

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0813695-80.2020.8.18.0 x Merge PDF files online. x + -

Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=523486&ca=c4edfa9cc488e4fb... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

ProceComCiv 0813695-80.2020.8.18.0140
FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS

11259977 - CONTESTAÇÃO (2741269 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 12/08/2020 10:57:34

12 Aug 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 11259974 - CONTESTAÇÃO
 - 11259977 - CONTESTAÇÃO (2741269 CONTESTACAO 01)
 - 11259979 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11259980 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11259981 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11259983 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

27 Jul 2020

EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS.
11004990 - Citação

2741269- CJ/2020-02883/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOCADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08136958020208180140

Ativar o Windows
Assa a configuração de computador para ativar o Windows.

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf Exibir todos x

10:58 12/08/2020



Número: **0813695-80.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **21/06/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO GONCALVES COUTINHO (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11259 979	12/08/2020 10:57	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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: 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





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

Pag. 00751/00752 - carta_09 - INVALIDEZ

00060376



Carta nº 14801996



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:

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

Nome completo: Fernando Gonçalves Coutinho CPF: 036.742.273-55
Profissão: Autônomo Endereço: R. do Lixo Número: 7319 Complemento:
Bairro: Angelim Cidade: Feira Estado: BA CEP:
E-mail: Tel.(DDD): (86) 99472-9591

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 (134)
AGÊNCIA: 5987 03 CONTA: 62072 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ **CONTA CORRENTE** (Indicar 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.

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 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.



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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ 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 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: Feira, 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.**

11/2018



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.102-470
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, 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: 2818886

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:

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

Nome completo: Fernando Gonçalves Coutinho CPF: 036.742.273-55
Profissão: Autônomo Endereço: R. do Woyze Número: 7319 Complemento:
Bairro: Angelim Cidade: Tejupá Estado: Goia CEP:
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 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.

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 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, cujo discorde do seu conteúdo.

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
Vivos: Falecidos:

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

Local e Data, Tejupá, 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.

V001/2018

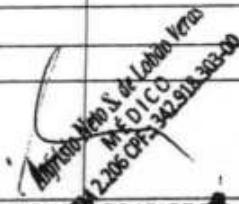
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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 URGÊNCIA 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 D E HALUX E, APRESENTA, AINDA, ESCORIAÇÕES EM HTE, AP-MV FISIOLÓGICO, HD: FRATURA MALLEOLO MEDIAL DE TIBIA			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
AGNÓSTICO(CID): FRATURA DO MALLEOLO 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			

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

DATA: 05/02/2019 14:21:11
 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:57:34
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210573261200000010669112
Número do documento: 20081210573261200000010669112

05/02/2019 15-



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



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

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)
Inscrição Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série G-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/PI/SE

Para contato
consulte, informe
nosso NÚMERO!!

SEU CO
13021-8

Nº da Nota Fiscal 020167955

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSSE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) 65

TOTAL A PAGAR (R\$) 63,94

CONTAS EM VENCIMENTO
16/04/2019 17-04-2019

CRISTIANO GONCALVES COUTINHO
R. DO LAZER 1319
CPF: 00080590349520

B-URBANO

DADOS DE FATURAMENTO		DADOS DA LEITURA	
Atual:		Atual:	11/04/2019
Anterior:	16661	Anterior:	13-03-2019
Constante de Multiplicação:	16596	Próxima Leitura:	10-05-2019
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	09-04-2019
Consumo Faturado:	65	Apresentação:	11-04-2019
Forma de Faturamento:	Código de Regulação: 29	Dia de Contagem:	11-04-2019

Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	----------------

Mês/ano consumo		CONSUMO		
MAR/19	81	65 A R\$ 0,863994		56,15
FEV/19	45	CONTR. ILUMINACAO 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:
R\$ 65 - R\$ 62,0027

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO MENSAGEM

REVISAO TARIFARIA EXTRAORDINARIA MEDIA DE -1,45% A PARTIR DE 01/01/2019, CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2.528/2019.
LEQUE 03/19-0004-0001 E FACA DENTRO VENCIMENTO 15/05/2019
Parabens! Até o dia 09-04-2019, não constataremos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.



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
CEP: 06.840.740/0001-89 | Insc. 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.

CONTA Nº
ABRIL/2019

02/05/2019

CONSUMO (LW)

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

RGT: 17.001.31.11.020100

Atual:	12927	Atual:	25/04/2019
Anterior:	12784	Anterior:	26/03/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Letura:	24/05/2019
Consumo Medido:	143	Emissão:	24/04/2019
Consumo Faturado:	143	Apresentação:	25/04/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dia de Consumo:	30
Código de Irregularidade:			

Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	170

MAR/19	153	CONSUMO	143 A R\$ 0,858460 =	122,75
FEV/19	204	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		18,58
JAN/19	133	CORRECAO MONETARIA IGPIM (2X)		2,13
DEZ/18	136	MULTA POR ATRASO (2X)		6,55
NOV/18	160	JUROS POR ATRASO (2X)		3,17
OUT/18	138			
SET/18	158			
AGO/18	186			
JUL/18	171			
JUN/18	206			

TARIFA DE DISTRIBUIÇÃO
R\$ 1,43 - 0,616701

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

REVISÃO TARIFÁRIA EXTRAORDINÁRIA MÉDIA 1,43% A PARTIR DE 01/04/2019, CONFORME RESOLUÇÃO ANEEL 2.523/2013.
LIGADO EM 085.8800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 10 15 20 25.
Passado o prazo de 24/04/2019, não constatamos faturas vencidas.
Atenciosamente, a concessionária.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Kyelly Moises 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 Trouxido 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 comprovatórios.

☒ 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>Terexina</u>	Estado <u>Paraíba</u>	CEP
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99472-9541</u>	

Terexina de 05 de 19
Local e Data

Kyelly Moises 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
Rua: CAMPOLANDEA, 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 GONÇALVES COUTINHO, cujo o condutor era
FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO
Veículo: MOTO Modelo: YAMHA/T 115 ECRYPTO 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
Escritor Autorizado
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua (Liberdade Negativa, 1223 - Centro - CEP: 64001-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3224-8100 - E-mail: atendimento@themistoclessampaio.com.br
Titular: Themistocles Sampaio de Sousa

RECONHEÇO 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/portalextra

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



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 URGÊNCIA 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 D E HALUX E, APRESENTA, AINDA, ESCORIAÇÕES EM HTE, AP-MV FISIOLÓGICO, HD: FRATURA MALLEOLO MEDIAL DE TIBIA

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

AGNÓSTICO(CID): FRATURA DO MALLEOLO 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 Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - N.º CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Médico: Nelo S. de Lóbia Viana
M401CO
2206 CPF: 342.974.203-00

[Assinatura]

05/02/2019 1





**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:

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:			

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

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:		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.007-470
Teresina-PI

SSVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	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.

RAIO-X REALIZADO
DATA 05.02.19
Técnico: (assinatura)

Enc. PI SUTELA em pte (assinatura)

Diagnóstico Inicial:	CID:
? Fr. Tornozelo (assinatura)	

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 34671-2007-11913

5825
0408050578

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA:	HORA:
Observação (Adulto)	05/02/19	15:30

Assinatura Paciente ou Responsável

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





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HORÁRIO DE URGÊNCIA

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 nefropata							
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							
Dr. Paulo Henrique L. Filho CRM 31357 Dr. Ricardo S. Valença CRM 3766-TEOT-11305 Dr. Yuri Jivago Félix CRM 3425-TEOT-10029 Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho CRM 13367								

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DP/AT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro - N.º 64.402-670
Teresina-PI

'SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Fraunson</u>	IDADE <u> </u> anos	DATA <u>16/02/2019</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>17</u> hs <u>00</u> min	TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	
CIRURGIA REALIZADA <u>Fast-plate tibial D</u>		CIRURGIÃO <u> </u>

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>141/59 (84)</u>	<u>157/89</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>71</u>	<u>89</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u> </u>	<u> </u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u> </u>	<u> </u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Vauis</u>	<u> </u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	<u> </u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Admitido na RPA no pós de plate tibial D. Sob efeito de anestesia. Consciente. Respirando espontaneamente. Bom estado geral.

Plano Chequear Dor



PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA	<u>Antonio Cortez</u> Anestesiologista CRM-PI 3.736
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS <u> </u>	HORÁRIO	ANESTESIOLOGISTA

1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD []



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

233158
A86514

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Laudo 178232

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	14-Cor: Sem Informação		
13-Resp: JESSICA	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				

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>fratura do tornozelo</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>Q dmy</i>			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>13</i>			
23-Diagnóstico Inicial: fratura da extremidade distal da tibia	24-CID Prim: S823	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050497	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO	Tempo SUS 3	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 16/02/2019	35-Data de emissão do laudo: 16/02/2019	36-Data de assinatura: 16/02/2019

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: <i>Ednan Soares Coutinho</i>	47-Data Autorização: 20/3/19	48-Data de emissão do laudo: 16/02/2019	49-Data de assinatura: 16/02/2019
-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Data de emissão do laudo: 16/02/2019	51-Data de assinatura: 16/02/2019
Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Francisco Gonçalves Coutinho</i>		52-Data de emissão do laudo: 16/02/2019	53-Data de assinatura: 16/02/2019

20/3/19
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CNS 17026395120001
16/02/2019 (Rg.Conselho)

Usuário: (KARLA BATISTA)
Consulta Local: 706201
Consulta SUS:
Impressão: 16/02/2019 16:14:16





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 Coutinho	PRONTUÁRIO Nº:	501748
DIAGNÓSTICO:	TUMOR PULMÃO (6) + FISTULA	CIRURGIA:	PLEUROECTOMIA (12/2018)
ANESTESIA:	Raque	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Lauro Tex	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESISTA:	Hugo	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Elizete	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.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				muim + 02			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				elétricos + 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, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Fco Goncalves Coutinho</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>FMT. PIVOT TIBIAL + FRACTURA, NA PROJE</i>		
Operação - Tipo <i>FIXAÇÃO EXTERNA</i>		
Cirurgião <i>Lao-Isé Fronteira</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>08/02/19</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<i>1) ADRIANO ASSUNÇÃO 3) LAÇOS</i>		
<i>4) PIVOTA 5) PIVOTO EXTERNA</i>		
<i>TRANSARTROSCÓPICA 6) UNIFORME VASCUARIZADO</i>		
<i>Lao-Isé Fronteira</i> TRAUMATOLOGIA E ORTOPELIA CRM-PI 2660-5807 10306		



Mod. 76 HUT





FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: EDNAN SOARES COUTINHO

Sala:

Alergia:

Data:

Procedimento: FIXAÇÃO EXTENSO

Cirurgião:

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. <u>Propofol 1%</u>	<u>125.8</u>												
2.													
3. <u>Curaxin</u>	<u>2g.8</u>												
4.													
5. <u>Propofol 1%</u>	<u>2g.8</u>												
6. <u>Curaxin</u>	<u>2g.8</u>												
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
gêno	<u>2</u>												
ISO													
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-PR 1007



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 178232	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100114627	

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		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 CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

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))

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
16/02/2019

RICARDO SOARES VALENCA
CPF: 78709857591

DATA ADMISSÃO
16/02/2019 16:37

DATA ALTA
17/02/2019 09:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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: 03834832391

CRM:

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

CPF:

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	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 OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					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 O		200				
PULSO		180				
		160				
		140				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120				
		100				
		80				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60				
		40				
RESPIRAÇÃO O		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						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

MOD 76 - HUT





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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: EDNAN SOARES COUTINHO Prontuário: _____ Data: _____
Sexo: ☒ Mas: ☐ Fem. Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____
Procedimento(s) proposto(s): EXTRAÇÃO DENTÁRIA Apto? ☐ Sim ☐ Não

ANAMNESE

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 - Patologias cardiocirculatórias | ☐ Sim | ☐ Não |
| 2 - Patologias respiratórias | ☐ Sim | ☐ Não |
| 3 - Antecedentes patológicos | ☐ Sim | ☐ Não |
| 4 - Convulsão | ☐ Sim | ☐ Não |
| 5 - Passado anestésico cirúrgico | ☐ Sim | ☐ Não |
| 6 - Transfusão sanguínea | ☐ Sim | ☐ Não |
| 7 - Uso de medicação | ☐ Sim | ☐ Não |
| 8 - Alergia | ☐ Sim | ☐ Não |
| 9 - História familiar de complicações anestésicas | ☐ Sim | ☐ Não |

EXAME FÍSICO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

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

SA: 2 Anestesia proposta: ☐ Geral ☐ Outro: _____

BSERVAÇÃO DE CRPA:

anestesiologista:

CRM:

Dr. Hugo A. Carvalho Filho
Médico Anestesiologista
CRM 15907

100-122





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Acidente Durante a Operação

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

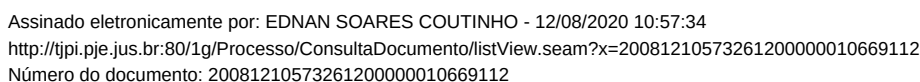
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

(Técnica, Ligadura, Sutura, Drenagem, Fechamento)

Parte da pele do antebraço
contendo o cotovelo e a
parte lateral + interna
do antebraço + parte lateral
do braço - para a
sutura + drenagem

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 3.668 TEOT: 11305

Mod. 76 HUT





Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N°

Proc. N°

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 16/02/19

NOME DO PACIENTE:	FRANZISCO GONCALVES ROCHA	PRONTUÁRIO N°:	501248
DIAGNÓSTICO:	Yano do (palestra)	CIRURGIA:	
ANESTESIA:		N° DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Darival	CPF N°:	
AUXILIAR:	Dr. Alexandre Valença	CPF N°:	
ANESTESISTA:	WILSON	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Neurisma	CPF N°:	



MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	24 UNID.	02	
AGULHA 30x8	UNID.	02		LUVA N° 310	PAR	03	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA N° 715 6rs	PAR	02	penda
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° 26	UNID.	01		Prepdm	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		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE				CIRCULANTE: B676			





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. ESPONJOSO 4.0

02



Responsável Pelo Preenchimento:

Data: ____/____/____

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
TEOD: 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

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

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-Fone: **86-98157-6399**

End: **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.

0408050497

30 - Procedimento Principal / Descrição:

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

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030724

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM

Quant. Soli-
cidata:

2

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável:

RICARDO SOARES VALENÇA

40-Tp. Documento:

CPF

Dr. Ricardo Valença

Ortopedia - Traumatologia

39-Data Solicitação:

16/02/2019

40-No.Doc. Méd. Solic.:

787.098.575-91

CRM: **3768**

TEOT: **1100**

Ass. Carimbo

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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
530855-9
Med. Cirurgião - FMS - Teresina
CRM-PI 1260 - CBO 3120001
(KARLA BATISTA)



FOLHA DE ANESTESIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019



GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói - CEP: 24030-100

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Francisco Gonçalves Coutinho					
DATA	16/05/19	ARTERIAL	140/90	PULSO	92	RESPIRAÇÃO	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO						ASMA	
SISTEMA DIGESTIVO						BRONQUITE	
ESTADO MENTAL						SISTEMA URINÁRIO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						CORTICOIDES	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						ATARÁXICOS	
						OUTROS	
						FÍSICOS	
						EFEITOS	
						APLICADO AS	
						TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS		16:00 16:50					
LÍQUIDOS		15:00 15:15 15:30					
TEMPERATURA		92% 98% 99%					
P. ARTERIAL V O PULSO		38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		Y Y Y Y					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		X X					
RESPIRAÇÃO O		X X					
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS							
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							

CONDIÇÕES POS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

Dr. Nilson Ribeiro Jr.
Médico Anestesiologista
CRM - RJ 120.700-2

MOD 76 - HUT



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Formisca Gonçalves Pontes</u>		IDADE _____ anos	DATA <u>08.02</u> /2019
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>09h30</u> min		TIPO DE ANESTESIA () GERAL () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	
CIRURGIÃO			

SINAIS VITAIS		HORÁRIO	
	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 ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2 ☒	2 ☒
	Movimenta dois membros	1 ☒	1 ☒
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 ☐	0 ☐
ESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 ☒	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2 ☒	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2 ☒	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2 ☒	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR (0 a 10) ADMISSÃO:		TOTAL	09
ESCALA DE ORTA (0 a 10) ADMISSÃO:		ASS.	17 MAI 2019

() SONDAS VESICAIS	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE
1 mL	1 hs	1 mL	1 hs
1 mL	1 hs	1 mL	1 hs

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

09:30 Admitido no SRPA por PUF de Hta cirurgia
para fratura TNE D, submetido a cirurgia conservadora,
aberto, exposto, aspirado e c.c.

10:40 Alta do SRPA.

SCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA
	HORÁRIO

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

2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD []





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

17865M

174627

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código d
Internaç

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

2324

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

6 - Prontuário: 501748

7-CNS:

8-Nascimento: 06/05/1988

9-Sexo: Masculino

CPF: 036.742.273-55

11-Mãe: HELENA GONCALVES COUTINHO

12-Fone: 86-98157-639

13-Resp: JESSICA

14-Cor: Sem Informaç

End: QD O CASA 21 RES MARIO COVAS - ANGELIM - CEP: 64069-990

6-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRAURA DE TORNOZELO ESQ

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-479
Teresina-PI

21 - Condições que justificam a internação:

TTO CIRURGICO

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

RX+ EXAME FISICO

1-Diagnóstico Inicial:

atura 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:

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

02

01

CPF

217.817.218-07

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

34-Data Solicitação:

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 Tipico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vinculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Dr. Carlos Alves Araújo Filho
ASSADOR DE AUTORIZAÇÃO
CRM/PI 1888 - RPP 12749173-53
CNS: 980110000036529

50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: MARIA SILVA

Consulta Local: 70x20x

Consulta PUS:



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:57:34

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210573261200000010669112

Número do documento: 20081210573261200000010669112

Num. 11259979 - Pág. 32

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/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 - 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 64040768	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 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(Nº DO CONSELHO)) FERNANDO COITO DE OLIVEIRA CPF: 21781721807
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 05/02/2019
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	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)) TANIA MOREIRA AREA LEO CPF: 47061399315	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA [Assinatura]
CRM:	DATA ANALISE: 05/02/2019 16:28:04
CPF:	CRM:
DATA ANALISE:	

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 400 - apto 202
Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-470

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

0702030406

32 - Descrição do Procedimento Especial:

FIXADOR EXTERNO LINEAR

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. Med. Solic.:

217.817.218-07

Laudo de Exame Med.Sol. (CRM)
TAMARA LUIZA FORTOPELIA
CRM-PI 2690 5807 1036

JUSTIFICATIVA DE SOLICITAÇÃO

*Parauk com fratura
parauk fixado*

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)



TERESINA - PI 01/04/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:57:34
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210573261200000010669112
Número do documento: 20081210573261200000010669112





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 12/08/2020 10:57:34
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081210573261200000010669112
Número do documento: 20081210573261200000010669112



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **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 CÉZAR)



TERESINA - PI 21/03/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

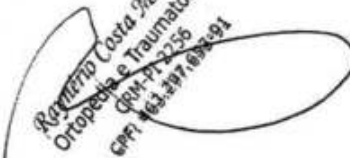
Profissional Responsável



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

D I R : T O

HOSPITAL DO PROMORAR
30/05/2019
10:02:57



W: 1023 L: 511

53.85%





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAUJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3640
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 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



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

53.85%

DIREITO

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

W: 1023 L: 511



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

Emitido em: 05/08/2019 às 17:27:54 - Pedido: 641125 - Paciente: FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO

Página 1 de 1

Dr. Alessandro S. Maia CRM-4637	Dr. Ana K. C. Carvalho CRM-5077	Dr. Antônio Lúcio V. Filho CRM-2697	Dr. Cássio C. D. Coque CRM-5059	Dr. Charles A. B. Veloso CRM-2654	Dr. Francisco C. de S. Amor CRM-5982	Dr. George C. Rodrigues CRM-2831	Dr. Graciele R. de A. C. Ribeiro CRM-5012	Dr. Herson Anjos CRM-4880
Dr. Jairo J. Mendes CRM-5172	Dr. Isabella R. M. N. Brito CRM-5240	Dr. Joyce D. Coque CRM-4274	Dr. Joyce Ribeiro CRM-4839	Dr. Luciana P. Dias CRM-4184	Dr. Marcelo de O. Pereira CRM-4188	Dr. Robert W. M. Santos CRM-2480	Dr. Tereza C. Campos CRM-5454	Dr. Thiago M. Barbosa CRM-1047

- ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul
- ULTRA-X JOCKEY - Rua Angélica, 318, Jockey
- ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuá Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

08 3194 5555
clínicaultrax.com



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 GIORGI CARVALHO
CRM 2831

Emitido em: 05/08/2019 às 17:28:00 - Pedido: 641126 - Paciente: FRANCISCO GONÇALVES COUTINHO

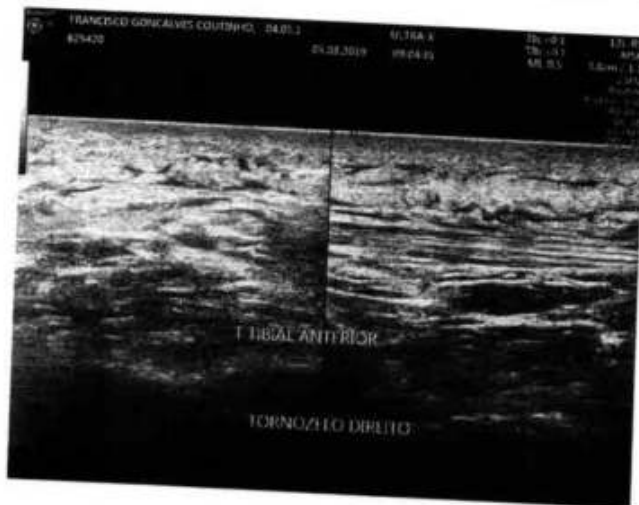
Página 1 de 1

Dr. Alessandro S. Medeiros CRM-4833	Dr. André R. C. Carvalho CRM-5677	Dr. André Lobley V. Filho CRM-2597	Dr. Cássio C. D. Gomes CRM-5059	Dr. Charles A. B. Vetraro CRM-2954	Dr. Francisco C. de S. Junior CRM-5982	Dr. Georgi C. Rodrigues CRM-2691	Dr. Graciele R. de A. C. B. Silva CRM-5012	Dr. Hebert Azeiteiro CRM-4890
Dr. Jéssy J. Mendes CRM-5172	Dr. Rubella H. M. N. Silva CRM-5240	Dr. André D. Costa CRM-4274	Dr. André Ribeiro CRM-4035	Dr. Luciano P. Dias CRM-4084	Dr. Rivaldo de O. Pereira CRM-4188	Dr. Robert W. M. Mendes CRM-2460	Dr. Sandra C. Oliveira CRM-5454	Dr. Thiago M. Barbosa CRM-3942

- ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul
- ULTRA-X JOCKEY - Rua Angélica, 318, Jockey
- ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuã Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

86 3194.5555
clínicaultrax.com





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



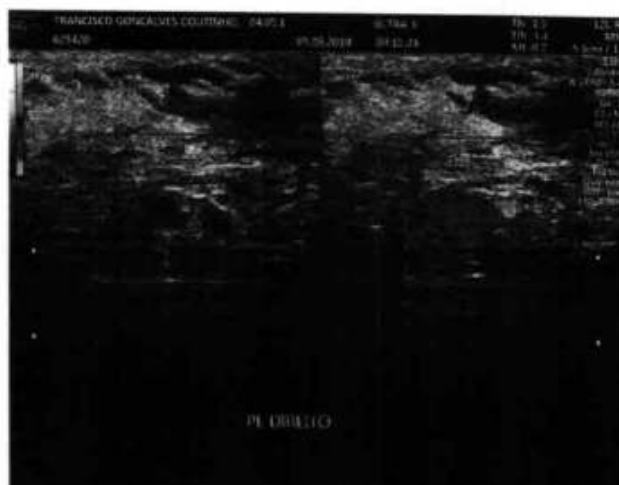


DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 SET 2019

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





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 TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

1654725692

05244404127

05/09/2023

30/11/2023

PIAUI

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
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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

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

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

TERESINA - PI
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



Francisco Gonçalves Coutinho

CPF: 036.742.213-55

Sinistro: 31501330980



Eu, umho atreus desta carta pedir
uma reanálise pois estou enviando,
laudos e rx do tornozelo mostrando
que estou imobilizado, tenho parafusos
espero que marquem minha pericia
para que eu possa ser melhor atendido
quando a apólice

+ 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: ☒ Invalidéz Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 17 maio 2019
Local e data

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

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Reconheço 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/portalexta.
ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FPM/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 65

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEI
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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO GONCALVES COUTINHO

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

