

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013938178263
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO
VIA 1 COD. RENAVAM 01143484794 R.N.T.C. EXERCÍCIO 2019

NOME
GILBERTO TITO DE SOUZA JUNIOR

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF / CNPJ 06014814370 PLACA ODZ-3721

PLACA ANT. / UF 9C2JB0100JR022136 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NENHUMA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 1101 ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

CAP / POT / CIL 002P/0109CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA 2º IPVA 3º IPVA
FAXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON DA

TERESINA LOCAL 16/07/2019

MAIO MONTES DO RIBEIRO LOBATO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 013938178263 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/07/2019
VIA 1 CPF / CNPJ 06014814370 PLACA ODZ-3721

RENAVAM 01143484794 MARCA/MODELO HONDA/POP 1101

ANO FAB 2018 CAT. TARIF 09 Nº CHASSI 9C2JB0100JR022136

PRÊMIO TARIFÁRIO
000,00 AN (R\$) 000,00 SEGURO (R\$)

000,00 HÉT (R\$) 000,00 (R\$) 084,50 CANCELADO (R\$)

PAGAMENTO
X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE PAGAMENTO 15/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Autentico a presente fotocópia de parte de doc que é
reprodução fiel do original dou fe. em test. da
verdade. Teresina-PI, 28/08/2019.
SELO: AA116342-562F - www.ttpa.jus.br/portalexta
Maria Elvira Cardoso Sousa-Escritora Autorizada
Emol:2,48 TJ:0,50 FPMF/PI:0,06 Selo:0,26 Total:3,30 - OP:227
CRUV

CARTÓRIO THEINOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria Elvira Cardoso Sousa
Escritora Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
19 SET 2019
DPVAT

1012050683

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1012050683

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

AMORTO PLACADO DE 2014

DO CONTRATO DE FINANCIAMENTO

DE

DE

DE 229.123-00

DE

CONCEITO CREDITADO DE

PROVA

PROVA PROPOSTA DE

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PROVA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 SET 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 GILBERTO TITO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
 758153 SSP RJ

CPF
 352.678.953-34

DATA NASCIMENTO
 25/02/1967

FUNÇÃO
 DANIEL TITO DE SOUZA

ENDEREÇO
 RUA SOUZA E SILVA

PROFISSÃO
 [blank]

RG
 [blank]

CAT. A
 AB

Nº REGISTRO
 01463114304

VALIDADEZ
 04/11/2021

PRAZOS
 13/01/1997

ASSINATURA DO TITULAR
 Gilberto Tito de Souza

LOCAL
 TERESINA

DATA DE EMISSÃO
 11/11/2016

65750711611
 72317985795

DETRAN-PI (PIAUÍ)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1359272833

PRESTIJO PLASTIFICAR
 1359272833

CONJECTORA
 DE SEGUROS
 19 SET 2019
 DEPMAT



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.segurosbrasil.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0200 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 92 88 | SAC (para defeitos nos veículos a diesel): 0800 022 12 06 | Central Qualidade: 0200 022 92 88

Eu, GILBERTO TITO DE SOUZA JUNIOR

RG nº 3.509.861

data de expedição 14/09/10

Órgão SSP/PI

portador do CPF nº 060.148.143-70

com domicílio na cidade de TERESINA

no Estado de

PIVAT

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA HABACUQUE QUADRA 5 CASA 06

nº 0-5-C-06

complemento CASA

deciro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

GILBERTO TITO DE SOUZA

cujos o condutor era

GILBERTO TITO DE SOUZA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: POP 110I

Ano: 2018

Placa: OD2-3721

Chassi: 9C2JB0100JA022136

Data do Acidente: 29/12/2018

PI CORRETORA
DE SEGUROS

19 SET 2019

PIVAT

Local e Data:

TERESINA - PI 27/08/19

Gilberto Tito de Souza Junior

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

CONSULTE O SEL
DIGITAL

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GILBERTO TITO DE SOUZA JUNIOR, DOV PÉ. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 27/08/2019. www.tjpi.jus.br/portalextra

Jéssica Aline de Menezes Silva ESCRIVENTE AUTORIZADA Emol:3,85 TJ:0,77 PIMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:263 DECL DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO THENISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jéssica Aline de Menezes Silva
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

Companhia Energética de Teresina
SANEAMENTO DE TERESINA
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO BRASIL
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.746/0001-60 fone: (66) 321.7871
Nº da Fatura / Conto de Energia: 026.779.100
Registro Especial de Inquilinato nº 012.012.012

Pais: 026.779.100
Município: 66
UF: PI

1722284-2

SETEMBRO/2019

11-09-2019

Nº da Nota Fiscal: 026.779.100
Data de Emissão: 04-09-2019
Data de Vencimento: 06-08-2019
Consumo (kWh): 211
TOTAL A PAGAR (R\$): 222,24

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA
R. TRANVANVAH FEITOSA QD C2 CASA 23 PARQUE BRASIL
CEP: 64.012-060 - TERESINA

Anterior: 791
Consumo de Instalação: 580
Consumo Medido: 1,000
Consumo Faturado: 211
Forma de Faturamento: 211

Atual: 211
Anterior: 04/09/2019
Próxima Leitura: 06-08-2019
Emissão: 04-10-2019
Apresentação: 04-09-2019
Código de Verificação: 20190910

Classe/Serviço: NORMAL
Nº da Unidade: 1761030807
Faturamento: MONO

AGO/19 580
JUL/19 0
JUN/19 0
MAI/19 0
ABR/19 0
MAR/19 0
FEV/19 0
JAN/19 0
DEZ/18 0
NOV/18 0

CONSUMO CONTR. ILUMINAÇÃO P.B. (COSIP) 211 A R\$ 0,974683 = 205,65
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 8,43

CORRETORA DE SEGUROS
19 SET 2019
DPVAT

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
Mes/Ano: 08/2019
Valor R\$: 592,62

LIQUE 0800-085 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCAL
Distribuição: 40,45
Energia: 78,15
Transmissão: 13,21
Encargos: 6,47
Tributos: 67,37

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Mensal	Trimestral	Anual	Plano
5,08	10,15	20,30	3,43
0,00	0,00	0,00	0,00
1,40%	6,49%	13,70	2,86
1,40%	6,49%	13,70	2,86

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1598 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800-021 91 35

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Tito de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 347.229.123-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gilberto Tito de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 352.678.953-74

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidar da Vítima Gilberto Tito de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 352.678.953-134, 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:	Número:	Complemento:
<u>Rua Trianon nº 23</u>	<u>23</u>	<u>caso</u>
Bairro:	Estado:	CEP:
<u>Piedade</u>	<u>PA</u>	<u>64012-060</u>
E-mail:		Tel. (DDD):
		<u>85 99498-2980</u>

Local e Data:

Tenésima 19/09/2019

Antônio Flávio de Souza

Assinatura do Declarante



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.361.382-5
Min. Fiscal / Cota de Energia Eólica - Sina 3-1
Regime especial de tributação aprovado pelo RFB/06/511

Nº da Nota Fiscal: 026779149

1. Taxa de Suprimento de Energia Elétrica - TSEF (Lei nº 13.438 de 26 de maio de 2002)

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	11-09-2019	232	251,89

GILBERTO TITO DE SOUZA
R. POXIM 4136 PQ BRASIL II B-URBANO

CPF: 00035267895334

CEP: 64.000-000 - TERESINA

Atual:

Anterior:

Constante de Multiplicação:

Consumo Medido:

Consumo Estimado:

Potência de Saturação (kW):

23071

22839

1,000

232

232

Atual:

Anterior:

Próxima Leitura:

Emissão:

Aprovação:

Data de Consumo:

04/09/2019

05-08-2019

04-10-2019

03-09-2019

04-09-2019

Classificação: NORMAL, Número Medidor: 949121, Posição: 1.1.1.1, Código Est.: 238

RESIDENCIAL MONO A949121 1.1.1.1 238

Mês/Ano	Valor R\$	Descrição	Valor R\$
AGO/19	246	CONSUMO 232 A R\$ 0,974683 =	226,12
JUL/19	216	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	18,24
JUN/19	236	CORRECAO MONETARIA DA 07/19-00	0,02
MAI/19	194	CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00	1,42
ABR/19	274	MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00	0,32
MAR/19	218	JUROS DE MORA ATRASO 07/19-00	0,03
FEV/19	215	MULTA POR ATRASO 07/19-00	3,96
JAN/19	212	JUROS POR ATRASO 07/19-00	1,78
DEZ/18	234	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 9,27	
NOV/18	282		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 332 - 0,975316

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Nes/Ano: 08/2019, Valor R\$: 255,90. Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 19-09-2019. O não pagamento por parte do consumidor resulta na inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor cancelar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO

Distribuição: 5688.CE45.CA44.3F96.GAB4.2043.FAC8.84B7

Descrição	Valor R\$	Valor do ICMS	Valor do FIP	Valor do DCFIN	Total
Energia	44,47	226,12	165,87		
Transmissão	85,93	27,00%			
Tributos	14,53		61,05		
7,11 INDICADORES DE CONTINUIDADE		1,40%	28,30		
7,11 INDICADORES DE CONTINUIDADE		5,40%	10,71		

PJ CORRETORA DE SEGUROS
19 SET 2019
DPVAT

POTY 07/2019 76,48
SEU CÓDIGO 1058730-6
MÊS SATURADO 09/2019
VENCIMENTO 11-09-2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.361.382-5
Nº da Nota Fiscal: 026779149 - FCM

83660000002 7 51890017000 3 00000001058 7 73060919008 9



SEQ.: 00120 UC: 1058730-6 DT. LEIT.: 04/09/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 23071 NORMAL TOTAL: 251,89 CARGA: 006
DT. VENC.: 11-09-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1102

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso 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.

22 - 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 com meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrendo, desde, e, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 comprovarem 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.

34 - Local e Data: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 SET 2019

DPVAT



REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

UNIDADE

Nome Gilberto Tito de Sousa

DN 25 02 67 Sexo M Plano de Saúde?

Endereço Rua J. M. da Costa

Bairro UF 12

Data 29/12/18 Hora 13:02 Ass. Func.

Queixa Principal:

Exame Clínico:

Paciente vítima de acidente de motocicleta com dor, edema e deformidade de punho direito.

Exame Complementares:

Diagnóstico Provável:

Fratura de punho

Medicação Prescrita/Procedimentos Realizados

- 1) Dipirona 1g + 100ml SF0,9%
- 2) Tramadol 100mg 1g + 100ml SF0,9%
- 3) Volteran 1g IM

Alta ☐ Internação ☐ Encaminhado a:

Assinatura Paciente / Responsável

Deusmar da Silva

Assinatura /

Dr. Fabricio M. Azevedo
Cirurgião Geral
Residente Grupo Plástica
CRM-PI 4913

CONFERE COM
O ORIGINAL

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LÍDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso 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.

22 - 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 com meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrendo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 comprovarem 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.

34 - Local e Data: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 SET 2019

DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540746

Vítima: GILBERTO TITO DE SOUZA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO TITO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540746

Vítima: GILBERTO TITO DE SOUZA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO TITO DE SOUZA

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 punhos
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: GILBERTO TITO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 000000038472-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

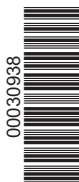
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190540746

Vítima: GILBERTO TITO DE SOUZA

Data do Acidente: 29/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO TITO DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO TITO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000038472-0

Nr. da Autenticação 5490096492B32E5F

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Gilberto Tito de Souza
 RG: 758.153 Órgão Emissor: SSP-A CPF: 352.678-953-34
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: funcionário
 Endereço: R. Poxim Pq Brasil II Nº 4136
 Bairro: URB. Raul Cap: 54.000.000 Cidade/UF: Teresina
 Telefone: (86) 99972-3301 () ()

OUTORGADO:

Nome: Antonio Floriano de Sousa
 RG: 802671 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 357.229.123-00
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Autônomo
 Endereço: Rua Travençolo Feltres G- C2 Nº 23
 Bairro: Parque Brasil Cap: 24012-035 Cidade/UF: Teresina - PI
 Telefone: (86) 99496-2880 (86) 99112-3310 () ()

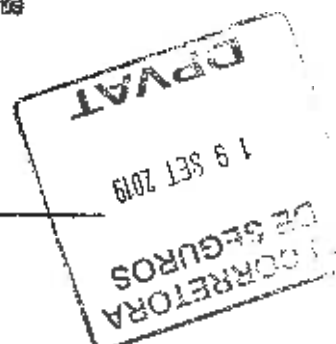
Pelo Presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar 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 subestabelecer 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: Gilberto Tito de Souza
 CPF: 352-678-953-34 Data do Acidente: 29/12/2018
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidade Permanente () DABS () Morte

TERESINA, 19.09.19

Local e data

Gilberto Tito de Souza 
 Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



PI CORRETORES
DE SEGUROS
19 SET 2019
DPVAT

CARTORIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardenia da Silva Santos
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

Cedente
Themistocles
Sampaio
TERESINA CARTORIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio de Almeida, 100 - Centro - CEP: 64000-200, Teresina - PI - Fone: (86) 3231-8100 - E-mail: atendimento@teresianacartorio.com.br
Diretor: Anailina Gonçalves de Sampaio Pinheiro

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GILBERTO TITO DE SOUZA. DOU FE. EM TERESINA-PI, 19/09/2019. **Selo: AAJ41458-D3MW**
www.tjpi.jus.br/portalexta

Katia Gardenia
KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - 3º:1
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTORIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0325176/19

Vítima: GILBERTO TITO DE SOUZA

CPF: 352.678.953-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/12/2018

Titular do CPF: GILBERTO TITO DE SOUZA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00

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

GILBERTO TITO DE SOUZA : 352.678.953-34

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: 19/09/2019
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA
CPF: 347.229.123-00

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190540746 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO TITO DE SOUZA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER)(PÁG.7) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	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: 3190540746 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO TITO DE SOUZA **Data do acidente:** 29/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER)(PÁG.7) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

UNIDADE

Nome Gilberto Tito de Sousa.

DN 25.02.67 Sexo M Plano de Saúde?

Endereço Rua do Visconde da Cadigui

Bairro _____ Município _____ UF PI

Data 29.12.18 Hora 13.02 Ass. Func.

Queixa Principal:

Exame Clínico:

Paciente vítima de acidente, de
motocicleta com dor, edema e deformidade
de punho direito.

Exame Complementares:

Diagnóstico Provável:

Fratura de punho.

Medicação Prescrita/Procedimentos Realizados

1) Dipirona 1g + 100ml

2) Tramal 10g 1g + 100ml SF0,9%

3) Volteren 1g IM.

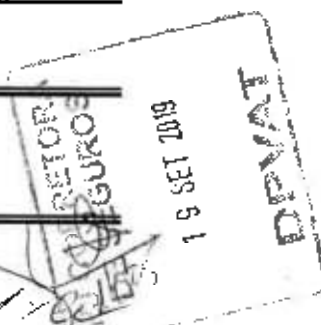
Alta ☐ Internação ☐ Encaminhado a:

Assinatura Paciente / Responsável

Deusmar da Silva

Assinatura / Carimbo

Dr. Fabrício M. Azevedo
Cirurgião Geral
Residência Médica Plástica
CRM-PI 4913



CONFERE COM
A ORIGINAL

copil

Clínica Ortopédica do Piauí Ltda. Ortopedia - Traumatologia - Atendimento de Urgência

Paciente **GILBERTO TITO DE SOUSA**

52 Anos

Solicitante **YURI JIVAGO FELIX**

Requisição 114127 em 29/04/2019

Convênio **APCEF**

Emissão 29/04/2019

Exame **RX PUNHO " D" AP / PERFIL**

CONCLUSAO:

- 1- DIMINUIÇÃO DA DENSIDADE ÓSSEA PERIARTICULAR.
- 2- FRATURA ALINHADA E CONSOLIDADA NO RADIO DISTAL.



Dr. Carlos Augusto Moura Fé

Radiologista

CRM-PI 1341



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Gilberto Tito de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 104061



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 1320 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

SUS SUS

Tm: 29/12/2018 15:59:02

Usuário: EDINALVA LOEZO

(Estação: ARDEPAR02)

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

Nome: GILBERTO TITO DE SOUSA		Prontuário: 104061
Mãe: , SEMUINA SOAZA E SILVA		Pai: DANIEL TITO DE SOUSA
End.Resid.: QD S CS 06 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 25/02/1967	Idade: 51a10m4d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9972-3301
Responsável: DEUSEMAR DOS SANTOS		CNS:
Profissão: MOTORISTA		CPF: 352.678.953-34 * RG: 768153 - SSP PI
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Casado(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 700513	Data: 29/12/2018 15:54:14	Condução: VEICULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U E
Aut.Trab.: Não	Trajetos?: Não	Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente sofreu acidente de trânsito em 25/12/2018, no município de Teresina, PI, no qual sofreu lesões em membros superiores e inferiores, com fratura de rádio e ulna do membro superior direito e fratura de fêmur do membro inferior direito.

RX - Fratura de rádio e ulna do membro superior direito.

Cx - Exame realizado no Centro Cirúrgico para Cuidado de Alta Ortopédica.

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologista Ortopédico
CRM-PI 4792 TEOT 12501

PA _____ X _____ mmHg Pulso: _____ 2 FC: _____ bpm Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

CID:

S52.5

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**RAIO-X REALIZADO**

DATA: 29/12/2018

Técnico: [Assinatura]

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologista Ortopédico
CRM-PI 4792 TEOT 12501

ALTA:

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

- ☐ Retornar à Unid. Origin: _____
- ☐ Transferência: _____

DATA SAÍDA: ____/____/____ HORA: ____:____

ÓBITO:

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

DESTINO:

- ☐ Internação na Unidade

Proced. Solicitado:**CID Compatível:**

Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)

229967

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

167168

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNS

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNS

5828856

229967

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GILBERTO TITO DE SOUSA ✓

6 - Prontuário: 104062

7-CNS:

8-Mascimento: 25/02/1967 ✓

9-Sexo: Masculino

CPF: 352.678.953-34

10-Mãe: GENUINA SOUZA E SILVA ✓

12-Fone: 96- 9972-3301

13-Resp: DEUSEMAR DOS SANTOS

14-Cor: Sem Informação

15-Endere: QD 8 CS 06 - SANTA MÃ. CODIFI - CEP: 54000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IEGM: 221100

18-UF: PY

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1-Principais sinais e sintomas clínicos:

- Dor e deformidade
de antebraço D.

2- Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico inicial:

Fratura da diáfise do rádio ✓

24-CIU / Origem: 8539 25-CIU Sec.: 26-CIU C.A.: 27-CIU C.A.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 29-Procedimento Solicitado:

0408020431

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISSARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

30-Clínica:

31-Caráter: Ident.: 32-Docm.: 33-Don. Med. Solic.: 34-Data Solicitação:

02

01

CPI

809.651.803-87

35-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

29/12/2018

36-Ass. Carimbo Med. Gr. (CNS)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37-CNS Seguradora:

38-No. Bilhete:

39-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

40-CNPJ Empresa:

41-CNPJ Empresa:

42-CNPJ:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39- Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

43-Nome do Profissional Autorizador:

44-Data Autorização:

45-Documento:

46-Num. Documento:

() CKS () CDP

47-Assinatura Paciente ou Responsável:

24/01/19
Marcos Vinícius S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
SUS 42026396120001
SUS 42026396120001Consultor: GENUINA OLIVEIRA
Consultor Local: 700513
Consultor SUS:
Impressão: 29/12/2018 10:34:27

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 164168
	AIH: 2218102658850
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE GILBERTO LUIZ DE SOUSA	NASCIMENTO 25/02/1967	SEXO M	PRONTUÁRIO 104061
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8699723301	NOME DA MÃE GENUINA SOAZA E SILVA	RESPONSÁVEL DELSAMAR DOS SANTOS	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO DAS CS 6			NUMERO / LOTE 50
BAIRRO SANTA MARIA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA EXPOSTA DO RADIO DISTAL D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAMES CLÍNICOS - RAIOS X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S523 - FRATURA DA DIAFISE DO RADIO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408070431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) BERGIEL BARBOSA DEZERRA CPF: 80965180387
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 29/12/2018
DATA ADMISSÃO 29/12/2018 19:34	DATA ALTA 31/12/2018 09:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIANA RIBEIRO FERNANDES ROCHA CPF: 4626107015	DATA ANALISE: 03/01/2019 11:33:01	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA MARCOS VINICIUS MOTA DE SOUZA CPF: 0474057	DATA ANALISE
---	-----------------------------------	--	--------------

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Gilberto Tito de Jesus

Diagnóstico pré-operatório

Fratura Exposta da Rádio distal D

Operação - Tipo

Limpe + fixação

Cirurgião

Dr. Barbosa Bezerra

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

29/12/14

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pito em DMS sob anestesia
Anestesia intravenosa; campo estéril;
Lave da ferida do punho D e fixar a pele;
Redução da fratura da rádio distal D e
fixação percutânea com fios de Kirschner, sob
radioscopia;

Curativo

Tela gessada no

Dr. Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3208



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: JOÃO BENW TITO DE SOUSA Sala: _____ Alergia: _____ Data: 29/12/18

Procedimento: PRATUM NABO Cirurgião: _____ Observações: _____

Agente	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 FOLMA 100ml	X			X									
2 PROPOFOL 200mg													
3 CEMIVA 250													
4 DIPLOMATO													
5 DEAMERSON, 100													
6 ORPHEUS 100													
7 CROMOPRODOL													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
C nio													
20													
Volatil	%												

Acesso Vascular

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

Via Aérea

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

Monitorização:

- ☐ Cardioscopia
- ☐ PAM
- ☐ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros _____

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☐ Raquianestesia
- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros _____

Decúbito: _____

SPO2 (%)	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)				
Aces. Venoso				
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

Descrição da Anestesia:

Dra. Débora Nogueira Dias
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 21.231

Anestesiologista



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 29/12/18

NOME DO PACIENTE: <u>Gilberto Delfino de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>304061</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Ex. Ex. intra-abdominal 2</u>	CIRURGIA: <u>luc + fixação</u>
ANESTESIA: <u>Debora</u>	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>D. B. B.</u>	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Sedacao</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: _____	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	01	
ALCOOL 70%	ML	01		PVP DE GERMANTE	ML	100	
ALCOOL	UNID.			PVP ÓPTICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQ. PO. MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	01		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	01		SONDA URETRAL	UNID.		
HELOG Nº 20	UNID.	01		<u>cepom</u>	<u>Rec</u>	<u>02</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>JheB</u>			
PROLENE							

RECIBO DE PAGAMENTO
Nº 123456789
DATA 10/10/2010
VALOR R\$ 100,00
MÉDICO RESPONSÁVEL
[Assinatura]

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. QU AP	LEITO	MÉDICO RESPONSÁVEL
GILBERTO TITO DE SOUSA		104061	25/02/1967	51	Ortopédica	229	218	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS			OBSERVAÇÕES			
DI: 29/12/2018	FRAT EXP RADIO DISTAL D							
30/12/18								
1	Dieta oral livre							
2	Jeito salinizado							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs SN							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
9	Curativos diários							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <i>Gilberto D. S. da Silva</i>		PRONTUÁRIO <i>229</i>	CLÍNICA Ortopédica	ENF. OU AP <i>218</i>	LEITO <i>218</i>	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
<i>29/12/14</i>	<i># 901</i>				<i>23:40</i> Pac admitido na clínica ortopédica, proveniente de SRM, com P.O. 2mc + fixação de fratura de Rádio Distal D. Pac orientado, tranquilo, relato recente de motorista, nega doenças crônicas e alergias. Padrão de sono satisfatório exceto distúrbio por ruído, eliminação normal, orientações no P.O. AVP em uso, FO com urina e diurese, em uso de Febre e dor queixas.	
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO					
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN					
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H					
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 8/8 H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12 H					
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8 H SN					
8	CURATIVO					
9	CCGG + SSVV					
<i>Colocar Tala Axila-pulmão</i> <i>(Sala de Cirurgia) OK</i>		<i>Dr. Carlos Bezerra</i> ORTOPÉDICA CRM-PI 1093 <i>Dr. Carlos Bezerra</i> ORTOPÉDICA CRM-PI 1093				

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME GILBERTO TITO DE SOUSAIDADE 51 anosDATA 29/12/2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 21 hs 00 min

TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA F. punho (D)CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

ADMISSÃO

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

130/79 mmHg129/78 mmHg

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

65 bpm66 bpmSATURAÇÃO DE O₂ (%)100%96%

TEMPERATURA AXILAR (°C)

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/MATRÍCULA

ElizângelaEsau

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ADMISSÃO

SAÍDA

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒

Movimenta dois membros

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☐

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐

RESPIRAÇÃO

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☐

Tem apnéia

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐

CIRCULAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒

PA em 20-49% do nível anestésico

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☐

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐

CONSCIÊNCIA

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒

Desperta, se solicitado

1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☐

Não responde

0

0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐SATURAÇÃO O₂É capaz de manter saturação de O₂ maior de 92% respirando em ar ambiente

2

2 ☒2 ☐2 ☐2 ☒Necessita de O₂ para manter saturação maior que 90%

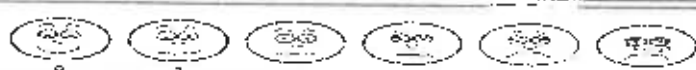
1

1 ☐1 ☐1 ☐1 ☐Apresenta saturação de O₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O₂

0

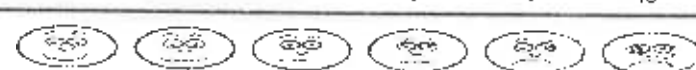
0 ☐0 ☐0 ☐0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



TOTAL

ESCALA DE DOR ALTA



ASS.

() Sonda Vesical

() Dreno de Sucção

() Dreno Torácico

() DVE

() Colostomia

Sonda () Nasog () Nasoe

hs mL

hs mL

hs mL

hs mL

hs mL

hs mL

hs mL

hs mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21hs Admitido na RPA no pós de punho (D). Sob qtd de re-
dução. Consciente. Respirando espontaneamente. Bom estado geral.
Neuro Check Normal

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Antonio Cortez
Anestesiologista
CRM-PI 3.736

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

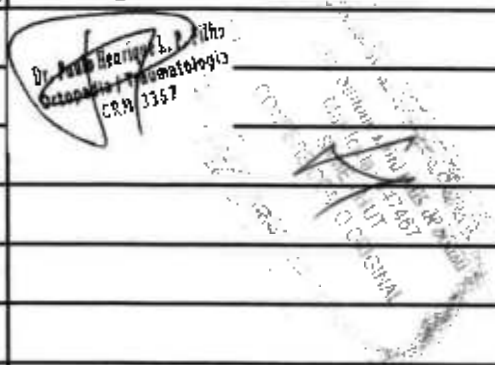
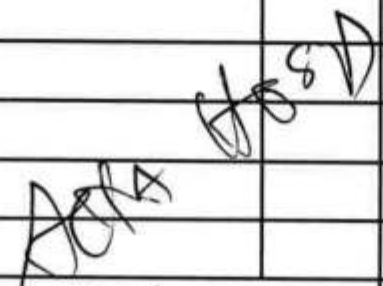
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD



INDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
RESINA - HUT

HOS DE URGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
GILBERTO TITO DE SOUSA		104061	25/02/1967	51	Ortopédica	229	218	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA					HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
DI : 29/12/2018	FRAT EXP RADIO DISTAL D							
31/12/18								
1	Dieta oral livre							
2	Gelco salinizado							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs SN							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
9	Curativos diários							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
								
								
Dr. Giordano Cronembregger / Dr. Yuri Alvaro Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo Henrique L. Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM3415-FEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-FEOT-11305 / CRM3357								

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILBERTO TITO DE SOUSA** (Prontuário: 104081)
Endereço: QD S CS 06 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 25/02/1967 Idade: 51a11m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700513
Requisição: 906021 Solicitação: 29/12/2018 Solicitante: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO
Controlar: 1126775 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204080125

Data Exame: 29/12/2018

JOELHO DIREITO

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

- Parafuso metálico de fixação na projeção do fêmur distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 28/01/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Rito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5443

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNES: 05.522.917/2022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILBERTO TITO DE SOUSA** (Prontuário: 104061)
Endereço: QD S CS 06 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 25/02/1967 Idade: 51a11m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700513
Requisição: 906021 Solicitação: 29/12/2018 Solicitante: MARCOS VITOR PEREIRA DE CARVALHO FILHO
Controle: 1126774 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 29/12/2018

PUNHO DIREITO

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

- Fratura cominutiva na epífise distal do rádio.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 28/01/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261 144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: GILBERTO TITO DE SOUSA

Data do exame: 15/01/2019

Id Paciente: LA409394

Data do laudo: 18-01-2019

Raio X de Punho Direito

Aspectos pós-cirúrgico de osteossíntese da metáfise distal do rádio com fios metálicos de fixação.

Irregularidade do processo estilóide da ulna.

Espaços articulares preservados.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373



PUNHO, LAT
JP_EXM
Im: 2 / 2
1976 x 1576

PUNHO, FRN
JP_EXM
Im: 1 / 2
1976 x 1576



COPIE
GILBERTO TITO DE SOUSA,
ID: 114127 29/04/2019 14:52 TEC-MORAIS

Direito

COPIL

GILBERTO TITO DE SOUSA,

ID: 114127 29/04/2019 14:52

TEC-MORAIS

Direito

