

Rio de Janeiro, 05 de Junho 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: 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 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, 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: 036.742.273-55 Nome completo da vítima: Fernando Gonçalves Lourenço

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

Nome completo: Fernando Gonçalves Lourenço CPF: 036.742.273-55

Profissão: Autônomo Endereço: R. do Lixo Número: 1319 Complemento: _____

Bairro: Angelim Cidade: Teixeira Estado: Blair CEP: _____

E-mail: _____ Tel. (DDD): (86) 99472-5591

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR EM UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5987 03 CONTA: 62072 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTROLE DE PAGAMENTO
17 MAI 2019
GENTE SEGURO S.A.
Centro de Resposta 166
Rua da Assembleia 470
CEP: 40010-000

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: Teixeira, Piauí 17.05.19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO: Fernando Gonçalves Lourenço

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Fernando Gonçalves Lourenço

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): Reynoldes Alves de Oliveira

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001849/2019-87

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

CRUZAMENTO DA QD 66 COM A RUA MARIO BEZERRA, Nº:

Complemento

523852

Data/Hora

05/02/2019 - 14:21

Bairro

PARQUE PIAUÍ

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO

RG: 2818888

Mãe: HELENA GONÇALVES COUTINHO

Endereço: RUA DO LAZER, Nº 1319

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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 TRANFERIDO 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

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:	
	036.742.273-55	Frumencio Gonçalves Loureiro	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Frumencio Gonçalves Loureiro		036.742.273-55	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	R. do Luzer	1319	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Angelim	Teveze	Piauí	
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(86)994729591		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 5987 03	CONTA: 62 072 8	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTABILIZADO
17 MAI 2019
GENTE SEGURO
CENTRO DE RESOLUÇÃO DE SINISTROS
C.R.S. - 16500000-0
CNPJ 07.000.000/0001-00

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data, Teveze, Piauí 17.05.19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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 DE HALUX E, APRESENTA, AINDA, ESCORIAÇÕES EM HTE, AP-MV FISIOLÓGICO, 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 1M

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

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

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

Miguel Nery S. de Lencastre
MÉDICO
CPF: 2.206.071-3 / 302.918.303-00

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: 000000062072-8

Nr. da Autenticação C44FBC6D8ECD04CE

DEPARTAMENTO 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

compstrel
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.640.746/0001-89 (Insc. Estadual: 9.301.383-5)
Insc. Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Sirete 5-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
consulte, informe
seu NÚMERO!!

SEU CO
305021-8

Nº da Nota Fiscal 020167955

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONSUMO (kWh)

65

TOTAL A PAGAR (R\$)

63,94

CONTA Nº
ABRIL/2019

VENCIMENTO
17-04-2019

CRISTIANO GONCALVES COUTINHO
R. DO LAZER 1319
CPF: 80080590349520

B-URBANO

TABELA DE PREÇOS		TABELA DE LETURA	
Atual:		Atual:	11/04/2019
Anterior:	16661	Anterior:	13-03-2019
Constante de Multiplicação:	16596	Próxima Letura:	10-05-2019
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	09-04-2019
Consumo Faturado:	65	Apresentação:	11-04-2019
Forma de Faturamento:	Código de Tarifa: 0504N	Das de Contorno:	11-04-2019

Classes/Subclasses	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
--------------------	---------	----------------	-------	-------------	----------------

Mês/ano consumo		CONSUMO	
MAR/19	81	65 A R\$ 0,863994	56,15
FEV/19	45	CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP)	4,84
JAN/19	0	CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00	0,30
DEZ/18	89	MULTA POR ATRASO (2X)	2,01
NOV/18	229	JUROS POR ATRASO (2X)	0,64
OUT/18	201		
SET/18	243		
AGO/18	200		
JUL/18	194		
JUN/18	184		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
B A 05 - 9,620677			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO MENSAGEM

REVISAO TANTUMI. EXTRAORDINARIA MEDIA DE 1,45% A PARTIR DE 01/01/2019. COM USO RESOLUCAO ANEEL 7.523/2019.
LIQUE 0500-000 e 0500-1. PAGA DENTRO VENCIMENTO 15 10 15 20 15.
Parabens! Até o dia 09-04-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

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

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal 020924703

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

CONSUMO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2019	02/05/2019	143	145,18

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

RGT: 17.001.31.11.020100

Atual:	12927	Atual:	25/04/2019
Anterior:	12784	Anterior:	26/03/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/05/2019
Consumo Medidor:	143	Emissão:	24/04/2019
Consumo Faturado:	143	Apresentação:	25/04/2019
Forma de Faturamento:	NC/NAL	Dia de Consumo:	30
Código de Irregularidade:	FCAM		

Classo/Endereço	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	170

Mês/ano consumo	CONSUMO	143 A R\$ 0,856460 =	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		

PARTE 114 TRIBUTOS:
R\$ 143 - 0,516701

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

REVISÃO TARIFÁRIA EXTRAORDINÁRIA MÉDIA 1,45% A PARTIR DE 01/04/2019, CONFORME RESOLUÇÃO ANEEL 2.523/2011.
LIGADO 085 8890 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Para saber mais sobre a data 24/04/2019, não cobramos faturas vencidas
antes da data de emissão.

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/biblioteca/web/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 Maria de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando Gonçalves Coutinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.742.273-55 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fernando Gonçalves Coutinho, 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.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço informado, 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 Oito 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>

Th, Pi de 05 de 19
Local e Data

Kelly Maria 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 3338730, data de expedição 10/10/15

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: CAMPOLANHA

nº 3330

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 GONCALVES COUTINHO

cujo o condutor era

FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

Veículo: MOTO Modelo: YAMHA/T 135 CRYPTON Ano: 2010

Placa: NEM-7757 Chassi: 9C6KE1440A0007934

Data do Acidente: 05/02/19

Local e Data: TERESINA 17 MAIO 2019

Edson Pereira Silva Sousa

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELCO
DIGITAL

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua: Liberdade, 1223 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3223-0108 - E-mail: assessoria@themistoclessampaio.com.br
Título: Themistocles Sampaio

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE EDSON PEREIRA SILVA SOUSA, DOU FE. EM TEST. 11 DA VERDADE. Teresina-PI, 17/05/2019. Selo: AAC48127-YPJ6
www.tjpi.jus.br/portalexta.

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

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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 DE HALUX E, APRESENTA, AINDA, ESCORIAÇÕES EM HTE, AP-MV FISIOLÓGICO, 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 / CARIMBO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimbrão Resende, 465 Loja C
Centro - N.º CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Miguel Nogueira S. da Loba Verraz
MÉDICO
CRM 2206 CP - 342.911.303-00



**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".



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

0870877A

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 05/02/2019 15:21:33
(User: WOBBER)
(Estação: CONSULPA03)

Nome: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO		Prontuário: 501748	
Mãe: HELENA GONCALVES COUTINHO		Pai:	
End.Resid.: QD O 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:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

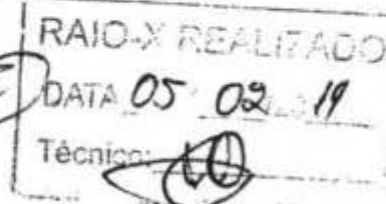


SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente vítima de trauma refere dor em perna esquerda e dificuldade em mobiliza-la. Ao exame: edema em MID. Nega dor abdominal, torácica, dispneia, cervicalgia, dispneia ou cefaleia.

Enl. pi sutura e m p (E)



Diagnóstico Inicial:

? Fr. Tornozelo (S)

Exames Complementares:

- (1149071) - PERNA DIREITA
- (1149072) - TORNOZELO DIREITO
- (1149073) - PE OU PODODACTILO DIREITO

Prescrição Médica:

Parecer da Ortopedia

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467 - ROR 11913

5825
0408050578

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: 05/02/19

HORA: 15:20

Assinatura Paciente ou Responsável

William Wobber Cardoso Barros
CRM-PI 2772 Em: 05/02/2019 15:21:31



HOY TÚ DE URGENCIA

HOY TÚ DE URGENCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO		501748	05/05/1988	30	Ortopédica	233	236	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
11:05/02/2019	FRAT TNZ E							
17/02/19								
1	Dieta p nefrópata							
2	jelco salinizado							
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
7	clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
8	Cuidados gerais e sinais vitais							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Dr. José Bastião L. Filho CRM 3357</p> </div> <div> <p>Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa-Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p> </div> </div>								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Dr. Giordânio Cronembregger / Dr. Yuri Ivago Félix Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p> </div> <div> <p>CRM 3425-TEOT/10029 / CRM 2308 / CRM 3766-TEOT/11305 / CRM 3367</p> </div> </div>								

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPMAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 469 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-170
Teresina-PI

Dr. Giordano Cronembregger /	Dr. Yuri Iivago Félix /	Dr. Ricardo S. Valença /	Dr. Paulo H. L. Pessoa-Eliho /
Ortopedia e Traumatologia /	Ortopedia e Traumatologia/	Ortopedia e Traumatologia /	Ortopedia e Traumatologia

CRM345-TEOT10029	/	CRMPI2308	/	CRM3766-TEOT11305	/	CRM3367
------------------	---	-----------	---	-------------------	---	---------



HOSPITAL : URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL : URGÊNCIA

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT**

[illegible]



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

A86514

233158

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

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: 54069-990

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

fratura da extremidade distal da tíbia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO

Tempo SUS
3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

CPF

32-Doc. Méd. Solic.:

787.098.575-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

RICARDO SOARES VALENÇA

16/02/2019

35-Autorização Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

(ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

-Documento:

49-Num. Documento:

)CNS ()CPF

Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 706201

Consulta SUS:

Impressão: 16/02/2019 16:35:30



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 08/09/2018

NOME DO PACIENTE:	Francisco Gonçalves Antunes	PRONTUÁRIO Nº:	501748
DIAGNÓSTICO:	TMT PIVOT 175ur (6) + fraturas	CIRURGIA:	PIVOT (175ur)
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Laço Tex	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESISTA:	Hugo	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Eluzo	CPF Nº:	

Laço Tex Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTODONTIA
CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30x8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	01	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
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 Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	0.3		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				muim + 02			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				blitadas + 05			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	Renne		
PROLENE							

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



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Fco Goncalves Coutinho		
Diagnóstico pré-operatório FMT. PULSO TRUSS/D + FURTOS, M. PROSE		
Operação - Tipo FIXAÇÃO EXTERNA		
Cirurgião Lao-Pé Frontiers	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação 08/05/19	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		



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

(1) ADM @ ASSESSORIA 3 LAÇOS
(2) PULSO TRUSS/D (3) FURTOS, M. PROSE
(4) PULSO TRUSS/D (5) FURTOS, M. PROSE
(6) PULSO TRUSS/D

Lao-Pé Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPELIA
CRM-PI 2660 SBO 10306



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Dr. Hugo A. Carvalho Filho

Sala:

Alergia:

Data:

Procedimento: fixação externa

Cirurgião:

Observações:

Agentes	Unid.	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>HUP 212 110</u>	<u>125 8</u>												
2													
3 <u>COCAINA</u>	<u>2g 8</u>												
4													
5 <u>PROPOFOL</u>	<u>2g 8</u>												
6 <u>CETRAPROLOL</u>	<u>100 8</u>												
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
gênio	<u>2</u>												
120													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico 20
☐ Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade aces. venoso
☐ Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito:

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

Descrição da Anestesia:

Dr. Hugo A. Carvalho Filho
Médico Anestesiologista
CRM-PE 25007



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

707808636032010

NOME DO PACIENTE

FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

NASCIMENTO

06/05/1988

SEXO

M

PRONTUÁRIO

501748

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

8694382022

NOME DA MÃE

HELENA GONCALVES COUTINHO

RESPONSÁVEL

JESSICA

CEP

64040768

ENDEREÇO - LOGRADOURO

RUA D

NUMERO / LOTE

1481

BAIRRO

ANGELIM

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

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 CIRURGICO

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 CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURALUXACAO DO TORNOZELO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

RICARDO SOARES VALENCA

CPF: 78709857591

CRM:

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

16/02/2019

DATA ADMISSÃO

16/02/2019 16:37

DATA ALTA

17/02/2019 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES

CPF: 03834832391

CRM:

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF:

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE				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	ATARÁXICOS	OUTROS																															
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS																																	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS																																
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	<table border="1"> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td></tr> </table>				1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		TOTAL DE DOSES	
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100																																				
TEMPERATURA T	38																																				
P. ARTERIAL	200																																				
V O	180																																				
PULSO	160																																				
	140																																				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	120																																				
	100																																				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	80																																				
	60																																				
	40																																				
RESPIRAÇÃO O	20																																				
	10																																				
SÍMBOLOS																																					
TÉCNICAS				DURAÇÃO																																	
OPERAÇÕES				INCIDENTE - ACIDENTE CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																	
CIRURGIÕES																																					
ANESTESISTAS																																					
PARTICULARIDADES																																					



AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: CO COUILLAS COUTINHO Prontuário: _____ Data: _____
Sexo: ☒ Mas: ☐ Fem: Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____
Procedimento(s) proposto(s): EX. 1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º 13º 14º 15º 16º 17º 18º 19º 20º 21º 22º 23º 24º 25º 26º 27º 28º 29º 30º 31º 32º 33º 34º 35º 36º 37º 38º 39º 40º 41º 42º 43º 44º 45º 46º 47º 48º 49º 50º 51º 52º 53º 54º 55º 56º 57º 58º 59º 60º 61º 62º 63º 64º 65º 66º 67º 68º 69º 70º 71º 72º 73º 74º 75º 76º 77º 78º 79º 80º 81º 82º 83º 84º 85º 86º 87º 88º 89º 90º 91º 92º 93º 94º 95º 96º 97º 98º 99º 100º Apto? ☐ Sim ☐ Não

ANAMNESE

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 - Patologias cardiocirculatórias | <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: 120/80 Pulso: 68 ☐ arritmico ☐ Normal ☐ Alterado: _____
1. Respiratório ☐ Normal ☐ Alterado: _____
2. Cardiovascular ☐ Normal ☐ Alterado: _____
3. Neurológico ☐ Normal ☐ Alterado: _____
4. Abdome ☐ Normal ☐ Alterado: _____
5. Vias aéreas ☐ Possível VAD ☐ Normal ☐ Alterado: _____
6. Extremidades ☐ Normal ☐ Alterado: _____
Mallampati: 1 (2) (3) (4)

EXAMES COMPLEMENTARES

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

SA: 2 Anestesia proposta: ☐ Geral ☐ Outro: _____
BSERVAÇÃO DE CRPA: _____

anestesiologista:

CRM:

Dr. Hugo A. Carvalho Filho
Médico Anestesiologista
CRM-PB 907



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Francisco Gonçalves Lourenço*
Diagnóstico pré-operatório *fratura fechada*
Operação - Tipo *fixação interna*
Cirurgião *Durval Feres* 1º Assistente *Ricardo Valença*
2º Assistente 3º Assistente
Instrumentador(a) *Neirismar* Anestesista *Nilson* Anestesia *Dr. Ricardo Valença*
Anestésico(a) *neocaina pesada + morfina*
Data da Operação *16.02.19* Início *16:00 h* Fim *16:50 h*
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*para fixar a fratura
com o uso de placa
e parafusos + fios
de sutura e pontos
de fechamento*

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3756 TEOT: 11305

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____**Fundação Municipal de Saúde****BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO**

DATA 16.02.19

NOME DO PACIENTE:	FRANCISCO GONCALVES ROCHA	IDENTIFICADOR Nº:	501248
DIAGNÓSTICO:	lesão do joelho	CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Daniel	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Deborah	CPF Nº:	
ANESTESISTA:	MARSON	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Nayrisma	CPF Nº:	

**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 Nº 3.0	PAR	03	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 7.15 bis	PAR	02	cada
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 Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	01		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 26	UNID.	01		crepom	11	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 COUTINHO		COD.SIG TAP: 0702030724	
RG.HOSPITAL: 233158		USADO: 16/02/19	
DATA:	ALTA:		
PROCEDIMENTO: 0408050497			
MEDICO: DR. RICARDO		CPF:	CRM:
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote QTD

PARAF. ESPONDOZO 4.0

02



Responsável Pelo Preenchimento:

Data: / /

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
RESPONSÁVEL PELA FARMÁCIA
TELEFONE: 11305

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: 233158
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

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-Fone: 86-98157-6399		
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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:		
0408050497	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO		
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidata:
0702030724	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM		2
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA			

38-Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40-Tp. Documento: CPF 787.098.575-91	40-No.Doc. Med. Solic.: 787.098.575-91
39-Data Solicitação: 16/02/2019		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

<i>John de Souza</i>
AUTORIZAÇÃO

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

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: 200319
		Marcondes Martins S. Moura Med. Cirúrgico - FMS - Teresina CRM-PI 1260 - C.R.S. 119889912001 (CARLA BATISTA)

FOLHA DE ANESTESIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - N.º 01011-900



UNIDADE DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE		FRANCISCO GONCALVES CAVALCANTE		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		ALTURA	
DATA	16/05/19	ARTERIAL	140/90	PULSO	92	HEMATOCRITOS		GLICEMIA		DOS. URÉIA	
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGÜÍNEO		HEMATIMETRIA		HEMOGLOBINEMIA		HEMATOCRITOS		GLICEMIA	

EXAMES DE URINA		FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO		SISTEMA RESPIRATÓRIO		ASMA	
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO		BRONQUITE	
ESTADO MENTAL		CORTICOIDES		ATARAXICOS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		FÍSICOS		OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		APLICADO AS		EFEITOS	

AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO		TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500		11 M.P. - Jaleco 16	
TEMPERATURA T		SANGUE 400		2) morfina 2mg	
P. ARTERIAL V O PULSO		OUTROS 100		3) PLM 13ly	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		92% 98% 99%		Neocortina 12,5mg	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		92% 98% 99%		Dormifone 5mg	
RESPIRAÇÃO O		92% 98% 99%		02 l/min - 5 l/min	

SÍMBOLOS		TÉCNICAS		INCIDENTE ACIDENTE	
OPERAÇÕES		RAQUIANESTESIA		PLM 13ly	
CIRURGIÕES		DURVAL + RIBEIRO		DURVAL + RIBEIRO	
ANESTESISTAS		Nelson		DURVAL + RIBEIRO	
PARTICULARIDADES		Estável.		CONDICÕES POS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

Dr. Nelson Ribeiro Jr.
Médico Anestesiologista
CRM - RJ 100.000.000-00

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Marcelo Gonçalves Coutinho IDADE _____ anos DATA 08/02/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 09hs30min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>119x74</u>	<u>120x69</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>65</u>	<u>71</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>MT - Paula</u>	<u>MT - Paula</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR (VIZIÃO)	
ESCALA DE DOR (VIZIÃO)	

TOTAL 09
 ASS. Me Apreciação Conselho
 DEPARTAMENTO 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
 () NASCIMENTO () NASCIMENTO

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE
s mL	hs mL	hs mL	hs mL
s mL	hs mL	hs mL	hs mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
09:30 admitido no SRPA com PUF de 100
para fazer TNE (1) submetido a anestesia consciente
verbal, reflexo, respiratório e c.c.
30:40 volta do SRPA com 100

SCRITÓRIO MÉDICO
 ALTA SRPA
 HORÁRIO
 Dr. Nilton Oliveira
 Anestesiologista
 CRM-PI 200517-EM

DEAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()
 SITO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () TORT () NEU () CIR () MÉD



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

17865M

232434

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 Internac 2324
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO	6 - Prontuário: 501748		
7-CNS: HELENA GONCALVES COUTINHO	8-Nascimento: 06/05/1988	9-Sexo: Masculino	CPF: 036.742.273-55
11-Mãe: JESSICA	12-Fone: 86-98157-639		
13-Resp: QD O CASA 21 RES MARIO COVAS - ANGELIM - CEP: 64069-990	14-Cor: Sem Informaç		
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRAURA DE TORNOZELO ESQ	<div>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</div>		
21 - Condições que justificam a internação: TTO CIRURGICO			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): RX+ EXAME FISICO			
23-Diagnóstico Inicial: Fratura do maléolo medial	24-CID Prim: S82	25-CID Sec.: 	26-CID Terc.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050578	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR		
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-07
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	34-Data Solicitação: 05/02/2019	35-Data Recebimento: 05/02/2019	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50-Assinatura Paciente ou Responsável: Antônio Moura Moura	51-Data Recebimento: 05/02/2019

Dr. Carlos Alves Araújo Filho
ASSESSOR DE AUTORIZAÇÃO
CRMPI 1866 - CPF 127.417.73-57
CNS: 98010000036529

Usuário: **MARIA SILVA**
Consulta Local: **704201**
Consulta SUS:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR				N° LAUDO: 174627 AIH: 2219100110315	
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 707808636032010	NOME DO PACIENTE FRANCISCO GONCALVES COUTINHO			NASCIMENTO 06/05/1988	SEXO M
DOCUMENTO CPF 8694382022	TELEFONE 8694382022			NOME DA MÃE HELENA GONCALVES COUTINHO	
CEP 64040768	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA D			NUMERO / LOTE 1481	
BAIRRO ANGELIM	COMPLEMENTO			MUNICÍPIO TERESINA	UF PI
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRAURA DE TORNOZELO ESQ					
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TTO CIRURGICO					
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS 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 CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR					
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA			PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(N° DO CONSELHO)) FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA CPF: 21781721807		
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 05/02/2019		CRM:		
DATA ADMISSÃO 05/02/2019 15:06	DATA ALTA 16/02/2019 16:37	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO			
CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)					
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	N° DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA
AUTORIZAÇÃO					
JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO					
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(N° DO CONSELHO)) TANIA MOREIRA AREA LEAO CPF: 47061399315			NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CRM DATA ANALISE		
CRM:			DATA ANALISE: 05/02/2019 16:28:04		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:					





**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



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-Mãe: **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**

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64069-990**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0408050578

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

31-Cod.Procedi-
mento Especial

32 - Descrição do Procedimento Especial:

FIXADOR EXTERNO LINEAR

0702030406

Quant. Soli-
cidada:

1

Fornecedor da OPM: **PIMES**

38-Profissional Responsável:

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

08/02/2019

40-No.Doc. Méd. Solic.:

217.817.218-07

Laudo Médico Sol. (CRM)
Traumatologia e Ortopedia
CPF: 060.5807.1036

JUSTIFICATIVA DE SOLICITAÇÃO

*Fratura com fixação
recusado*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF: -

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)



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

Pág. 1 de 1

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: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

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 íntegros.
- 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 ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Autenticado em 05/02/2019
Assinado por
SUSPENSÃO
CONTEUDO NÃO VERIFICADO



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.

(LUIS CEZAR)



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 íntegros.
- 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


RAYNERIO COSTA MARQUES
MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 2256

Teresina - PI, 12 de agosto de 2019.





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: 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-cuboide medial.

Demais superfícies e espaços articulares sem alterações.

Esporão posterior e Plantar no calcâneo



Dr. Leonardo Augusto
Médico Radiologista
CRM-PI: 3050

FRANCISCO, GONCALVES COUTINHO

031Y M 6851HP

Nasc: 06/05/1988

PE,FRN

LOW_EXM

3520 X 4280

DIREITO

HOSPITAL DO PROMORAR

30/05/2019

10:02:57

W: 1023 L: 511



53.85%



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: Hospital ProMorar

Nome: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

Data do exame: 30/05/2019

Id Paciente: 6851HP

Data do laudo: 10-06-2019

Rota R do Pe Direito

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

Estrutura óssea íntegra.

Espaços articulares preservados.

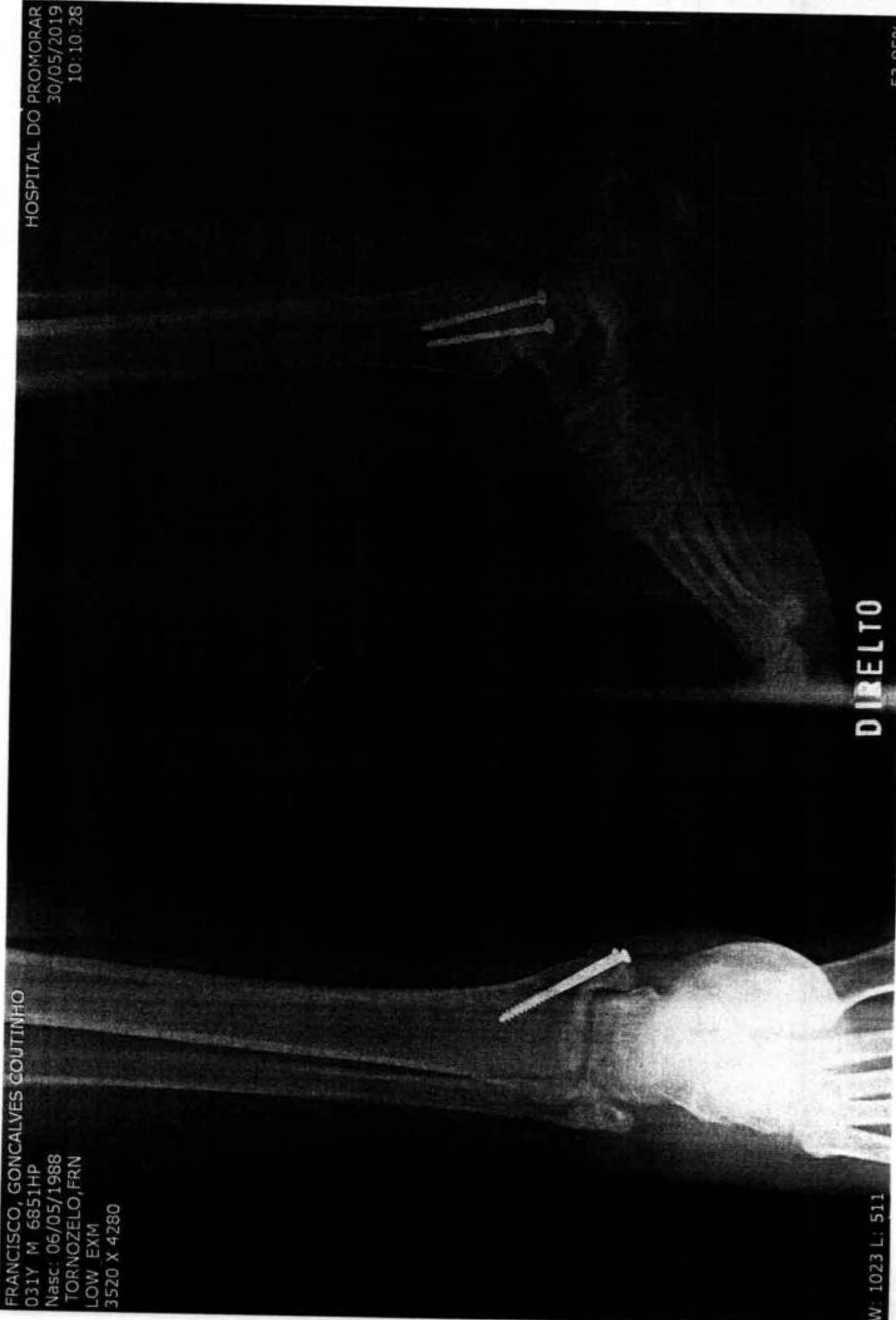
Partes moles sem particularidades.

Dr. Leonardo Augusto
Médico Radiologista
CRM-PI: 3050



FRANCISCO, GONCALVES COUTINHO
031Y M 6851HP
Nasc: 06/05/1988
TORNOZELO, FRN
LOW EXM
3520 X 4280

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



DIREITO

W: 1023 L: 511

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

ULTRASSONOGRRAFIA TORNOZELO DIREITO

RELATÓRIO:

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

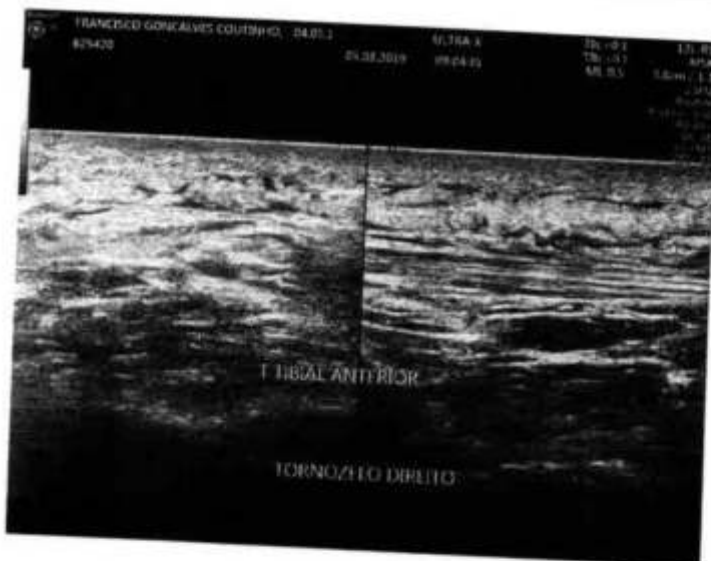
- Pele íntegra.
- Aumento do volume das partes moles subcutâneas do tornozelo com lâminas líquidas de permeio.
- Entesófito na inserção do tendão calcâneo.
- Demais músculos/tendões com morfologia e ecotextura normais
- Vasos com características morfo-estruturais preservadas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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



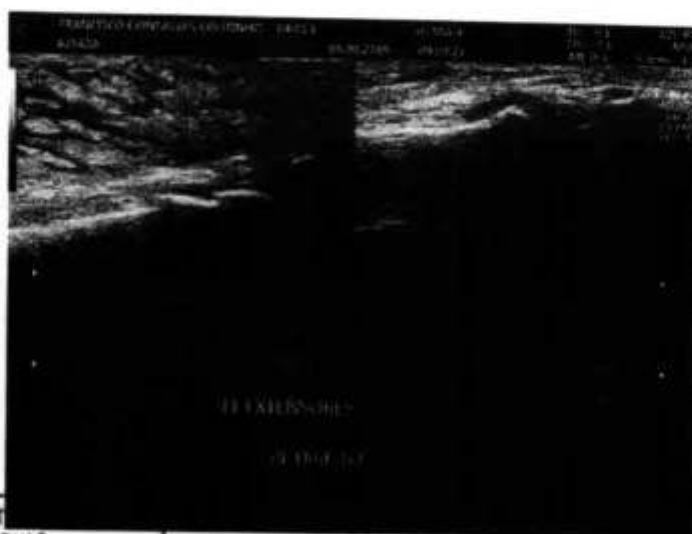
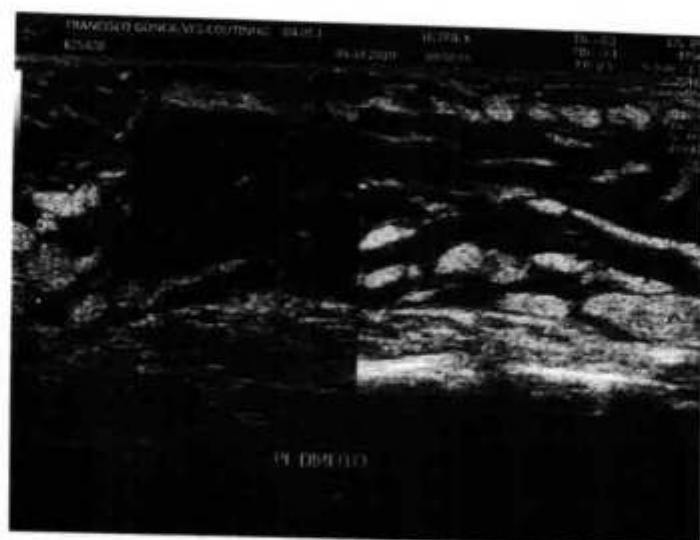
DR GEORGI CARVALHO
CRM 2831



CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 SET 2019

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



Page 2 of 3

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CENTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PI

STANISLAW GOMCALVES COSTA

1654725692

05244404127

05/09/2023

30/11/2013

1654725692

PIAUI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0501401

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PLIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 39752 1 53A F 097
EXP. TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

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

Francisco Gonçalves Coutinho

CPF: 036.742.273-55

Sinistro: 31501330980



Eu, unho outros deste carta pedi
uma reanálise pois estou enviando,
laudos e rx ao tomógrafo mostrando
que estou imobilizado, tenho parafusos
espero que marquem minha pericia
para que eu possa ser melhor atendido
quando a aguardo

+ 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

Valoração 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 Órgão Emissor: SSP-PI

CPF: 036.742.273-55 Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: AUTÔNOMO

Endereço: R. DO LAZER Nº 1319

Bairro: AUGELIM Cep: _____ Cidade/UF: TERESINA-PI

Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly moura de oliveira

RG: 2.212.129 Órgão 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

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

ATÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escritor Autorizado
Teresina-PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro de Aguiar, 1225 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI. Fone: (86) 3221-4120 - E-mail: atendimento@teresiananotario.com.br
Notário: Antônio Gonçalves de Sampaio Freixo

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO. DOU FE. EM TEST. 17 DA VERDADE. Teresina-PI, 17/05/2019. Selo: AAC49122-INSB
www.tjpi.jus.br/portalexta.

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

ATÓRIO 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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

Titular do CPF: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa