



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, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 319033098

Vítima: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

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 tornozelo 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: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 0000062072-8

Tipo: CONTA POUPANCA

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, retorno 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, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190330980

Vítima: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 25/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	036.442.273.55	Fumaca Gonçalves Coletinho	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Enderço:	Número: 7319 Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Angelim	Terezina	PI	
E-mail:	Tel.(DDD): (86) 994729591		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR A ÚMA OPÇÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3987 03 CONTA: 62 042 8
(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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade 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 disorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÕES
CONTRATO DE SEGURO DPVAT
NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019
GENTE SECURE
LÍDER SEGUROS S.A.
Centro de Atendimento ao Cliente

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de fato, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer crime ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina o ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	
Assinatura	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escrutar 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 inquérito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

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





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001849/2019-87

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO. Ssp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 17/05/2019 - 10:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	523852	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO		05/02/2019 - 14:21
Tipo Local		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
VIA PÚBLICA		17 MAI 2019
Município	Bairro	
TERESINA	PARQUE PIAUÍ	
Endereço		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
CRUZAMENTO DA QD 66 COM A RUA MARIO BEZERRA, Nº:		
Complemento	Ponto de Referência	

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO	Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 2818888	
Mãe: HELENA GONÇALVES COUTINHO	
Endereço: RUA DO LAZER, Nº 1319	
Bairro: ANGELIM	
Cidade: TERESINA	

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO/YAMAHA/T115 CRYPTON K, ANO 2010, COR VERMELHA, PLACA-NIM-7757-PI, RENAVAM-00268141061, DE PROPRIEDADE DE EDSON PEREIRA SILVA SOUSA, CPF.42870267304, RELATA QUE VINHA NA VIA ACIMA CITADA, NA PREFERENCIAL, QUANDO VEIO UM CARRO NAO IDENTIFICADO BATEU NA LATERAL DA MOTO CAUSANDO A COLISAO, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS, LEVADO PRA UPA DO PROMORAR; 2679663, E TRANSFERIDO PARA O HUT. PROTUARIO:501748; TESTEMUNHA: JOAQUIM JOSE DA CONCEIÇÃO GOMES, CPF.070.988.333-12, RESIDENTE: RUA SELVIA N-7517, VILA IRMA DULCE. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
 ESCRIVÃO DE POLÍCIA

FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO - Noticiante
 Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 509631983	Nº REGULAÇÃO: 59654	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDTRAUMATOGLOGIA	
PACIENTE: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO		NASCIMENTO: 06/05/1988

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO LESÃO EM TORNOZELO D E HALUX E, APRESENTA, AINDA, ESCORIAÇÕES EM HTE, AP-MV FISIOLOGICO, HD: FRATURA MALEOLO MEDIAL DE TIBIA	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
PROVAS DIAGNÓSTICAS:	17 MAI 2019		
EXAMES SOLICITADOS:	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Comendador Resende, 465 Lote C Centro-Norte CEP: 64.062-470 Teresina-PI		
AGNÓSTICO(CID): FRATURA DO MALEOLO MEDIAL			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA: 98bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 20rpm
ICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES: DIPIRONA IM			

DATA: 05/02/2019 14:21:11	<i>Attno. Dr. Nelson S. de Lohm Vaca M.º D.º C.º 2206 CPF: 342.912.302-0</i>
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMEO	

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: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 00000062072-8

Nr. da Autenticação C44FBC6D8ECD04CE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 05.040.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 6.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série L-1
Impressão Oficial da Imprensa Autorizada pela SEFAZ/PI/04

VENCIMENTO
APRIL/2019 17-04-2019

Para contato
comercial, informe
seu NÚMERO!!

SEU CO
LIVRE

020167955

Nº da Nota Fiscal

A Tenda Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO GROWTH

TOTAL A PAGAR (R\$)
63,94

CRISTIANO GONCALVES COUTINHO
R. DO LAZER 1319
CPF: 00080590349524

B-URBANO

Atual:
Anterior:
Constante de Multiplicação:
Consumo Médio:
Consumo Faturado:
Forma de Faturamento:

Atual: 11/04/2019
Anterior: 13-03-2019
Próxima Leitura: 10-05-2019
Emissor: 09-04-2019
Apresentação: Dias de Consumo: 11-04-2019

Código de Regulação: CENAH

Classes/Subclasses

Ligação Número Metálico Peso Código Pat. Média 12 meses

MENSAL CONSUMO
MAR/19 81
FEV/19 45
JAN/19 0
DEZ/18 89
NOV/18 229
OUT/18 261
SET/18 243
AGO/18 200
JUL/18 194
JUN/18 184

CONSUMO 65 A R\$ 0,863994 =
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 56,15
CRESCAO MONETARIA IG 03/19-00 4,84
MULTA POR ATRASO (2) 0,30
TIROS POR ATRASO (2) 2,01
0,64

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO - MENSAGEM

REVESADO TRIBUTARIOS E ESTADUAIS MÉDIA DE 1,45% A PARTIR DE 01/01/2019 CONFORME RESOLUÇÃO ANEEL 2450/2019.
LIGUE AGORA! A TENDA SOCIAL VENCEU VENCIMENTO 15/04/2019.
Parabéns! Aceite o seu vencimento 17-04-2019, não consumir os faturados vencidos
nessa Unidade Gerencial.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

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

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 020524703

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.432 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO

TOTAL A PAGAR (R\$)

143

145,18

ABRIL/2019

VENCIMENTO

02/05/2019

CONSUMO (kWh)

143

TOTAL A PAGAR (R\$)

145,18

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

RUT: 17.801.31.11.020100

Atual:	12927	Atual:	25/04/2019
Anterior:	12784	Anterior:	26/03/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura:	24/05/2019
Consumo Médio:	143	Emissão:	24/04/2019
Consumo Faturado:	143	Aproximação:	25/04/2019
		Dias de Consumo:	30

Forma de Faturamento: NORMAL Código de irregularidade:

Classe/Tipo de Medidor	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	178

Mês/Ano	Médiana consumo	CONSUMO	143 A R\$ 0,858460 =	122,75
MAR/19	153	CONTR. ILUMINACAO PUB (COSIP)		10,58
FEV/19	204	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)		2,13
JAN/19	133	MULTA POR ATRASO (2X)		6,55
DEZ/18	136	JUROS POR ATRASO (2X)		3,17
NOV/18	160			
OUT/18	138			
SET/18	158			
AGO/18	186			
JUL/18	171			
JUN/18	206			
MÉDIA MENSAL TRIBUTOS:				
03/13 - 8.516,781				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

NOTA DE TARIFARIA EXTRAORDINÁRIA MÉDIA 1,45% A PARTIR DE 01/05/2019 CONFORME RESOLUÇÃO ANEEL 2.523/2013.
LIGAR PARA 085-88800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
ESTAMOS AGUARDANDO O DIA 24/04/2019, não constatamos faturas vencidas.
TERESA - Agente de Consumidor.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Kelly Mano de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Gonçalves Coentinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.742.273-55, do sinistro de DPVAT cobertura Tanque de Leite da Vítima Fernando Gonçalves Coentinho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.742.273-55 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

17 MAI 2019

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 Janeiro</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) <u>(86) 99472-9591</u>

Thi, Pi, 14 de 05 de 19
Local e Data

Kelly Mano de Oliveira

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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: 4020-1596 / 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

Eu, EDSON PEREIRA SILVA SOUSA

RG nº 1118730 data de expedição 10/02/15

Órgão SSP-PI portador do CPF nº 428.702.673-04,

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Campolândia, nº 330

complemento ANGELIM IV, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Francisco Gonçalves Coutinho, cujo o condutor era

Francisco Gonçalves Coutinho.

Veículo: moto Modelo: YAMAHA/T115 enrypton Ano: 2010

Placa: NIN-7757 Chassi: 9C6KE1440A0007934

Data do Acidente: 05/02/19

Local e Data: TERESINA 17 maio 2019

Edson Pereira Alves Sousa

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

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

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

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escrevente Autorizado
Teresina-PI

Cartório Themistocles Sampaio Rua Joaquim Rego, 1223 - Centro - CEP: 64001-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-8100 - E-mail: cartorio@cpvartes.com.br	
Título: <i>Anselmo Gonçalves de Sampaio Ferreira</i>	
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE EDSON PEREIRA SILVA SOUSA. DOU FÉ. EM TEST. <u>11</u> DA VERDADE. Teresina-PI, 17/05/2019.	
www.tjpi.jus.br/portalextra.	
Selos: AAC48127-YPJ6	
ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMNP/PI: 0,10 Selos: 0,26 Total: 4,98 - OP: 65	
DECLARAÇÃO DE PROP DE VEÍCULO	

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 509631983	Nº REGULAÇÃO: 59654	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		

PACIENTE: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO NASCIMENTO: 06/05/1988

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO LESÃO EM TORNOZELO E HALUX E, APRESENTA, AINDA, ESCORIAÇÕES EM HTE, AP-MV FISIOLOGICO, HD: FRATURA MALEOLO MEDIAL DE TIBIA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

AGNÓSTICO(CID): FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA: 98bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 20rpm
-------------------	-----------------------	----------------	---------------------------

ICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:
---------	--------------------------	------------

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DIPIRONA IM

DATA: 05/02/2019 14:21:11

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIME

Anônimo Nro 5 de Loma Verda
MÉDICO
2206 CTA-3429183020

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

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

Altair



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

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

NOME DO PACIENTE: Francisco Gonçalves Coutinho
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 501748

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".



087087KA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO		Prontuário: 501748
Mãe: HELENA GONCALVES COUTINHO	Pai:	
End. Resid.: QD 0 CASA 21 RES MARIO COVAS - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 06/05/1988	Idade: 30a8m30d	Sexo: Masculino Fone: 86-98157-6399
Responsável: JESSICA	CNS:	
Profissão: CAIXA	Documento: CPF: 036.742.273-55	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 706201	Entrada: 05/02/2019 15:06:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:			

SSVV: (Hora: :)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: Paciente vítima de trauma refere dor em perna esquerda e dificuldade em mobilizá-la. Ao exame: edema em MID. Nega dor abdominal, toracica, dispneia, cervicalgia, dispneia ou cefaleia.					

Entra-PI SUTURA E m p o	RAIO-X REALIZADO DATA 05.02.19 Técnico: 10
-------------------------	--

Diagnóstico Inicial: ? Fr Tornozele	CID:
--	------

Exames Complementares: (1149071) - Perna Direita (1149072) - Tornozeleira Direita (1149073) - PE OU PODODACTILO DIREITO	Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3467 - ZOT 11913
--	---

Prescrição Médica: Parecer da Ortopedia	5005 0406050578
--	--------------------

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	DATA: 05.02.19. HORA: 15:20
---	-----------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS
CRM: 2772 Em: 05/02/2019 15:21:31



INSTITUIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOME DE URGENCIA

PRESCRIÇÃO LEGAL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Franckow

IDADE _____ anos

DATA 16/02/2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 7 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Foot - plâts fibial (D) CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>141 / 59 (84)</u>		<u>157 x 89</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>71</u>		<u>89</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100</u>		<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Vamus</u>		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	ADMISSÃO			SAÍDA
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Movimenta dois membros	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aoressenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL			<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.			<i>... leu novo nome Enfermeira Cordeiro Paula</i>

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

5h Admitido na SRPA no pós de plâts fibial (D). Sob efeito de raquestesia. Fomeinte. Respirando espontaneamente. Bom estado geral.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Antonio Cortez
Anestesiologista
CRM-PI 3.736
ANESTESIOLOGISTA

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

HORÁRIO

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

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
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	233158

Laudo 178232

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO	6 - Prontuário: 501748		
7-CNS: 707808636032010	8-Nascimento: 06/05/1988	9-Sexo: Masculino	CPF: 036.742.273-55
11-Mãe: HELENA GONCALVES COUTINHO			12-Fone: 86-98157-6399
13-Resp: JESSICA			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: QD O CASA 21 RES MARIO COVAS - ANGELIM - CEP: 64069-990			
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	<i>Dores de perna</i>
21 - Condições que justificam a internação:	<i>Qd dor</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados)	<i>Fratura da extremidade distal da tibia</i>

DEPARTAMENTOS DE SI
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

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

23-Diagnóstico Inicial: <i>Fratura da extremidade distal da tibia</i>	24-CID Princ.: S823	25-CID Sec.:	26-CID C. Ass.:
--	-------------------------------	--------------	-----------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 0408050497	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TIBIA	Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: CPF
		32-Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 16/02/2019	35-Autorização: <i>Ricardo Valençoa</i> Dr. Ricardo Valençoa - Traumatologia Av. Antônio Lima, 1000, Centro, Teresina-PI TEOT: 11305 CRM: 10000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Tipico			
38-() Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
45 - Vínculo com a Previdência: <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
-Documento: 150-PI-4266	<i>20/3/19</i>

48-Documento: 150-PI-4266	49-Num. Documento:
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	

50-Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Francisco Goncalves Coutinho</i>	Usuário: (MARLA BATISTA)
	Consulta Local: 706201
	Consulta SUS: Impressão: 16/02/2019 16:35:39



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

233

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 01/09/2018

NOME DO PACIENTE:	Francisco gomes luis antunes			PRONTUÁRIO N°:	501748	
DIAGNÓSTICO:	TUT PINTO TIBUR (6) + FRACTURA			CIRURGIA:	PROVAD (TRAMADA)	
ANESTESIA:	Rogue			Nº DA SALA:	09	
CIRURGIÃO:	Isao Trí			CPF N°:		
AUXILIAR:				Lao-Tor	TRAUMATOL	CPF N°:
ANESTESISTA:	Mungo					
INSTRUMENTADORA:	Buzo			CPF N°:		

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30x8	UNID.	09		LUVA Nº 7,5	PAR	01	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR		
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	30		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.			SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	0,3		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA: muitos + 02 elitrodes + 05	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 17 MAI 2019		
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:	Renne		
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Fco Gonçalves Coutinho

Diagnóstico pré-operatório

FMT PILO TBS(D) + fractura, nefrose

Operação - Tipo

Fixação Fractura

Cirurgião

Lao-Ise Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPÉDIA
CRM-PI 2860 SBOT 10306

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Data da Operação

28/02/19

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO.
17 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Log C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Boneosseus Bracos
Omento fixado grena
transfusion (6) Unid Vasculado

Lao-Ise Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPÉDIA
CRM-PI 2860 SBOT 10306



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: <i>JO COCAINAS CORT/MICO</i>	Sala:	Alergia:	Data:
Procedimento: <i>FIXIPOL EXTRATO</i>	Cirurgião:	Observações:	

Agente	Unid.	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <i>METOTREXATO</i>	<i>125.8</i>												
2													
3 <i>COCAINA</i>	<i>2g</i>	<i>8</i>											
4													
5 <i>DITROPOF</i>	<i>2g</i>	<i>6</i>											
6 <i>ATROPINA</i>	<i>100.8</i>												
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
gênero													
120													
Volutil	%												

Acesso Vascular

- Periférico *20*
- Cat. Venoso nº *G*
- Dificuldade aces. venoso
- Gastos *cauterizes*
- Central _____

Via Aérea

- Cateter nasal
- IDT nº _____
- LMA nº _____

Monitorização:

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

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianesthesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito:

SPO2 (%)	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso			
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia:

Dr. Hugo A. Cavalcão Filho
Médico Anestesiologista
CRM-PB 0017

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimbra de Resende, 465 LOJA C
Centro-Norte CEP: 64000-470
Teresina-PI

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 178232

AIH: 2219100114627

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

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

707808636032010

FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NASCIMENTO 06/05/1988 SEXO M PRONTUÁRIO 501748

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

8694382022 HELENA GONCALVES COUTINHO

RESPONSÁVEL

JESSICA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

64040768 RUA D

NUMERO / LOTE

1481

BAIRRO

COMPLEMENTO

ANGELIM

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRAURA DE TORNOCOLO ESO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TTO CIRÚRGICODEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.062-470
Teresina-PI

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO
COD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURALUXACAO DO TORNOCOLO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

RICARDO SOARES VALENCA
CPF: 78709857591

CRM:

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

16/02/2019

DATA ADMISSÃO
16/02/2019 16:37DATA ALTA
17/02/2019 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)
TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR/ NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AValiação / AUDITORIA

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES
CPF: 03034832391

CRM:

DATA ANALISE: 16/02/2019 17:08:32

CRM

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OBERTÓRIO					OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO					TOTAL DE DOSES
	1					
	2					
	3					
LÍQUIDOS	SO-UTO 500					
	400					
	SANGUE 300					
	200					
	OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C°	260				
		240				
P. ARTERIAL	38	2				
V		200				
O		180				
PULSO		160				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		1				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		140				
RESPIRAÇÃO O		120				
		100				
		80				
		60				
		40				
		20				
		10				
SÍMBOLOS						SEQUÊNCIA
						1
						2
						3
						4
						5
						6
						7
						8
						9
						10
						11
						12
						13
						14
						15
TÉCNICAS						DURAÇÃO
OPERAÇÕES						INCIDENTE - ACIDENTE
CIRURGIÕES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						



AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome:	Co Cucculus Coutinho	Prontuário:	Data:
Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade:	Peso:
Procedimento(s) proposto(s):	X-ray CXR	Apto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardíocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

EXAME FÍSICO

PA	P脉搏: 68	<input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati:	<input checked="" type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4)
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:		
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:		
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:		
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:		
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD			
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:		

EXAMES COMPLEMENTARES

Hb	TP / RNI	Uréia		
HT	TTPa	Creatinina		
Plaquetas	Glicemia			
ECG		RX Tórax		
ECO				

SA:
BSERVAÇÃO DE CRPA: Anestesia proposta: Geral Outro: _____

Anestesiologista:

Dr. Hugo A. Carvalho Filho
Médico Anestesiologista
CRM-PI 63907

CRM:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco Gonçalves da Silva			
Diagnóstico pré-operatório	Pele negra com lesões profundas			
Operação - Tipo	Ressecção de lesões			
Cirurgião	Durval Ferreira	1º Assistente	Ricardo Valença	
2º Assistente		3º Assistente		
Instrumentador(a)	Neyrismar	Anestesista	Nilson	
Anestésico(a)	negocina Péssada + dianos			
Data da Operação	16/02/19	Início	16:00 h	
Diagnóstico Pós-operatório			Fim	16:50h
Relatório Imediato do Patologista	<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 17 MAI 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>			
Acidente Durante a Operação				

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

Ressecção de lesões
negras coloração negra
pele laranja + preta
de profundidade e fraca
na pele perda de tecido
sangue + urina

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 3766 / TEOT: 11305



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 16/02/19

NOME DO PACIENTE:	Francisco Gonçalves Pacheco			FRONTÁRIO N°: 501248
DIAGNÓSTICO:	Tumor do fígado Fase II			CIRURGIA:
ANESTESIA:				Nº DA SALA: 05
CIRURGÃO:	Dra. Valéria			CPF N°: DPVAT SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
AUXILIAR:	Dr. Valéria - Traumatologista			17 MAI 2019
ANESTESISTA:	CRM: 3766 - TEF: 11305			CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	CRM: 3766 - TEF: 11305			CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30x8	UNID.	02		LUVA N° 310	PAR	03	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA N° 715 615	PAR	02	para
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ÁLCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	10		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	01		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	01		eropam	UNID.	03	
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	2-C	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	B676		
PROLENE							



Braga & Braga

Importação e Exportação

0169

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA	CNPJ:63607790000198				
FABRICANTE :	CNPJ:				
PACIENTE:	FRANCISCO GONCALVES GOMINHO				
RG.HOSPITAL:	233158 COD.SIG TAP: 07002030724				
DATA:	ALTA:	USADO: 16/02/19			
PROCEDIMENTO:	0408050497				
MEDICO:	DR. RICARDO	CPF:	CRM:		
Produtos Utilizados/Implantados:					
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote		QTD

PARAF. ESPONSOZO 40

22

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

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

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: _____ / _____ / _____

Dr. Ricardo Valençoa
Ortopedia - Traumatologia
CEP: 11305

~~Responsável pela Farmácia~~

responsável pelo Preenchimento



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
E 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	233158

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO	6 - Prontuário: 501748
7-CNS: 707808636032010	8-Nascimento: 06/05/1988
11-Mãe: HELENA GONCALVES COUTINHO	9-Sexo: Masculino
13-Resp: JESSICA	12-Fone: 86-98157-6399
14-Ender: QD O CASA 21 RES MARIO COVAS - ANGELIM - CEP: 64069-990	14-Fone: 86-98157-6399
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64069-990

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

20-Cod.Proced.Princip. 0408050497	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO
31-Cod.Procedimento Especial 0702030724	32 - Descrição do Procedimento Especial: PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM

Quant. Solici-
cidata:
2

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

48-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Ricardo Valença Ortopedia - Traumatologia
49-Data Solicitação: 16/02/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91	CRM: 3768 - TEOTONIO PEREIRA DE ASS. CARIMBO (Rg. Conselho)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

17 MAI 2019

GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 100 Lote C
Centro, Maracanaú - Ceará CEP: 64.002-070
Teresina - PI

UPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

50 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF: 400319
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) VAS

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: 200319
		Marco de Moraes Martins S. Moura Médico - Radiologista CRM-PI 1260 - CRM-CONSELHO KARLA BATISTA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói - RJ - 24210-000

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE		Francisco Gonçalves		Cachorro			
DATA	16/05/2019	ARTERIAL	90	PULSO	92	RÉSPRACAO	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA		HEMOGLOBINEMIA		HEMATOCRITOS	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO	Recom 2T.				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					CORTICOIDES		ATARAXICOS OUTROS
ESTADO MENTAL					FÍSICOS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	Fratura tornozelo direito.				EFEITOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	1600 16:50				APLICADO AS TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	5 litros		11 M.V.P - Jelco 4			
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	150ml 150ml 150ml		2) Morfina 20mg			
TEMPERATURA T	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	SR02	92° 98% 99%	3) PLM 636			
P. ARTERIAL V O PULSO				4) Neostigm 1/2 Syr			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X				5) Domif 50mcg			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				6) 2100g - 5Lars			
RESPIRAÇÃO O				7) Cefazolin 2g a			
SÍMBOLOS				8) SRPA			
TÉCNICAS	Raqui-anestesia + PLM 636, mala, Lcr.		9) RFA: 120x70				
OPERAÇÕES	Desminex Bi-moleculares agudo 25%		BUR/RC = 88				
CIRURGIÕES	Duração + Reconto						
ANESTESISTAS	Nelson						
PARTICULARIDADES		Estrela.		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			

MOD 76 - HUT

Dr. Nelson Ribeiro Jr.
Médico Anestesiologista
CRM - RJ - 20.222-2

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Maurício Gonçalves Coutinho</u>		IDADE _____ anos	DATA <u>08/02/2019</u>						
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>09hs30 min</u>		TIPO DE ANESTESIA () GERAL () TRAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO		CIRURGIÃO _____					
CIRURGIA REALIZADA _____									
SINAIS VITAIS	HORÁRIO								
	ADMISSÃO		SAÍDA						
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>119x74</u>			<u>120x69</u>					
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	<u>65</u>			<u>71</u>					
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>			<u>100%</u>					
TEMPERATURA AXILAR (0°C)									
REQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)									
NOME/ MATRÍCULA	<u>MF-Paula</u>	<u>MF-Paula</u>							
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK				SAÍDA					
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>					
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>					
ESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>					
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>					
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>					
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>					
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>					
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>					
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>					
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>					
SCALA DE DOR ADMISSÃO									
SCALA DE DOR									
SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO					
0	mL	hs	mL	hs	hs	ml.	TOTAL <u>09</u>	ASS. <u>MF-Aprendiz Coutinho</u>	<u>17 MAI 2019</u>
1	mL	hs	mL	hs	mL	hs			
OLUÇÃO DE ENFERMAGEM:									
<p><u>09:30</u> admitido no SRPA com PUF de tórax ciangulo para� TNZ ①. Submetido a suspeita de cefalo, espasmo, rigidez de ce. <i>M. Aprendiz Coutinho CORON 200517-EN</i></p> <p><u>30:40</u> volta da SRPA <i>M. Aprendiz Coutinho CORON 200517-EN</i></p>									
SCRIÇÃO MÉDICA					ALTA SRPA				
					HORÁRIO				
					 Dr. Nuno Oliveira Anestesiologista				
					ANESTESIOLOGISTA				
CINCHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []									
COTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 14 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD []					<u>230 235</u>				

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 174627

AIH: 2219100110315

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
707808636032010	FRANCISCO GONCALVES COUTINHO		06/05/1988	M	501748
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		8694382022	HELENA GONCALVES COUTINHO	JESSICA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE	
64040768	RUA D			1481	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
ANGELIM			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRAURA DE TORNOZELO ESO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TTO CIRÚRGICOPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S825 - FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

05/02/2019

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

CPF: 21781721807

CRM:

DATA ADMISSÃO

05/02/2019 15:06

DATA ALTA

16/02/2019 16:37

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

TANIA MOREIRA AREA LEAO
CPF: 47061399315

CRM:

DATA ANALISE: 05/02/2019 16:28:04

CRM:

CRM:

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

**SUS**

**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

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 1000
CEP: 64.002-470
Teresina-PI

2-CNES
5828856

Código da Internação:

4-CNES
5828856

23243-

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO	6 - Prontuário: 501748		
7-CNS: 707808636032010	8-Nascimento: 06/05/1988	9-Sexo: Masculino	CPF: 036.742.273-55
11-Mae: HELENA GONCALVES COUTINHO	12-Fone: 86-98157-6399		
13-Resp: JESSICA	14-Fone: 86-98157-6399		
15-Ender: QD O CASA 21 RES MARIO COVAS - ANGELIM - CEP: 64069-990	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64069-990
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050578	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR
31-Cod.Procedimento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR
Quant. Solici data: 1	

Fornecedor da OPM: PIMMES

38-Profissional Responsável: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 08/02/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-01

Laudo
TRAUMATOLOGIA
CRM-PI
1600-3807-10386
2014-02-11-1375
CARIMBO MED. SOL. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF: -
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	Ass. Carimbo (Rg.Conselho)	

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF: -
		KARLA BATISTA

AUTORIZADO

**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: **FRANCISCO GONCALVES COUTINHO** (Prontuário: 501748)
Endereço: QD O CASA 21 RES MARIO COVAS - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 06/05/1988 Idade: 30a10m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 706201
Requisição: 918559 Solicitação: 05/02/2019 Solicitante: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS
Controle: 1149071 Convênio: SUS

Cod. SIA: 0204060168

RELATÓRIO:

Data Exame: 05/02/2019

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no maléolo medial da tibia.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

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

TERESINA - PI 01/04/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJOCPF: 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: **FRANCISCO GONCALVES COUTINHO** (Prontuário: **501748**)
 Endereço: QD O CASA 21 RES MARIO COVAS - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 06/05/1988 Idade: 30a10m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 706201
 Requisição: 918559 Solicitação: 05/02/2019 Solicitante: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS
 Controle: 1149072 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 05/02/2019

TORNOZELO DIREITO

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

- Fratura no maleolo medial da tibia.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIZ CEZAR)

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

TERESINA - PI 21/03/2019

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: **FRANCISCO GONCALVES COUTINHO** (Prontuário: 501748)
Endereço: QD O CASA 21 RES MARIO COVAS - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 06/05/1988 Idade: 30a10m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 706201
Requisição: 918559 Solicitação: 05/02/2019 Solicitante: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS
Controle: 1149073 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 05/02/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 21/03/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável



ATESTADO

FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO

Paciente sofreu fratura em tornozelo evoluindo com edema residual importante em MID e dificuldade de deambular.

m796



Teresina - PI, 12 de agosto de 2019.





Unidade: Hospital ProMorar

Nome: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

Data do exame: 30/05/2019

Id Paciente: 6851HP

Data do laudo: 10-06-2019

Raio X de Tornozelo Direito

ACHADOS:

Parafusos para fixação de fratura no maléolo medial da tibia, com sinais de consolidação.

Estruturas ósseas com textura e densidade normais.

Sinais de artrose navicular-cuboíde medial.

Demais superfícies e espaços articulares sem alterações.

Esporão posterior e Plantar no calcaneo



Dr. Leonardo Augusto
Médico Radiologista
CRM-PI: 3050

FRANCISCO, GONCALVES COUTINHO

031Y M 6851HP

Nasc: 06/05/1988

PÉ, FRN

LOW EXH

3520 X 4280

D | R: TO

HOSPITAL DO PROMORAR

30/05/2019

10:02:57

W: 1023 L: 511



53.85%



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAUJO
Rue Magalhães Filho, 152 – Centro Sul - Fone 86 3221-3640
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ 05.522.917/0016-56

Unidade: Hospital Promar

Nome: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

Data do exame: 30/05/2019

Id Paciente: 6851HP

Data do laudo: 10-06-2019

Raios X de Pés Direito

Parafusos para fixação de fratura no maléolo medial da tíbia, parcialmente avaliados.

Estrutura óssea intacta.

Espaços articulares preservados.

Partes móveis sem articulações.



Dr. Leonardo Augusto
Médico Radiologista
CRM-PI: 3050

FRANCISCO, GONCALVES COUTINHO
031Y M 6851HP
Nasc: 06/05/1988
TORNOZELO, FRN
LOW EXM
3520 X 4260

HOSPITAL DO PROMORAR
30/05/2019
10:10:28

W: 1023 L: 511

DIRELTO

53.85%

PACIENTE: FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO

MÉDICO SOLICITANTE: RAYNERIO COSTA MARQUES

IDADE: 31a 3m 2d

SEXO: M

PEDIDO: 641125

CÓD. PAC: 625420

DATA: 05/08/2019



ULTRASSONOGRAFIA PÉ DIREITO

RELATÓRIO:

Exame sonográfico realizado com transdutor de 7,5 mHz de foco dinâmico evidenciou:

- Pele íntegra.
- Importante aumento do volume das partes moles subcutâneas do pé com lâminas líquidas de permeio.
- Músculos/tendões com morfologia e ecotextura normais
- Vasos com características morfo-estruturais preservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Importante edema das partes moles subcutâneas do pé.




DR GIORGI CARVALHO
CRM 2831

PACIENTE: FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO
MÉDICO SOLICITANTE: RAYNERIO COSTA MARQUES
IDADE: 31a 3m 2d **SEXO:** M **PEDIDO:** 641126
CÓD. PAC: 625420 **DATA:** 05/08/2019



ULTRASSONOGRAFIA TORMOZELO DIREITO

RELATÓRIO:

Exame sonográfico realizado com transdutor de 7,5 mHz de foco dinâmico evidenciou:

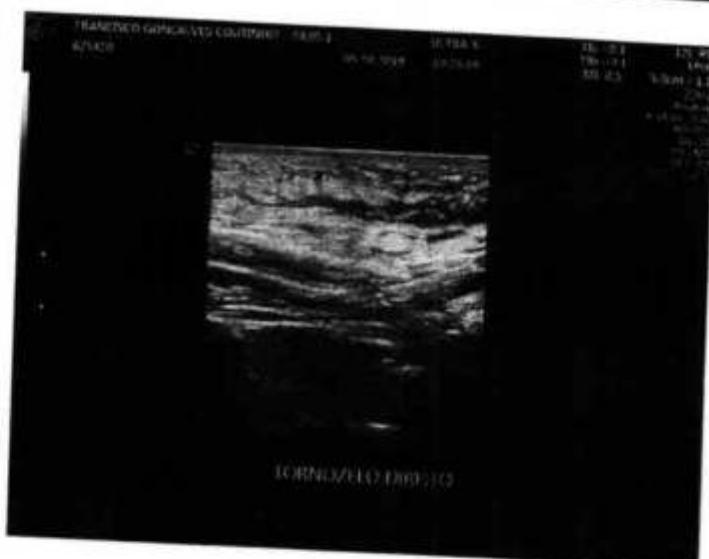
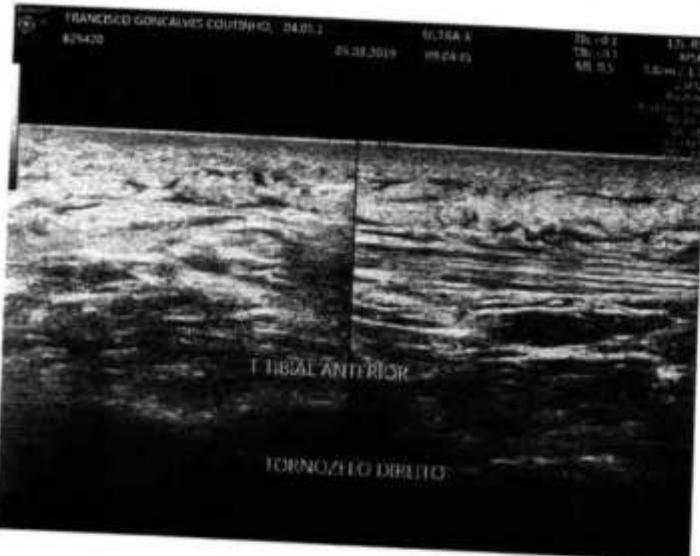
- Pele íntegra.
- Aumento do volume das partes moles subcutâneas do tornozelo com lâminas líquidas de permeio.
- Entesófita na inserção do tendão calcâneo.
- Demais músculos/tendões com morfologia e ecotextura normais
- Vasos com características morfo-estruturais preservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Importante edema das partes moles subcutâneas do tornozelo.
- Entesófita na inserção do tendão calcâneo.

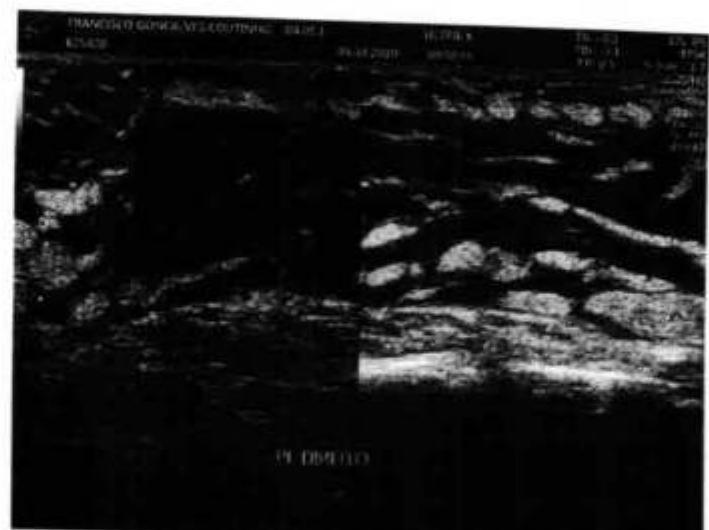


DR GIORGI CARVALHO
CRM 2831



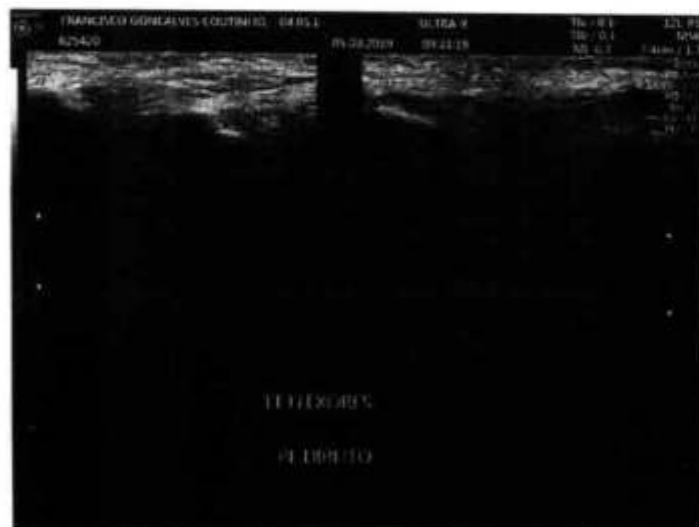
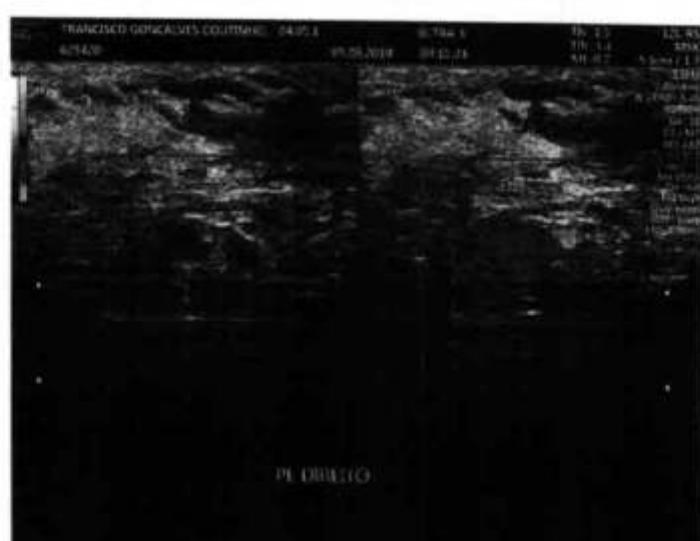
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 SET 2019



ENT
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 SET 2019



DÉPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002-470
Teresina - PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
Teresina-PI





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019

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

VALIDA 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 NATURALIDADE	
BARÃO DE GRAJAU-MA		DATA DE NASCIMENTO	
DOC. ORIGEM		18/12/1979	
CERT. NASC. 39752 V 53A F 097 EXP TERESINA-PI 27/08/99		Liberado	
TERESINA - PI 839.502.303-00		ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.118 DE 29/06/63 - DECRETO N° 89.250/83			

Francisco Gonçalves Coutinho

CPF: 036.712.213-55

Sinistro: 31501330980

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 SET 2019

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

Eu, nesse ato, alerto contém pedir
uma reanálise pois estou emendando,
laudos e rx do tornozelo mostrando
que estou imobilizado, tenho parafusos
especiais que marcam minha perna
para que eu possa ter melhor ambiente
de guarda e adaptação.

+ Francisco Gonçalves Coutinho

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190330980 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO **Data do acidente:** 05/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PAG. 14

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Gonçalves Coutinho
 RG: 2818888 Orgão Emissor: SSP-PI
 CPF: 036.742.273-55 Nacionalidade: Brasileiro
 Est. Civil: Solteiro Profissão: Autorromo
 Endereço: R. do Lazer Nº 1319
 Bairro: AUGUSTA Cep: _____ Cidade/UF: TERESINA - PI
 Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira
 RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
 Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
 Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
 Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

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: Francisco Gonçalves Coutinho
 CPF: 036.742.273-55 Data do Acidente: 05/02/19
 Cobertura solicitada: Invalidade Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 17 maio 2019
 Local e data

Fernando Gonçalves Coutinho
 Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
 3º Ofício de Notas
 Alessandro Alves de Sousa
 Escrivão Autorizado
 Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Lucílio Nogueira, 1225 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina - PI - Fone: (86) 3225-1225 - E-mail: ct3@ct3teresina.pi.gov.br
 Site: www.ct3teresina.pi.gov.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
 Teresina-PI, 17/05/2019. Selo: AAC48122-INSB
www.tjpi.jus.br/portalextra

ALESSANDRO ALVES DE SOUSA - ESCRIVÃO AUTORIZADO
 Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0/26 Total: 4,98 - OP: 65

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
**CONSULTE O SEU
 DIGITAL**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0167112/19

Vítima: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

CPF: 036.742.273-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

FRANCISCO GONCALVES COUTINHO : 036.742.273-55

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: 17/05/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Danielle Nobre de Sousa