ou responsável legal
RG nº: _____

Declaro para os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento da autorização dos procedimentos hospitalares realizados no referido Hospital me foram prontamente devolvidos. Estou ciente que o Hospital não se responsabiliza por objetos pessoais esquecidos e/ou subtraídos nas dependências dos apartamentos e locais de acesso público.

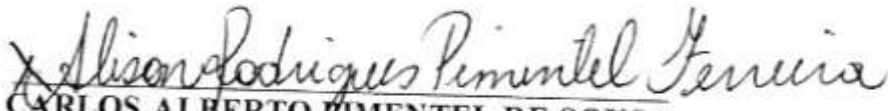
X. Alison Rodrigues P. Feneiro
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, **CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA**, Brasileiro, (estado civil não informado), (profissão não informada), CPF/MF nº 36161950391, residente e domiciliado na Rua RUA AMAZONAS, 1466, Bairro MAFUÁ, TERSINA - PI, por meio do presente instrumento particular, responsabilizo-me perante a **HOSPITAL SANTA MARIA LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 06.873.111/0001-99, sediada na Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 616, Centro, Teresina - PI, pelo pagamento de todas as despesas médicas e hospitalares que não forem autorizadas pelo meu plano de saúde, as quais sejam indicadas para o bom andamento do meu tratamento.

Teresina-PI, 2 de dezembro de 2018.


CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA
CPF/MF nº 36161950391



Paciente **CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA**Atendimento **2494099**Convênio **PLAMTA**Especialidade origem **Clínica Geral**Especialidade destino **Ortopedia / Traumatologia**

Motivo da Consulta

PCT TRANSFERIDO DO HUT PARA TTO CX DE FRATURA DE CLAVICULA DE OMBRO D (SEGUNDO RELATORIO DE ORTOPEDIA DO HUT). N/AO TROUXE EXAME. PCT FOI VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ONTEM. REFERE DOR EM OMBRO DIREITO.

DOR A MOBILIZAÇÃO DE OMBRO.
SOLICITADO RX TORAX

Data : 02/12/2018 12:27:41


Ana Kelles da Moura
CRM 7081

Paciente: **CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA**

Atendimento: **2494099**

Convênio: **PLAMTA**

Especialidade origem: **Clinica Geral**

Especialidade destino: **Ortopedia / Traumatologia**

Motivo da Consulta

PCT TRANSFERIDO DO HUT PARA TTO CX DE FRATURA DE CLAVICULA DE OMBRO D (SEGUNDO RELATORIO DE ORTOPEDIA DO HUT). N/AO TROUXE EXAME. PCT FOI VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ONTEM. REFERE DOR EM OMBRO DIREITO.

DOR A MOBILIZAÇÃO DE OMBRO.
SOLICITADO RX TORAX

Data: 02/12/2018 12:27:41

Alex Kalina de Moura
CRM 7081

Resposta parecer

FRATURA DESVIADA DO TERÇO MEDIO DA CLAVICULA DIREITA.
SOLICITO PROCEDIMENTO CIRURGICO
30717108 + 30732026

Dr. Miguel Angelo Reis Filho
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 4369 TEOT 14377

Data: 02/12/2018 17:25:52

Miguel
Dr. Miguel Angelo G. Reis Filho
CRM 4369



Paciente: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

Atendimento: 2494099

Convênio: PLAMTA

Especialidade origem: Ortopedia / Traumatologia

Especialidade destino: Cardiologia

Motivo da Consulta:

FRATURA DESVIADA DO TERÇO MEDIO DA CLAVICULA DIREITA.
SOLICITO RISCO CIRURGICO

Data: 02/12/2018 17:30:26

Dr. Miguel Angelo Reis Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 4369 TEOT 14377

Miguel
Dr. Miguel Angelo G. Reis Filho
CRM 4369

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

08 ABR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 CAJ 5254

MIGUEL Centro Norte CEP: 64.002470

Paciente: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

Atendimento: 2494099

Convênio: PLAMTA

Especialidade origem: Ortopedia / Traumatologia

Especialidade destino: Cardiologia

Motivo da Consulta:

FRATURA DESVIADA DO TERÇO MEDIO DA CLAVICULA DIREITA.
SOLICITO RISCO CIRURGICO

Data: 02/12/2018 17:30:26


Dr. Miguel Angelo G. Reis Filho
CRM 4369

Resposta parecer:

RISCO CIRURGICO

HOMEN, 53 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUI COM FRATURA EM CLAVICULA DIREITA; SERÁ SUBMETIDO A CORREÇÃO CIRURGICA. NEGA HAS, DM OU TABAGISMO. PA: 120X70mmHg FC: 73bpm FR: 15irm

AR: MV+, SEM RA

ACV: RCR,NF,EM2T,SS

ECG: RITMO SINUSAL

LABORATÓRIO: HB 15,7 Lc 7.272/2% Pt 155.100 Ur 27 Cr 0,8 COAGULOGRAMA NORMAL

>>>PACIENTE DE BAIXO RISCO PARA COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES. LIBERO PACIENTE PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO SOB CLASSE FUNCIONAL DE GOLDMAN I.

Data: 02/12/2018 18:50:07


Marcos Mendonça de Moraes Lima
CRM 5666

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



2494099

Paciente: **CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA**
 Nascimento: 24/06/1965 53a 5m 8d **Peso:**
 Data Entrada: 02/12/2018 11:59:27
 Médico Resp: **Dra. MONIK FILISMINA COSTA MOURA (CRM 5489)**
 Prescritor: **ANA KELINE DE MOURA (CRM 7081)**
 Setor: **Sala de Espera - HSM**
 CID: **M75.8 Outr lesões do ombro**
 Diretor Técnico Médico:

Atendimento: **2.494.099** Prontuário: **511.700**
 Convênio: **PLAMTA / APARTAMENTO**
 Liberação: **02/12/2018 12:25:24** Prescrição: **1975681**
 Data Prescr: **02/12/2018 12:21:00**
 Validade: **02/12/2018 13:00:00 / 03/12/2018 14:59:59**
 Leito/Quarto: **ESPERA 02, Paralela**

Dietas: Intervalo:

ZERO *Suzaneiente, diário, leve*

Medicamentos: Dose / Intervalo / Via

9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) 1 Ampola 3x ao dia IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
 Administrar 12 Mililitros (3x ao dia Intravenosa)

Observação:

Dramin B6 DL Inj. Ap (3/5mg-10ml) 1 Ampola ACM IV

Separar 10 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)
 Administrar 110 Mililitros (ACM Intravenosa) em 20 minutos

Observação:

12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) 1 Ampola ACM IV

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
 Administrar 12 Mililitros (ACM Intravenosa)

Observação:

Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL 1 Ampola ACM IV

Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)
 Administrar 100 Mililitros (ACM Intravenosa)

Observação:

Procedimentos/Serviços/Exames

Ord / Intervalo

Horários

Material

1 Creatinina	1 Vez	13	13	Soro
2 Hemograma	1 Vez	13	13	Sangue
3 Uréia	1 Vez	13	13	Soro
4 RX Tórax - 2 Incidências	1 Vez	13	13	
5 RX Articulação Escapuloumeral (Ombro)	1 Vez	13	13	
Lado: Direito				
6 HGT	Agora	13	25	

SUSPENSO

Nível Inicial	Nível	Insulina	Glicose IV	Sugestão
0	70	0	40	APLICAR 4 AP GLICOSE EV SOS SE GLICEMIA MENOR QUE 70 mg/dL
180	200	2	0	APLICAR 2 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 180-200 mg/dL
201	250	4	0	APLICAR 4 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 201-250 mg/dL
251	300	6	0	APLICAR 6 UI SC SOS SE GLICEMIA ENTRE 251-300 mg/dL
301	350	8	0	APLICAR 8 UI SC SOS SE GLICEMIA 301-350 mg/dL
350	>	10	0	APLICAR 10 UI SC SOS SE GLICEMIA > 350 mg/dL

ANA
 Ana Keline de Moura
 CRM 7081

Indicado para acomodação

Dra. Raíza Regina de Moura
 MÉDICA
 CRM-PI 6058

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 08 ABR. 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470



2494099

Paciente **CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA**
Nascimento 24/06/1965 53a 5m 8d **Peso**
Data Entrada 02/12/2018 11:59:27
Médico Resp **Dra. MONIK FILISMINA COSTA MOURA (CRM 5489)**
Prescritor **ANA KELINE DE MOURA (CRM 7081)**
Setor **Sala de Espera - HSM**
CID **M75.8 Outr lesões do ombro**
Diretor Técnico Médico:

Atendimento	2.494.099	Prontuário	511.700
Convênio	PLAMTA / APARTAMENTO		
Liberação	02/12/2018 12:28:31	Prescrição	1975690
Data Presc	02/12/2018 12:28:00		
Validade	02/12/2018 15:00:00 / 03/12/2018 14:59:59		
Leito/Quarto	ESPERA 02		

Procedimentos/Serviços/Exames
1 Ecg Convencional De Até 12 Derivações

Qtd e Intervalo
1 Vez 15


Ana Keline de Moura
CRM 7081





2494099

Paciente **CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA**
Nascimento 24/06/1965 53a 5m 8d **Peso**
Data Entrada 02/12/2018 11:59:27
Médico Resp **Dra. MONIK FILISMINA COSTA MOURA (CRM 5489)**
Prescritor **Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho**
Setor **Unidade Semi-intensiva INTERNAÇÃO -**
CID **M75.8 Outr lesões do ombro**

Atendimento **2.494.099** **Prontuário** **511.700**
Convênio **PLAMTA / APARTAMENTO**
Liberação **02/12/2018 17:29:36** **Prescrição** **1975954**
Data Prescr **02/12/2018 17:29:00**
Validade **02/12/2018 18:00:00 / 03/12/2018 14:59:59**
Leito/Quarto **LEITO 02**
INTERNADO

Diretor Técnico Médico:

Procedimentos/Serviços/Exames	Qtd / Intervalo	Horários	Material
1 Coagulograma	1 Vez	18	Sangue

Miguel
Dr. Miguel Angelo G. Reis Filho
CRM 4369

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

08 ABR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.00247-6



2494099

Paciente: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA
Nascimento: 24/06/1965 53a 5m 8d Peso:
Data Entrada: 02/12/2018 11:59:27
Médico Resp: Dra. MONIK FILISMINA COSTA MOURA (CRM 5489)
Prescritor: RAIZA RODRIGUES MOURÃO (CRM
Setor: Unidade Semi-intensiva INTERNAÇÃO -
CID: M75.8 Outr lesões do ombro

Atendimento: 2.494.099 Prontoário: 511.700
Convênio: PLAMTA / APARTAMENTO
Liberação: 02/12/2018 13:56:13 Prescrição: 1975770
Data Prescr: 02/12/2018 13:55:00
Validade: 02/12/2018 15:00:00 / 03/12/2018 14:59:59
Leito/Quarto: LEITO 02
INTERNADO

Diretor Técnico Médico:

Procedimentos/Serviços/Exames	Qtd./Intervalo	Horários	Material
1 RX Clavícula	1 Vez	15	

Dra. Raiza Rodrigues Moura
MEDICA
CRM-PI 6058

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002470



2494099

Paciente	CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA	Atendimento	2.494.099	Prontuário	511.700
Nascimento	24/06/1965 53a 5m 9d Peso	Convênio	PDAMTA / APARTAMENTO		
Data Entrada	02/12/2018 11:59:27	Liberção	03/12/2018 19:25:28	Prescrição	1979439
Médico Resp	Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM	Data Prescr.	03/12/2018 19:20:00		
Prescritor	Alisson Martins Granja Cavalcanti (CRM	Validade	03/12/2018 20:00:00 - 03/12/2018 14:59:59		
Sector	Posto Pássaros - HSM	Leito/Quarto	PARDAL		
CID	M75.8 Outr lesões do ombro				
Director Técnico Médico					

Dietas	Dose	Intervalo
LIVRE		

Medicamentos	D	Dose / Intervalo / Via
---------------------	----------	-------------------------------

1 Soro Fisiológico 0.9% Ecoflac Frsc (500 ml)	1 Frasco	8/8 h. IV
---	----------	-----------

Administrar 500 Mililitros (8/8 h. Intravenosa)
Observação

7 KEFAZOL 1G INJ.	1°	1 Frasco-ampola 8/8 h. IV
-------------------	----	---------------------------

Reconstituir cada Frasco-ampola em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 10 Mililitros (8/8 h. Intravenosa)
Observação

9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)	1 Ampola	8/8 h. IV
--	----------	-----------

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12 Mililitros (8/8 h. Intravenosa)
Observação

Zafiran Inj. Ap (8mg - 4 ml)	1 Ampola	ACM IV
------------------------------	----------	--------

Separar 4 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0.9% Miniflac Frsc (100 ml)
Administrar 104 Mililitros (ACM Intravenosa)
Observação

12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	1 Ampola	8/8 h. IV
--	----------	-----------

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12 Mililitros (8/8 h. Intravenosa)
Observação

Profend Iv Fr 100mg Inj.	1 Frasco-ampola	12/12 h (10-22) IV
--------------------------	-----------------	--------------------

Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0.9% Miniflac Frsc (100 ml)
Administrar 100 Mililitros (12/12 h (10-22) Intravenosa) em 20 minutos
Observação

Tramal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1 Ampola	8/8 h. IV
--------------------------------	----------	-----------

Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0.9% Miniflac Frsc (100 ml)
Administrar 100 Mililitros (8/8 h. Intravenosa)
Observação

13 Lexotan 3mg Cp.	1 Comprimido	1x Noite VO
--------------------	--------------	-------------

Observação

Procedimentos/Serviços/Exames

1 RX Clavícula

2 Curativo Pequeno Porte

Qtd / Intervalo

1 Vez

1x Manhã

Horários

20

10

Material

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

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

Dr. Alisson Martins Granja Cavalcanti
CRM 5843



2494099

Paciente **CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA**
Nascimento 24/06/1965 53a 5m 10d **Peso**
Data Entrada 02/12/2018 11:59:27
Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM)**
Prescritor **Alisson Martins Granja Cavalcanti (CRM)**
Setor **Posto Passaros - HSM**
CID **M75.8 Outr lesões do ombro**
Diretor Técnico Médico:

Atendimento **2.494.099** Prontuário **511.700**
Convênio **PLAMTA / APARTAMENTO**
Liberação **04/12/2018 10:27:44** Prescrição **1980846**
Data Prescr **04/12/2018 10:27:00**
Validade **04/12/2018 15:00:00 / 05/12/2018 14:59:59**
Leito/Quarto **PARDAL**

Dietas **LIVRE**

Medicamentos	Dose	Intervalo	Via	Observações
1 Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	1 Frasco	8/8 h.	IV	22 06 14
Administrar 500 Mililitros (8/8 h. Intravenosa)				
7 KEFAZOL 1G INJ.	2° 1 Frasco-ampola	8/8 h.	IV	22 06 14
Reconstituir cada Frasco-ampola em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL				
9 Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)	1 Ampola	8/8 h.	IV	22 06 14
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL				
Zofran Inj. Ap (8mg - 4 ml)	1 Ampola	ACM	IV	ACM
Separar 4 Mililitros do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)				
12 Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	1 Ampola	8/8 h.	IV	22 06 14
Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL				
Profenid Iv Fr 100mg Inj.	1 Frasco-ampola	12/12 h (10-22)	IV	22 06 14
Separar 1 Frasco-ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)				
Tremal 100 mg/2 mL Inj Ap-2 mL	1 Ampola	8/8 h.	IV	22 06 14
Separar 1 Ampola do medicamento em 100 Mililitros de Soro Fisiológico 0,9% Miniflac Frsc (100 ml)				
13 Lexotan 3mg Cp.	1 Comprimido	1x Noite	VO	20

Procedimentos/Serviços/Exames **Qtd / Intervalo** **Horários** **Material**

3 Curativo Pequeno Porte

1x Manhã

10

Dr. Alisson Martins Granja Cavalcanti
CRM 5843



Paciente: **CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA**
Data Nasc: 24/06/1965 53 Anos
Sexo: Masculino
Setor: Posto Pássaros - HSM

Atendimento: 2.494.099 Prontuário: 511.700
Dt. Entrada: 02/12/2018 11:59:27
Convênio: PLAMTA
Apartamentos: PARDAL
Leitos

Data Alta: 05/12/2018 10:58:32
Profissional: RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO
Motivo Alta: Alta médica
Setor:
Responsável Alta: ALISSON MARTINS GRANJA CAVALCANTI
Necropsia:
Causa da Morte:

Tipo Sumário: Alta

Resumo:

ORTOPEDIA

2º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS

AO EXAME

- NEUROMOTOR DISTAL SEM DÉFICITS
- PERFUSÃO DISTAL SEM DÉFICITS

RX: SATISFATÓRIA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS

CONDUTA

- ORIENTAÇÕES
- SINTOMÁTICOS
- RADIOGRAFIAS DE CONTROLE
- ATB PROFILAXIA
- ALTA HOSPITALAR + RETRNO AMBULATORIAL

[Handwritten signature]
ALISSON MARTINS GRANJA CAVALCANTI
CRM: 10.123.456 - R. 100 - 10000-000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

04/12/2018 - 05/12/2018

SANTA MARIA

Carlos Alberto Pimentel de Sousa
240001965 53 Anos 0965 Masculino
RUA AMAZONAS, 1465 MAPUA TERRA PI
PLANTA
Polo Passaro - HSM
Ponto Seguro

Prescrição: 1979439 | GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO | 04/12/2018 14:00:00 |

04/12/2018 20:00 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS
Administração medicamento: Lexotan 3mg Cp. | Dose: 1 Cp | Via: VO | Da prescrição: 1980846 |
PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS | 04/12/2018 20:00:00 |

04/12/2018 22:00 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS
Administração medicamento: Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml) | Dose: 1 Fr | Via: IV | Da
prescrição: 1980846 | PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS | 04/12/2018 22:00:00 |

04/12/2018 22:00 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS
Administração medicamento: Kefazol 1g Inj. | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição: 1980846 |
PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS | 04/12/2018 22:00:00 |

04/12/2018 22:00 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS
Administração medicamento: Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) | Dose: 1 amp | Via:
IV | Da prescrição: 1980846 | PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS | 04/12/2018 22:00:00 |

04/12/2018 22:00 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS
Administração medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 ml) | Dose: 1 amp | Via: IV |
Da prescrição: 1980846 | PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS | 04/12/2018 22:00:00 |

04/12/2018 22:00 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS
Administração medicamento: Profenid IV Fr 100mg Inj. | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição:
1980846 | PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS | 04/12/2018 22:00:00 |

04/12/2018 22:00 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS
Administração medicamento: Tramal 100 mg/2 ml Inj Ap-2 ml | Dose: 1 amp | Via: IV | Da
prescrição: 1980846 | PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS | 04/12/2018 22:00:00 |

05/12/2018 06:00 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES
Administração medicamento: Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml) | Dose: 1 Fr | Via: IV | Da
prescrição: 1980846 | JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES | 05/12/2018 06:00:00 |

WESLEYR

Impresso em: 05/12/2018 10:16:30

Desloca



Relatório Consolidado de ENFERMAGEM

04/12/2018 - 05/12/2018

SANTA MARIA

Carlos Alberto Pimentel de Sousa
240001965 53 Anos 0965 Masculino
RUA AMAZONAS, 1465 MAPUA TERRA PI
PLANTA
Polo Passaro - HSM
Ponto Seguro

Prescrição: 1979439 | GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO | 04/12/2018 10:00:00 |

04/12/2018 14:00 PATRICIA MARIA PEREIRA DOS SANTOS
Administração medicamento: Profenid IV Fr 100mg Inj. | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição:
1979439 | GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO | 04/12/2018 10:00:00 |

04/12/2018 14:00 ALINE CAROLINE CARVALHO SOUSA
Segue em 1º DPO de FRATURA DE CLAVICULA D, consciente, orientado, comunicativo, respirando
espontaneamente em ar ambiente mantendo bom padrão, dieta por VO com boa aceitação, mantém HVP
pérvia, ao exame: normotensa, normocárdica, normotérmica, eutrófica e sem queixas digestivas, diurese
espontânea e presente SIC Ag. Visão média. Permanece em repouso no leito sob cuidados da equipe de
Enfermagem. Realizado curativo em FO com aspecto limpo e seco. Material: 01 luva estéril, 02 pacotes de
gazes, 01 SF 0,9% 100ml, micropore pra fixação.

Ac. Enf. Drely Day.

04/12/2018 14:00 GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO
Administração medicamento: Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml) | Dose: 1 Fr | Via: IV | Da
prescrição: 1979439 | GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO | 04/12/2018 14:00:00 |

04/12/2018 14:00 GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO
Administração medicamento: Kefazol 1g Inj. | Dose: 1 FA | Via: IV | Da prescrição: 1979439 |
GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO | 04/12/2018 14:00:00 |

04/12/2018 14:00 GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO
Administração medicamento: Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) | Dose: 1 amp | Via:
IV | Da prescrição: 1979439 | GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO | 04/12/2018 14:00:00 |

04/12/2018 14:00 GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO
Administração medicamento: Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 ml) | Dose: 1 amp | Via: IV |
Da prescrição: 1979439 | GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO | 04/12/2018 14:00:00 |

04/12/2018 14:00 GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO
Administração medicamento: Tramal 100 mg/2 ml Inj Ap-2 ml | Dose: 1 amp | Via: IV | Da
prescrição: 1979439 | GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO | 04/12/2018 14:00:00 |

Impresso em: 05/12/2018 10:16:30

Desloca





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. João Tito, 1420 - Sadeão - Fone: 3611 1144
 TERESINA-PI CEP: 64000-000

LAUDO MEDICO

Paciente: CARLOS ALBERTO FIMMENTEL DE SOUSA (Frontizional: 485788)
Endereço: Rua Manoel Soares, Vila Operária, Teresina - PI CEP: 64000-010
Assinatura: 24/03/2019 Data Exatidão: Sem Alteração Diagn. Urgência: Não
Resumo: 030548 Solicitação: 04/12/2018 Ex. Parte: R-50 CARLOS DE SOUSA
Idade: 41 anos Sexo: M

RELATÓRIO:

Doc. 0000010019

T.C. DE CRANIO

TECNICA: Foram realizadas cortes uniaxiais de 5 e 10mm de espessura de base a convergência do crânio no plano canto-meio.

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM SUBSTÂNCIA DE ATENUAÇÃO DEBILITADA
- TORÇÃO DE COLUNA CERVICAL
- AUSÊNCIA DE COLUNA CERVICAL
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES
- AUSÊNCIA DE DISTORÇÕES PATOLÓGICAS

DEB. ARTERIAIS DE MOVIMENTAÇÃO PRECIS. CIRCUNSCRITAS

0000010019

TERESINA - PI 01/04/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS
 CRM 34730-0/PI - RADIOLÓGICO
 Registro em 2019, 21

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470



OS



Dr. Carlos Alberto Pimentel de Sousa, RG
Clínica Batista PEGGY PEREIRA R. Garibaldi Ferreira 630640 Tel. TRWELLINGTON

Dr. José Carlos Pimentel de Sousa
Data: 21/06/1966
Código: 18/07/30



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DR. JOSÉ CARLOS PIMENTEL DE SOUSA
CONTEÚDO N.º
GENTE SEGURA
Rua Coelho de Resende

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190265284 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA **Data do acidente:** 01/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO MÉDICA REFERINDO PÓS OPERATÓRIO PÁG. 23 36

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190265284 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA **Data do acidente:** 01/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO MÉDICA REFERINDO PÓS OPERATÓRIO PÁG. 23 36

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Carlos Alberto Pimentel de Sousa
 RG: 839.664 Órgão Emissor: SSP-PI CF: 361.619.503-91
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: despachante
 Endereço: R. Ercilândia Nº 2310
 Bairro: B. Urbano Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina - Piauí
 Telefone: (86) 98807-7870 (86) 98807-7870 ()

OUTORGADO:

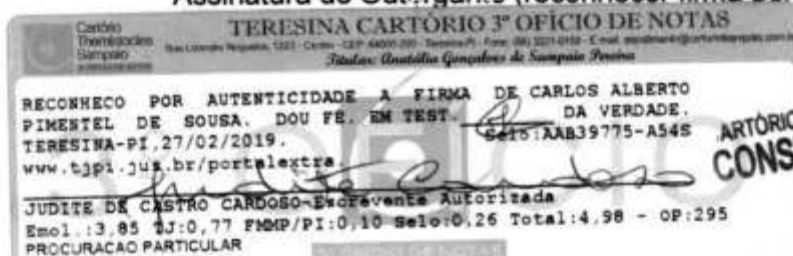
Nome: Keylly Moura de Oliveira
 RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI CF: 839.502.303-00
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de Seguros
 Endereço: Rua: Vinte e quatro de Janeiro Nº 554
 Bairro: Centro Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina - Piauí
 Telefone: (86) 9.9472-9591 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Carlos Alberto Pimentel de Sousa
 CPF: 361.619.503-91 Data do Acidente: 01/12/2018
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina - Piauí 27/02/2019
 Local e data

Carlos Alberto Pimentel de Sousa
 Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTE O SELO DIGITAL

CARTÓRIO TERNOS/NOTAS SAMPAIO
 3º Ofício de Notas
 Jui de Castro Cardoso
 Escrevente Comprovisada
 Teresina - PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0801401

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

NATURALIDADE BARÃO DE GRAJAU-MA

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 39751 V 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI 839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

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



POLEGAR DIREITO



Carlos Alberto Pimentel de Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 839.664

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/06/65

NOME CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA DO SOCORRO PIMENTEL DE SOUSA
ANTONIO JOSE RODRIGUES DE SOUSA

NATURALIDADE TERESINA-PI

DOC. ORIGIN. CERT. NASC. 1909 L 118 F 26V

EXP. TERESINA-PI 24/06/65

CPF 361.619.503-91

TERESINA-PI

ASSINATURA DO TITULAR *Carlos Alberto Pimentel de Sousa*

LEI Nº 7.118 DE 20/06/63 - DECRETO Nº 89.250/63

MINISTÉRIO DA PAZ
Secretaria de Registro Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

Data de Nascimento 24/06/65

Data de Inscrição

361619503-91



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emite em : 17/04/65

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

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