

Controle de d... x Audiências x Upload x PJ Acesso 1º Grau x Consulta proc... x 0815678-51.20 x Download file x WhatsApp x + -

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=257478&ica=0c4ce850ef7af5a5819fb0f949514...

PJ ProceComCiv 0815678-51.2019.8.18.0140
CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCI...

11208016 - CONTESTAÇÃO (2739405 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/08/2020 12:21:24

07 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11208010 - CONTESTAÇÃO
 - 11208016 - CONTESTAÇÃO (2739405 CONTESTACAO 01)
 - 11208021 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11208022 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11208023 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 9

2739405- C3/ 2020-02781/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Ativar o Windows
Acesse as configurações do computador para ativar o Windows.

prot+proc adm.pdf pa2.pdf prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf

12:23 07/08/2020



Número: **0815678-51.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **15/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11208021	07/08/2020 12:21	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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 COAF**².

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 Kylyllemauro de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Alberto Pinheiro de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 361.619.503-91 do sinistro de DPVAT cobertura Fuatalidade da Vítima Carlos Alberto de Souza, 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

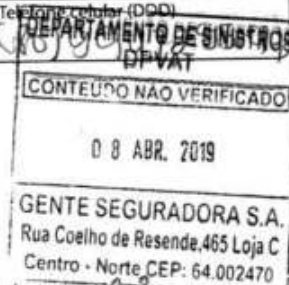
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua: Vinte 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)

Tho, pi. 05 de 04 de 19
Local e Data

Kylyllemauro de Oliveira
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 Parnaíba, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Napoleão Azevedo, Parque Poti, nº 5800,
 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: DLY-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
 Rua: Lúcio de Albuquerque, 1229 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina/PI - Fone: (86) 3221-0100 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
 Titular: Alessandra Gonçalves de Sampaio Pereira
 RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LINDONGILSON ILÁRIO DE CARVALHO, DOU FE. EM TEST. _____ DA VERDADE.
 TERESINA-PI, 18/02/2019. Selo: AAB11632-X398
 www.tjpi.jus.br/portalextra
 ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO
 Eml: 13.85 TJ:0,77 FPM/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:538
 DECLARAÇÃO

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTE O SELO
 DIGITAL

CARTÓRIO THEMÍSTOCLES SAMPAIO
 3º Ofício de Notas
 Alessandro Alves de Sousa
 Escrevente 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
TERESINA**

CNPJ 27157474000106 - L. 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Pôrto - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 228 2000 - 115 / (86) 98124-3199

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

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	LIDO	FATURADO
MÊS / ANO TIPO		
02/2019 L.140	03	10
01/2019 L.140	03	10
12/2018 L.140	01	10
11/2018 L.140	01	10
10/2018 L.140	01	10
09/2018 L.140	01	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

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

CONSUMO MÊS M3 10
VALOR M3 10,00
VALOR M3 10,00
VALOR M3 10,00

TABELA DE TARIFA
RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)
0 10 2.8450 65
10 25 5.2000 65
25 50 9.1500 65

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	REF.	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

VALOR REFERENTE 13/03/2019 46,94

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
Nossos arquivos acusa(m) 4. DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
DO TÍFIO À TÍFIO 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





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 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	005	01/10/2019	2878	6:41	1:48
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
	2:19	2:12			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	R - Gabriel Ferreira	V. L. Operaria	Teresina - PI		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	Grupos Católicos e Populares Pererecos	Carlos Alberto Pinheiro de Sousa	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	53	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	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	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	Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - À voz 3 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 6 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma 6 - Obedece a comandos 7 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum Pulso 78 Resp. 18 PA 120/80 TAX. 98				
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Radial 2 - Central 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Leve Moderada Intensa	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Sim 2 - Não Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	HUT	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	
Observações Interdisciplinares	Paciente vítima de colisão motor/automóvel, forte dor abdominal, sangramento, dispareunia, supressão em osso pélvico. Paciente possui colostomia (ostomia) e apresenta hemorragia retal. Paciente em estado de choque. Não removido.				
	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DIAT (CONTÉUDO NÃO VERIFICADO) 08 ABR. 2019				

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
CNPJ nº 06.902.470

027.11.2011



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1108570-3

Nº da Nota Fiscal
011496885

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.201.383-5
Trib. Piauí: 1.701, de 1999 (Eletrobras) - SANE-PI
Regime Especial de Impostos Estabelecido pela SEFAZ/PA/08

0,00 (Zero) e Sete Centavos de Real - TUIT (Unidade
para Lei nº 10.438, de 25 de abril de 2003)

CONTA MES	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	DATA	DATAS DA LEITURA
FCAM	2416	23/09/2018
Anterior	1,000	23/08/2018
Consumo Multiplicado	0	25/10/2018
Consumo Medido	30	Próxima Leitura: 21/09/2018
Consumo Faturado	30	Emissão: 25/09/2018
		Aprovação: 33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Residência	Código	Modo de Pagamento
RESIDENCIAL	MONO	A963671	1.1.1.1 0

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
AGO/18 0	CONSUMO	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:		
0,00		0,00

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 reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no cadastro de inadimplentes, ainda existirem contas vencidas e não reavaliadas no valor de R\$ 1,49,00 (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
Energia	9,84
Transmissão	1,54
Entregas	1,56
Distribuição	1,04
	Base de Cálculo:
	Alíquota ICMS
	Valor do ICMS
	Valor do PIS
	Valor do COFINS
	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

SEU CÓDIGO

07/2018

TOTAL A PAGAR



1108570-3

19,17

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2018

01/10/2018

Nº da Nota Fiscal

011496885 FCAM

836000000000 7 19170017000 1 000000001108 0 57030918008 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

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, RENAVAM 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 361.619.503-91 Nome completo da vítima: 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: Carlos Alberto Rimentel de Sousa CPF: 361.619.503-91
Profissão: despachante R. Coronado Número: 2320 Complemento:
Bairro: B. Urbano Cidade: Aracaju Estado: Sergipe CEP:
E-mail: _____ Tel. (DDD): (86) 994729591

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\$2.000,00 ☐ 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: 3506 8 CONTA: 31920 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões ou condições 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 REGISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019

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: _____ Vitima deixou comp. (pai/mãe): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou comp. (pai/mãe), informar o nome completo: _____
Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vitima 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 emissão 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: Aracaju 05/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTE LUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escrever 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.

01 V001/2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 361.619.503/91 Nome completo da vítima: 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: Carlos Alberto Rimentel de Sousa CPF: 361.619.503/91
Profissão: despachante R. Corporal Número: 3320 Complemento:
Bairro: B. Urbano Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP:
E-mail: _____ Tel (DDD): (86) 994729991

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)
AGÊNCIA: 8506 8 CONTA: 31920 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 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 REGISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
CENTRO SEGURADORA S.A.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou comp. (pai/mãe): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou comp. (pai/mãe), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: TERESINA 05/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTE LUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



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





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, 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





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, 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

Carta nº 14172078



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

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	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência			15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
Dados do Paciente	14 Nome	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
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	23 Glasgow = 13
	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento
Acidente de Transporte	29 Escala de Dor de 0 a 10	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada
	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinares	36 Responsável pela recepção	37 Socorristas	38 Médico



NOME DO PACIENTE: Carlos Alberto Pimentel de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 495708

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

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".





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3216 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTO

SUS SUS

Imp: 01/12/2018 02:18:37

(User: ELIENE SILVA)
(Estação: RECEPCAO)

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		
Nascimento:	24/06/1965	Idade:	53a5m7d
Responsável:	MARIA SORAIA PIMENTEL DE SOUSA	Sexo:	Masculino
Profissão:	DESPACHANTE	Fone:	86-32223-895
G. Instrução:	Médio Completo	CNS:	708001302229125
End. Local.:		CPF:	RG: 839664 - SSB: 10000000000000000000
		E. Civil:	Solteiro(a)

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)				
Acid. Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Tipico:	Não
				CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de motocicleta há 21 horas (colisão com asfalto). Vem sendo tratado com curativos e sem uso de cateter. A - Vias aéreas permeáveis, sem cateter; B - MMV+ em 11/17 sem sopros, SpO2 95%; Expansibilidade +; C - AC BVE PM 25 sem sopros, pulmão estável; Abdome mole, D - Glândulas, Pupila isocórica, e febre; E - Sem alterações visuais. Paciente muito agitado, hidratado e sem outros problemas.

RAIO-X REALIZADO

bpm Temp.:
DATA 31/11/18

Técnico:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

DATA 31/11/18

Técnico:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Azevedo 443 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

ALTA:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ Melhorado | ☐ Administrativa |
| ☐ Curado | ☐ Por Indisciplina |
| ☐ Inalterado | ☐ Por Evasão |
| ☐ A Pedido | |

() Retornar à Unid. Origem:

() Transferência:

DATA SAÍDA:

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

ÓBITO:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Até 24 Hs | ☐ Família |
| ☐ De 24 a 48 Hs | ☐ IML |
| ☐ Após 48 Hs | ☐ Anat. Patol. |

DESTINO:

Maria Soraia Pimentel de Sousa

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

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE



24.00 - Fortificação ORTOM POE IR FORT COLO

[Handwritten signature]

Ortopedia

Ortopedia do membro superior

*Ortopedia
(Ortop)*

*Ortopedia do
membro superior.*

Ortopedia do membro superior

Ortopedia do membro superior

Ortop.

Ortopedia do membro superior



Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT/11205

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
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 07:14:09

(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 - SSPI	
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>ker</i>
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: <i>TC de quimioterapia / pct ag. holo S/ hts mensais Requis TC com mensais</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__	<i>ou sem neither</i>
<i>hms</i>	
<i>Dr Carlos Alberto</i>	
<i>ho nome</i>	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: <i>90140</i>
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

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





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

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

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Ednan Soares Coutinho
IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
ENDEREÇO: _____
RESPONSÁVEL: _____

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO ☐

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Adm. ortopédica e
traumática

EXAMES REALIZADOS:

RA

DIAGNÓSTICO:

Adm. ortopédica traumática

TRATAMENTO REALIZADO:

fixação

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Adm. de Adm.

DATA: 08/04/2019

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 97515/GO 11309

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





**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-Endere: 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

13-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 LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA
27-CID Prim: 26-Diagnóstico: T111 Ferimento do membro superior, nível não especificado	29-CID Sec.1 29-CID T.Aux.1

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: 18218 Marcondes Martins S. Moura Médico Autor - FMS - Teresina 5828856-1260 - CNS 17026305120001 Ass. Carimbo (Rg.Conselho)



(AMPARO LEAL)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 155835 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 SAU DE.

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		ORGAO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO	
170263951200001			13/12/2018 16:02:42	





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) **228053**

Handwritten: 0308155 035

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

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:

Handwritten: fratura clavícula

21 - Condições que justificam a internação:

Handwritten: fratura clavícula

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

Handwritten: fratura clavícula

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da clavícula

24-CID Prim: **S420**

25-CID Sec:

26-CID Terc:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408010150	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	Tempo: 90s
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 01/12/2018	

CRM: 3786 - CRM: 3786 - CRM: 3786

Dr. Ricardo Valença

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:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS		
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado	DPVAT		
	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 08 ABR 2019
48-Docum.: () CNS () CPF	49-Num. Documento: 181218
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52-Data de Emissão: 01/12/2018 09:03:11

Handwritten: Carlos Alberto Pimentel de Sousa

Usuário: (CAMILA NOBERTA)

Consulta Local: 696140

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 URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA 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

FRATURA DE CLAVÍCULA D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

01/12/2018

RICARDO SOARES VALENÇA

CPF: 78709857591

CRM:

DATA ADMISSÃO

01/12/2018 02:18

DATA ALTA

02/12/2018 12:00

MOTIVO ALTA

TRANSFERÊNCIA 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))

HENRIQUE ALMEIDA FILHO

CPF 05500931334 CRM

DATA ANÁLISE: 01/12/2018

10:24:53

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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



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: 208053

- () 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

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

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

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



Rua Ulisses, 1920, Bairro Redenção,
Teresina-PI, CEP: 64017-778.
FONE: 31 319 0000/0019



86 3218-5199



diretoria@huta.com



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESIA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.927/0002-02

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

Interação:		Prontuário:		Paciente:		Dt.Nasc:		Clínica:		Enfermaria:		Leito:		Médico Assistente:							
55013		145704		CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA		04/06/1965		POSTO 1		AMEZON - 101		LEITO		IMCURETO - REYSE CAROLINE MORTIROS							
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:																			
Hora:																					
Seq.:		Descrição-Apresentação/Observação:				Dose:		Unid.:		Via:		Int.:		Recons:		Dil. Vol.:		Horários:		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
Dieta		OBAL Tipo BRANDA, Visto Nutricionista Andreá Sena de COUTINHO																		09.20 - Aguarda transferência	
1		DIPIRONA SÓDICA 500MG				1,00		Comprim		Oral		6/6h								12.18.24 de Rua Hospital particular	
2		RANITIDINA 150MG				1,00		Comprim		Oral		12/12h								09.24 - P.A. 120x80 mmHg	

Dr. Jorge Coutinho M. LOPES
CRM: 12.229-1

P. 89 Jop

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 Frontel de Souza PRONTUÁRIO: _____ IDADE: _____ ENFERMARIA/LEITO: Camêdon

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 02/02/18

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 ABR 2019

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

ESCALA DE BRADEN:

PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1. Totalmente / 2. Muito / 3. Levemente / 4. Nenhuma	ALTO RISCO AR: <12
UNIDADE (Módulo): 1. Completamente / 2. Muito / 3. Parcialmente / 4. Paralelamente	
ATIVIDADE: 1. Acamado / 2. Cadência rotas / 3. Andar / 4. Sentado / 5. Sentado / 6. Sentado / 7. Sentado / 8. Sentado / 9. Sentado / 10. Sentado / 11. Sentado / 12. Sentado / 13. Sentado / 14. Sentado / 15. Sentado / 16. Sentado / 17. Sentado / 18. Sentado / 19. Sentado / 20. Sentado / 21. Sentado / 22. Sentado / 23. Sentado / 24. Sentado / 25. Sentado / 26. Sentado / 27. Sentado / 28. Sentado / 29. Sentado / 30. Sentado / 31. Sentado / 32. Sentado / 33. Sentado / 34. Sentado / 35. Sentado / 36. Sentado / 37. Sentado / 38. Sentado / 39. Sentado / 40. Sentado / 41. Sentado / 42. Sentado / 43. Sentado / 44. Sentado / 45. Sentado / 46. Sentado / 47. Sentado / 48. Sentado / 49. Sentado / 50. Sentado / 51. Sentado / 52. Sentado / 53. Sentado / 54. Sentado / 55. Sentado / 56. Sentado / 57. Sentado / 58. Sentado / 59. Sentado / 60. Sentado / 61. Sentado / 62. Sentado / 63. Sentado / 64. Sentado / 65. Sentado / 66. Sentado / 67. Sentado / 68. Sentado / 69. Sentado / 70. Sentado / 71. Sentado / 72. Sentado / 73. Sentado / 74. Sentado / 75. Sentado / 76. Sentado / 77. Sentado / 78. Sentado / 79. Sentado / 80. Sentado / 81. Sentado / 82. Sentado / 83. Sentado / 84. Sentado / 85. Sentado / 86. Sentado / 87. Sentado / 88. Sentado / 89. Sentado / 90. Sentado / 91. Sentado / 92. Sentado / 93. Sentado / 94. Sentado / 95. Sentado / 96. Sentado / 97. Sentado / 98. Sentado / 99. Sentado / 100. Sentado	
MOBILIDADE (Limitação): 1. Totalmente / 2. Muito / 3. Levemente / 4. Nenhuma	
NUTRIÇÃO: 1. Muito pobre / 2. Inadequada / 3. Adequada / 4. Excelente	
PROTEÇÃO E CIRCULAMENTO: 1. Problema / 2. Problema / 3. Nenhum / 4. Nenhum	
TOTAL:	

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:

1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0	PONTOS: 25	CONTROLE: SEM RISCO SR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0	15	BAIXO RISCO BR: 25-50
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: 1. Mobilidade / 2. Mobilidade / 3. Mobilidade / 4. Mobilidade / 5. Mobilidade / 6. Mobilidade / 7. Mobilidade / 8. Mobilidade / 9. Mobilidade / 10. Mobilidade / 11. Mobilidade / 12. Mobilidade / 13. Mobilidade / 14. Mobilidade / 15. Mobilidade / 16. Mobilidade / 17. Mobilidade / 18. Mobilidade / 19. Mobilidade / 20. Mobilidade / 21. Mobilidade / 22. Mobilidade / 23. Mobilidade / 24. Mobilidade / 25. Mobilidade / 26. Mobilidade / 27. Mobilidade / 28. Mobilidade / 29. Mobilidade / 30. Mobilidade / 31. Mobilidade / 32. Mobilidade / 33. Mobilidade / 34. Mobilidade / 35. Mobilidade / 36. Mobilidade / 37. Mobilidade / 38. Mobilidade / 39. Mobilidade / 40. Mobilidade / 41. Mobilidade / 42. Mobilidade / 43. Mobilidade / 44. Mobilidade / 45. Mobilidade / 46. Mobilidade / 47. Mobilidade / 48. Mobilidade / 49. Mobilidade / 50. Mobilidade / 51. Mobilidade / 52. Mobilidade / 53. Mobilidade / 54. Mobilidade / 55. Mobilidade / 56. Mobilidade / 57. Mobilidade / 58. Mobilidade / 59. Mobilidade / 60. Mobilidade / 61. Mobilidade / 62. Mobilidade / 63. Mobilidade / 64. Mobilidade / 65. Mobilidade / 66. Mobilidade / 67. Mobilidade / 68. Mobilidade / 69. Mobilidade / 70. Mobilidade / 71. Mobilidade / 72. Mobilidade / 73. Mobilidade / 74. Mobilidade / 75. Mobilidade / 76. Mobilidade / 77. Mobilidade / 78. Mobilidade / 79. Mobilidade / 80. Mobilidade / 81. Mobilidade / 82. Mobilidade / 83. Mobilidade / 84. Mobilidade / 85. Mobilidade / 86. Mobilidade / 87. Mobilidade / 88. Mobilidade / 89. Mobilidade / 90. Mobilidade / 91. Mobilidade / 92. Mobilidade / 93. Mobilidade / 94. Mobilidade / 95. Mobilidade / 96. Mobilidade / 97. Mobilidade / 98. Mobilidade / 99. Mobilidade / 100. Mobilidade	20	ALTO RISCO AR: > 51
4. TERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20 / NÃO - 0	0	CLASSIFICAÇÃO: AR
5. MARCA: 1. Comprometida / 2. Comprometida / 3. Comprometida / 4. Comprometida / 5. Comprometida / 6. Comprometida / 7. Comprometida / 8. Comprometida / 9. Comprometida / 10. Comprometida / 11. Comprometida / 12. Comprometida / 13. Comprometida / 14. Comprometida / 15. Comprometida / 16. Comprometida / 17. Comprometida / 18. Comprometida / 19. Comprometida / 20. Comprometida / 21. Comprometida / 22. Comprometida / 23. Comprometida / 24. Comprometida / 25. Comprometida / 26. Comprometida / 27. Comprometida / 28. Comprometida / 29. Comprometida / 30. Comprometida / 31. Comprometida / 32. Comprometida / 33. Comprometida / 34. Comprometida / 35. Comprometida / 36. Comprometida / 37. Comprometida / 38. Comprometida / 39. Comprometida / 40. Comprometida / 41. Comprometida / 42. Comprometida / 43. Comprometida / 44. Comprometida / 45. Comprometida / 46. Comprometida / 47. Comprometida / 48. Comprometida / 49. Comprometida / 50. Comprometida / 51. Comprometida / 52. Comprometida / 53. Comprometida / 54. Comprometida / 55. Comprometida / 56. Comprometida / 57. Comprometida / 58. Comprometida / 59. Comprometida / 60. Comprometida / 61. Comprometida / 62. Comprometida / 63. Comprometida / 64. Comprometida / 65. Comprometida / 66. Comprometida / 67. Comprometida / 68. Comprometida / 69. Comprometida / 70. Comprometida / 71. Comprometida / 72. Comprometida / 73. Comprometida / 74. Comprometida / 75. Comprometida / 76. Comprometida / 77. Comprometida / 78. Comprometida / 79. Comprometida / 80. Comprometida / 81. Comprometida / 82. Comprometida / 83. Comprometida / 84. Comprometida / 85. Comprometida / 86. Comprometida / 87. Comprometida / 88. Comprometida / 89. Comprometida / 90. Comprometida / 91. Comprometida / 92. Comprometida / 93. Comprometida / 94. Comprometida / 95. Comprometida / 96. Comprometida / 97. Comprometida / 98. Comprometida / 99. Comprometida / 100. Comprometida	60	
6. ESTADO MENTAL: 1. Superintenciente / 2. Superintenciente / 3. Superintenciente / 4. Superintenciente / 5. Superintenciente / 6. Superintenciente / 7. Superintenciente / 8. Superintenciente / 9. Superintenciente / 10. Superintenciente / 11. Superintenciente / 12. Superintenciente / 13. Superintenciente / 14. Superintenciente / 15. Superintenciente / 16. Superintenciente / 17. Superintenciente / 18. Superintenciente / 19. Superintenciente / 20. Superintenciente / 21. Superintenciente / 22. Superintenciente / 23. Superintenciente / 24. Superintenciente / 25. Superintenciente / 26. Superintenciente / 27. Superintenciente / 28. Superintenciente / 29. Superintenciente / 30. Superintenciente / 31. Superintenciente / 32. Superintenciente / 33. Superintenciente / 34. Superintenciente / 35. Superintenciente / 36. Superintenciente / 37. Superintenciente / 38. Superintenciente / 39. Superintenciente / 40. Superintenciente / 41. Superintenciente / 42. Superintenciente / 43. Superintenciente / 44. Superintenciente / 45. Superintenciente / 46. Superintenciente / 47. Superintenciente / 48. Superintenciente / 49. Superintenciente / 50. Superintenciente / 51. Superintenciente / 52. Superintenciente / 53. Superintenciente / 54. Superintenciente / 55. Superintenciente / 56. Superintenciente / 57. Superintenciente / 58. Superintenciente / 59. Superintenciente / 60. Superintenciente / 61. Superintenciente / 62. Superintenciente / 63. Superintenciente / 64. Superintenciente / 65. Superintenciente / 66. Superintenciente / 67. Superintenciente / 68. Superintenciente / 69. Superintenciente / 70. Superintenciente / 71. Superintenciente / 72. Superintenciente / 73. Superintenciente / 74. Superintenciente / 75. Superintenciente / 76. Superintenciente / 77. Superintenciente / 78. Superintenciente / 79. Superintenciente / 80. Superintenciente / 81. Superintenciente / 82. Superintenciente / 83. Superintenciente / 84. Superintenciente / 85. Superintenciente / 86. Superintenciente / 87. Superintenciente / 88. Superintenciente / 89. Superintenciente / 90. Superintenciente / 91. Superintenciente / 92. Superintenciente / 93. Superintenciente / 94. Superintenciente / 95. Superintenciente / 96. Superintenciente / 97. Superintenciente / 98. Superintenciente / 99. Superintenciente / 100. Superintenciente		

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso Glasgow: _____

2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Paratelia () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor

3. Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () Sem O₂ () Como: _____

4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () 2T () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros: _____

5. Dieta: () VO () 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: () AVP () AVC () Outros: _____

9. Drenos: () Suctor () Torácico () DVE () Kher () Penrose () Outros: _____

10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros: _____

11. Evacuações: () Presentes () Constipado dias () Diarréia () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros: _____

12. Alergias () Não () Sim-Quais: _____

10h - Aguardando transferência para hospital particular

NOME DO PACIENTE <i>Carlos Henrique Pinheiro</i>	PRONTUÁRIO <i>HPM</i>	D. NASCIMENTO	CLÍNICA <i>PO1</i>	ENR. ou APT. <i>corridor</i>	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
DATA: <i>07/08/2020</i>	HORÁRIO		<i>ORTOPEDIA</i>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA <i>1 - Dieta geral</i> <i>2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h</i> <i>3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h</i> <i>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h</i> <i>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</i> <i>6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h</i> <i>7 - CCGG + SSVV</i>		<i>10h. Funcionado acesso veno</i> <i>20 perfuro com furo n° 20</i> <i>em MSE - Têtila Positiva Resultado Sítio</i> <i>Téc. Enfermagem</i> <i>COREN-PI 627815</i> <i>19:30 Recebe dor em MSD.</i> <i>5ca Extrato de M. Chamaes Canabim</i> <i>ENF. Edilene</i> <i>COREN: 79289</i>			
		<i>Santa Hemofilia Hospital</i>			
		<i>Parturida / Plano de</i>			

MÉDICO/CRM:

Dr. Ricardo Volpato
Otorrinolaringologista
TEC: 11398

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: 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: 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





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: 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





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. SIA: 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 12:21:24

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080712212299100000010620640>

Número do documento: 20080712212299100000010620640

SANTA MARIA

HOSPITAL SANTA MARIA LTDA

FICHA DE ATENDIMENTO



2494099

Internação: 2494099 Dt. Internação: 02/12/18 11:59:27
Paciente: CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA
Nascimento: 24/06/65 53a 5m 8d Sexo: ☐ M ☐ F
Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorçado
Convênio: PLAMTA Fone Pac: 932223895
R.G.C.N.: 839.664 Matrícula: 0821.4705
Endereço: RUA AMAZONAS, 1466 MAFUÁ TERSINA PI CPF: 361.619.503-91
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO PIMENTEL DE SOUSA Nome do Pai: ANTONIO JOSE RODRIGUES DE SOUSA
Procedimento:

Responsável: ☐ Paciente ☐ Responsável
Endereço: ☐ Paciente ☐ Responsável
Nascimento: 24/06/1965 Doc. Resp: ☐ Paciente ☐ Responsável
Fone Resp: ☐ Paciente ☐ Responsável
Médico Resp: Dra. MONIK FILISMINA COSTA MOURA (CRM 5489) Observações: ☐ Paciente ☐ Responsável
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) responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença. CRM () nº do meu, ou do paciente o qual sou

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 levar 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.

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.

Alison Rodrigues P. Feneiro
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Impressão em: 02/12/2018 12:00:53

Página 1

HELORRANE

CATE893



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 12:21:24

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080712212299100000010620640>

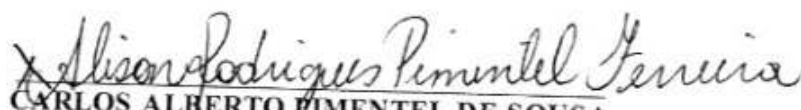
Número do documento: 20080712212299100000010620640

Num. 11208021 - Pág. 31

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 MAFUA, 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

A
Ana Kelina 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

A
Ana Kelina 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



HOSPITAL SANTA MARIA LTDA
Parecer médico

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 F. 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

Miguel
Dr. Miguel Augusto 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

[Assinatura]
Visto em 02/12/2018
CRM 5666

[Assinatura]
Marcos Mendonça de Moraes Lima
CRM 5666





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**

Dieta: **ZERO**
Suaveiente, diário, livre

Medicamentos: **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	12:25	

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 KELINE DE MOURA
CRM 7081

Assinado para acomodação

Dra. Raiza Regina de Moura
MÉDICA
 CRM-PI 6058





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

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	Materiais
1 Coagulograma	1 Vez	18	Sangue

Miguel
Dr. Miguel Angelo G. Reis Filho
CRM 4369

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.00247-0





2494099

Paciente	CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA	Atendimento	2.494.099	Prontuário	511.700
Nascimento	24/06/1965 53a 5m 8d	Convenio	PLAMTA / APARTAMENTO		
Data Entrada	02/12/2018 11:59:27	Liberacao	02/12/2018 13:56:13	Prescrição	1975770
Médico Resp	Dra. MONIK FILISMINA COSTA MOURA (CRM 5489)	Data Prescr	02/12/2018 13:55:00		
Prescritor	RAIZA RODRIGUES MOURÃO (CRM	Validade	02/12/2018 15:00:00 / 03/12/2018 14:59:59		
Setor	Unidade Semi-intensiva INTERNAÇÃO -	Leito/Quarto	LEITO 02		
CID	M75.8 Outr lesões do ombro		INTERNADO		

Diretor Técnico Médico:

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

Dra. Raiza Rodrigues Moura
RAIZA
CRM-P1 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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
08 ABR. 2019
GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 51.002470





2494099

Paciente **CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA** Atendimento **2.494.099** Prontuário **511.700**
 Nascimento **24/06/1965 53a 5m 9d** Peso **Peso** Convênio **PDAMTA / APARTAMENTO**
 Data Entrada **02/12/2018 11:59:27** Liberação **03/12/2018 19:25:28** Prescrição **1979439**
 Médico Resp **Dr. RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO (CRM** Data Prescr. **03/12/2018 10:20:00**
 Prescritor **Alisson Martins Granja Cavalcanti (CRM** Validade **03/12/2018 20:00:00 / 03/12/2018 14:59:59**
 Setor **Posto Pássaros - HSM** Leito/Quarto **PARDAL**
 CID **M75.8 Outr lesões do ombro**
 Diretor 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. 1º 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

Zofran 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**Qtd / Intervalo****Horários****Material**

1 RX Clavícula 1 Vez 20

2 Curativo Pequeno Porte 1x Manhã 10

Dr. Alisson Martins Granja Cavalcanti
CRM 5843



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

[illegible]

[illegible]



Num. 11208021 - Pág. 47



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 Pássaros - 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

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)		
Observação:		
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		
Observação:		
9 Clondrato 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		
Observação:		
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)		
Observação:		
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		
Observação:		
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)		
Observação:		
Tramal 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)		
Observação:		
13 Lexotan 3mg Cp.	1 Comprimido 1x Noite VO	20
Observação:		

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	Atendimento:	2.494.099	Prontuário:	511.700
Data Nasc:	24/06/1965 53 Anos	Dt. Entrada:	02/12/2018 11:59:27		
Sexo:	Masculino	Convênio:	PLAMTA		
Setor:	Posto Pássaros - HSM	Apartamentos:	PARDAL		
		Leitos:			

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

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

[Assinatura manuscrita]
 EDNAN SOARES COUTINHO
 CRM 12.345 - ROR 12345
 Rua da Saúde, 123 - Centro - São Paulo - SP

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIAT
CUIDADO NÃO VERIFICADO
08 ABR 2019
GEESE SEGURADORA S.A.
Rua... de Resende, 65 Loja C
Norte... 64.002470

SANTA MARIA		Relatório Consolidado de ENFERMAGEM		04/12/18 - 05/12/18	
CARLOS ALBERTO FIMTEL DE SOUSA 2409/1965 53 Anos [m] Masculino RUA AMAZONAS, 1466 MAPUA TERRA PA FLAMTA Ponto Pílulas - HSM		Ministério da Saúde 2404209 Português 511700 Data Emissão 02/12/2018 11:50 Data Vto 06/12/2018 11:32 Unidade 005 PARCEL			
Prescrição: 1979439 GABRIELA CRISTINA LIMA ARAUJO 04/12/2018 14:00:00					
04/12/2018 20:00		Anotações de Enfermagem			
Administrado 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		Anotações de Enfermagem			
Administrado medicamento: Soro fisiológico 0,9% Ecoflac Frac (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		Anotações de Enfermagem			
Administrado 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		Anotações de Enfermagem			
Administrado medicamento: Cloridrato de Rantidina 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		Anotações de Enfermagem			
Administrado 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		Anotações de Enfermagem			
Administrado 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		Anotações de Enfermagem			
Administrado 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					
04/12/2018 06:00		Anotações de Enfermagem			
Administrado medicamento: Soro fisiológico 0,9% Ecoflac Frac (500 ml) Dose: 1 Fr Via: IV Da prescrição: 1980846					
JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES 05/12/2018 06:00:00					

[illegible]

HISTÓRICO		SANTA MARIA		Relatório Consolidado de ENFERMAGEM		04/12/18 - 05/12/18		2404099	
05/12/2018 06:00 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES Administrado medicamento: Kefazol 1g Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 1980846 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES 05/12/2018 06:00:00		05/12/2018 06:00 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES Administrado medicamento: Clonidrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) Dose: 1 amp Via: Via: JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES 05/12/2018 06:00:00		05/12/2018 06:00 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES Administrado medicamento: Dipirona Sádica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp Via: IV JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES 05/12/2018 06:00:00		05/12/2018 06:00 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES Administrado medicamento: Tranal 100 mg/7 mL Inj Ap-2 mL Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1980846 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES 05/12/2018 06:00:00		05/12/2018 11:20 ALINE CAROLINE CARVALHO SOUSA Paciente segue com melhora clínica, após visita medica segue de ALTA HOSPITALAR. Acid de enf Marielle Oliveira	
05/12/2018 06:00 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES Administrado medicamento: Kefazol 1g Inj. Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 1980846 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES 05/12/2018 06:00:00		05/12/2018 06:00 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES Administrado medicamento: Clonidrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml) Dose: 1 amp Via: Via: JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES 05/12/2018 06:00:00		05/12/2018 06:00 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES Administrado medicamento: Dipirona Sádica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL) Dose: 1 amp Via: IV JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES 05/12/2018 06:00:00		05/12/2018 06:00 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES Administrado medicamento: Tranal 100 mg/7 mL Inj Ap-2 mL Dose: 1 amp Via: IV Da prescrição: 1980846 JOZELINA DE SOUSA COSTA MORAES 05/12/2018 06:00:00		05/12/2018 11:20 ALINE CAROLINE CARVALHO SOUSA Paciente segue com melhora clínica, após visita medica segue de ALTA HOSPITALAR. Acid de enf Marielle Oliveira	

08 ABR. 2019



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. João Tito, 1425 - Sadeópolis - Fone: 36.300.7445
TERESINA-PI CEP: 63011-900

LAUDO MÉDICO

Paciente: CARLOS ALBERTO FIMMENTEL DE SOUSA (Frontizador: 495788)
Endereço: Rua Alameda das Palmeiras, 1425 - Sadeópolis - Fone: 36.300.7445
Assinatura: 24/08/2019 14:00:00 Data: 24/08/2019 Local: 1425 - Sadeópolis
Assinatura: 24/08/2019 14:00:00 Data: 24/08/2019 Local: 1425 - Sadeópolis
Assinatura: 24/08/2019 14:00:00 Data: 24/08/2019 Local: 1425 - Sadeópolis

RELATÓRIO:

Doc: 014-0226010079

T.C. DE CRÂNIO

TECNICA: Foram realizadas cortes axiais de 5 a 10mm de espessura os quais a convergência do crânio no plano centro-médio.

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM SUBSTÂNCIA DE ATENUAÇÃO DEVIDO A TUMORALIDADE
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO INTRA-AXIAL
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS

DES. ARTERIAIS DE MOVIMENTAÇÃO FREQUENTE DA CORTICA E SUBCORTICA

495788

TERESINA - PI 63011-900

RAPHAEL VELOSO LUNES MARTINS

CPF 047.900.000-00

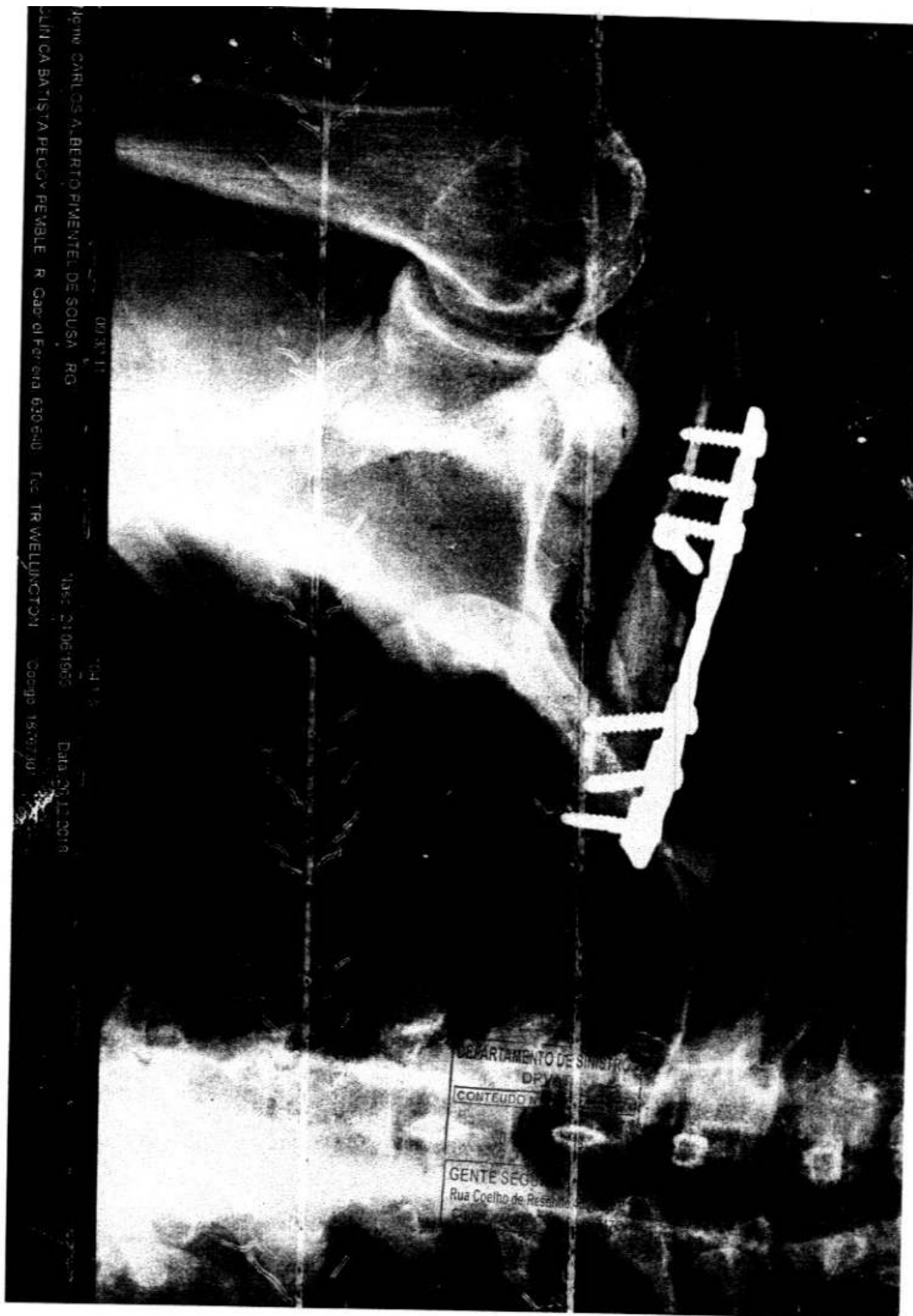
Endereço: Rua Sadeópolis, 1425





OS





JOHN CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA RG

10/06/1985

Data 26.12.2018

CLINICA BATISTA PEGOV PEMALE R Capel Ferreira 610640 Tce TR WELLINGTON

Código 15/07/20

00311

0414

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPV
CONTEUDO N
GENTE SEG
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 Orgão Emissor: SSP-PI C.F.: 361.619.503-91
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: solteiro Profissão: despachante
Endereço: R. Evidentes Nº 2320
Bairro: B. Urbano Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina - Piauí
Telefone: (86) 98807-7870 (86) 98807-7870 ()

OUTORGADO:

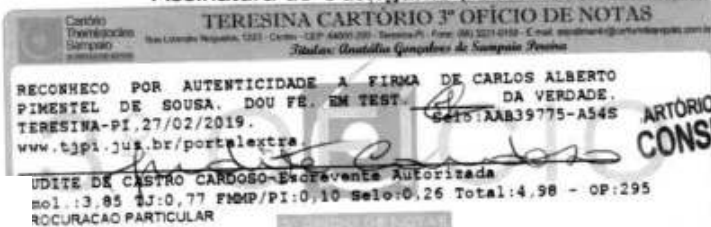
Nome: Keylly Moura de Oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI C.F.: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua: Vinte e quatro de Janeiro Nº 554
Bairro: Centro Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina - Piauí
Telefone: (86) 9.9472-9591 ()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

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 TERESINENSE
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Card
Escriturante Autorizada
Teresina - PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0001491

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

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

CONTEUDO 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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 839.684

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/00/13

NOME CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA DO SOCORRO PIMENTEL DE SOUSA
ANTÔNIO JOSÉ RODRIGUES DE SOUSA

NATURALIDADE TERESINA-PI

DOC. ORIGINAL

CERT. NASC. 1909 L 118 F 26V

EXP. TERESINA-PI 24/06/65

CPF 361.619.503-91

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 27/06/73 - DECRETO Nº 89.250/83

MINISTÉRIO DA NAZENDA
Secretaria de Cadastro Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome CARLOS ALBERTO PIMENTEL DE SOUSA

Data de Nascimento 24/06/65

CPF 361619503-91



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 17/04/13

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

08 ABR. 2019

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

