

Controle de docum x Audiências x Acesso 1º Grau - P x PJE Consulta processo x 0808391-03.2020.8 x 0800116-56.2020.8 x Download file | iLo x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=493963&ca=78ae7c8295baba7754abdbf4774d9...

Apps Processo Virtual Na... sAdministrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0808391-03.2020.8.18.0140
GEOVANE GOMES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

11727843 - CONTESTAÇÃO (2747530 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 04/09/2020 10:07:10

04 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11727742 - CONTESTAÇÃO
 - 11727843 - CONTESTAÇÃO (2747530 CONTESTACAO 01)
 - 11727846 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11727848 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11727850 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11727853 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 12

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08083910320208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DNVAT em caso de invalidez parcial de

PT 10:07 04/09/2020



Número: **0808391-03.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GEOVANE GOMES DA SILVA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
RAIMUNDO NONATO LEAL MARTINS (INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11727846	04/09/2020 10:07	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, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631464

Vítima: GEOVANE GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVANE GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

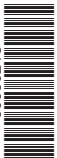
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15093252

Pag. 00495/00496 - carta_01 - INVALIDEZ

00030248





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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631464

Vítima: GEOVANE GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEOVANE GOMES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GEOVANE GOMES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003828**

Conta: **0000021081-3**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 061.110.083-58 3 - CPF da vítima: 061.110.083-58 4 - Nome completo da vítima: Gleivane Gomes da Silva

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

5 - Nome completo: Gleivane Gomes da Silva 6 - CPF: 061.110.083-58
7 - Profissão: Armado 8 - Endereço: R. Terra Nova 9 - Número: 2055 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Monte Alegre 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: gleivane.gomes20@hotmail.com 16 - Tel (DDD): 86 99534-6565

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3828 CONTA: 21081 3 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não solicitada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 06/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

lo Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
TERCEIRA DELEGACIA DE POLICIA DE CAXIAS - 3 DP CAXIAS
Endereço: JERUSALEM, s/n - COHAB , Fone: (99)3521-1220.

OCORRÊNCIA Nº: 701/2019 - Registrado em 24 de Junho de 2019 às 8:56h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 06/03/2019 às 00:10hs/ Quarta-Feira

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA DE LESAO CORPORAL PROVOCADO PELA PROPRIA VITIMA

LOCAL

55 91 72

Município: CAXIAS
Logradouro:
Bairro:
Referência: AVENIDA CENTRAL

Estado: MA
Nº: CEP:
Tp de Local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

GEOVANE GOMES DA SILVA (26), do sexo masculino, Brasileira, Solteiro, exercendo a profissão de Armador carpinteiro, RG Nº: 6111008358/SSPMA, CPF: 061.110.083-58, nascido em 29/12/1992, natural de CAXIAS - MA, PAI: JOSE DE RIBAMAR CONCEICAO DA SILVA e MÃE: MARIA JOSE GOMES DA SILVA, Endereço: 3360 - Bairro: Pai Geraldo - CAXIAS - MA.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE NA DATA ACIMA CITADA TRAFEGAVA NA AVENIDA CENTRAL NO SENTIDO AO BAIRRO PAI GERALDO, EM UMA MOTO HONDA/CG 150 TITAN EX DE COR BRANCA DE PLACA-PSJ-9666-MA ANO 2015 RENAVAM-1072876822 CHASSI-9C2KC1660FR012932, QUANDO PASSAVA EM FRENTE AO SUPERMERCADO CARVALHO UMA MULHER PILOTANDO UMA BIS VERMELHA ATRAVESSOU A FRENTE DO COMUNICANTE COLIDINDO COM O MESMO PROVOCANDO SUA QUEDA QUE EM CONSEQUENCIA FICOU LESIONADO NO OMBRO ESQUERDO. O FATO FOI REGISTRADO PARA AS PROVIDÊNCIAS.

LEONAM FONSECA CASIMIRO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula: 1860626

MARIA VANILDE DA SILVA
ATENDENTE

GEOVANE GOMES DA SILVA
COMUNICANTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 061.110.083-58 3 - CPF da vítima: 061.110.083-58 4 - Nome completo da vítima: Gleivane Gomes Da Silva

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

5 - Nome completo: Gleivane Gomes Da Silva 6 - CPF: 061.110.083-58
7 - Profissão: Armado 8 - Endereço: R. Terra Nova 9 - Número: 2055 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Monte Alegre 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: gleivaneleques2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 86 99534-6565

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3828 CONTA: 23081 3 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 Lider 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se não estiver assinalado) 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 06/11/19 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

to Representante Legal (se houver)



UPA 24H
GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Sequencial Diário 1

Guia N°
19017007

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE: 76979 - GEOVANE GOMES DA SILVA

NASC.: 29/12/1992 IDADE: 26 anos 2 m

NOME SOCIAL/APELIDO:

CARTÃO SUS: 701201004736119

SEXO: MASCULINO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)

RAÇA/COR: PARDA

ETNIA: NAO SE APL

NATURALIDADE:

NOME DA MÃE: MARIA JOSÉ GOMES DA SILVA NOME DO PAI:

Ocupação:

MACROREGIÃO: CAXIAS

TIPO DOC.: IGNORADO

N° DOC.:

N° CPF.:

EMAIL:

ACOMPANHANTE:

LOGRADOURO: AVENIDA CENTRAL N° 3360

BAIRRO: JOAO VIANA

CIDADE: CAXIAS

TELEFONE:

UF: MA CEP: 65600010

ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL

QUEIXA PRINCIPAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM QUEIXA DE ALGIA NO OMBRO E + CORTE NO JOELHO D

CLASSIFICAÇÃO
DE RISCO

ALERGIA:
DIPIRONA

Verde

CARATER DO ATENDIMENTO: URGENCIA/EMERGENCIA

CONSCIENCIA DO PACIENTE: ALERTA

PACIENTE SOFREU TRAUMA: NÃO

COMO O PACIENTE CHEGOU: ESPONTANEA

ENCAMINHAMENTO: CLINICA CIRURGICA

OBSERVAÇÃO:

Diabético ☐ Hipertenso ☐

DATA DA ENTRADA: 06/03/2019 00:10

Ass. e Carimbo do Profissional
EUZA KAMILA MACHADO VIEIRA DA SILVA
COREN-324633

SINAIS VITAIS	PESO Kg	PRESSÃO ARTERIAL 120 / 70 mmHg	TEMPERATURA °C	PULSO 89 bpm	SAT. O2 99 %	HGT mg/dl	GLICEMIA CAPILAR
------------------	------------	-----------------------------------	-------------------	-----------------	-----------------	--------------	------------------

ANAMNESE

EXAMES FÍSICOS/HDA

DIAGNÓSTICOS:

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO

ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO: () SIM () NÃO

SAIDA/ALTA

() ALTA HOSPITALAR: HORA ____:____ () ÓBITO () TRANSFERÊNCIA:

ASS. CARIMBO MÉDICO

ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL

GUIA EMITIDA POR: euza



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:	21/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVANE GOMES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000021081-3

Nr. da Autenticação 1F4DDE05A950CA5D





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.183-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/08

CONTA MÊS
NOVEMBRO/2019
VENCIMENTO
11-11-2019

Para contato
Telefone: 065 3241-1111
FAX: 065 3241-1112

1294718-0

Nº da Nota Fiscal 029471750

A Tarefa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002

CONSUMO (kWh) 306
TOTAL A PAGAR (R\$) 380,35

MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES DA SILVA
R. TERRA NOVA 2055 2623 MONTE ALEGRE
CPF: 00091176530372

00091176530372 - TERESINA

Atual:

Anterior:

Constante de Multiplicação:

Consumo Medido:

Consumo Faturado:

Forma de Faturamento:

4001

3695

1,000

306

306 de Irregular FCM

DATAS DA LEITURA

Atual:

Anterior: 04/11/2019

Próxima Leitura: 03-10-2019

Emissão: 04-12-2019

Apresentação: 01-11-2019

Dias de Consumo: 04-11-2019

Class/Subclasse NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Ligação

Número Medidor

Posto

Código Fat.

32

Média 12 meses

RESUMO RENDA
Mes/ano consumo

MONO

A2115730 ESCRIÇÃO DA CONTA 1.4.1.1 244

OUT/19 254
SET/19 206
AGO/19 183
JUL/19 209
JUN/19 216
MAI/19 173
ABR/19 340
MAR/19 193
FEV/19 352
JAN/19 172

CONSUMO

30 A R\$ 0,315730 = 9,47
70 A R\$ 0,541249 = 37,88
120 A R\$ 0,811861 = 97,42
86 A R\$ 0,902075 = 77,57
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 17,94
DIFERENÇA DE TARIFA 53,69
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 36,11
MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00 0,22
JURIS DE NORA ATRASO 09/19-00 0,10
MULTA POR ATRASO 09/19-00 5,43
PARCELAMENTO DE DEBITO 4/30 114,30
JURIS POR ATRASO 09/19-00 2,44
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 3,09
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,22

RECEITA DE PAGAMENTO
10/11/2019 - R\$ 380,35
21/11/2019 - R\$ 380,35

Mes/Ano Valor R\$
10/2019 337,36

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 19-11-2019. O não pagamento por 30 dias consecutivos é incluído no nome do consumidor na CEPIS. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

LIQUE 0800 036 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Esta fatura poderá ser parcelada conforme Artigo 113, parágrafo primeiro da Resolução ANEEL 414/2010.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição
Energia
Transmissão
Encargos
Tributos

2917.1ABA.39C6.C0EC.7A52C457F.7F04.6A14

54,29

104,90

17,74

8,68

90,42

Alíquota ICMS:

Valor do ICMS

Valor do PIS

Valor do COFINS

276,03

27,00%

74,52

2,83

19,07

INDICADORES DE CONTINUIDADE

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%

1,40%

6,49%



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.183-5)

1294718-0
MÊS FATURADO

11/2019

380,35
VENCIMENTO

11-11-2019

Nº da Nota Fiscal: 029471750 FCAM

83660000003 5 80350017000 3 00000001294 8 71801119008 6



SEQ.: 00119 UC: 1294718-0 DT. LEIT.: 04/11/2019 T. ENTR.: 09
LEITURA: 4001 NORMAL TOTAL: 380,35 CARGA: A01
DT. VENC.: 11-11-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0491



anual
cepisa

COMPANHIA ENERGIA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 / Ins. Estadual: 19.301.383-9
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
consulte o Informe
8889-1010000

SEI/CODIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 023654306

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

CONTA MÊS JUNHO/2019 VENCIMENTO 02/07/2019 CONSUMO (kWh) 205 TOTAL A PAGAR (R\$) 208,95

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	20555	Atual: 25/06/2019
Anterior:	20350	Anterior: 24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 25/07/2019
Consumo Medido:	205	Emissão: 24/06/2019
Consumo Faturado:	205	Apresentação: 25/06/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo: 32
Código de Irregularidade:	FCAM	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fot.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	196

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Máximo consumo		CONSUMO 205 A R\$ 0,918442 =	188,28
MAI/19	204	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	15,19
ABR/19	178	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	0,81
MAR/19	243	MULTA POR ATRASO 05/19-00	3,79
FEV/19	297	JUROS POR ATRASO 05/19-00	0,88
JAN/19	365	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,44	
DEZ/18	57		
NOV/18	0		
OUT/18	96		
SET/18	299		
AGO/18	232		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 205 - 0,517457

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 036 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Visto aqui estar por sua conta de pagamento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.									
RESERVADO AO FISCO CA09.2008.54C4.130C.185D.EFF8.7664.8374									
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$					IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$				
Distribuição:	37,03	Base de Cálculo:	188,28					137,44	
Energia:	71,55	Alíquota ICMS:	27,00%						
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:						50,83	
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,40%					1,93	
Tributos:	61,68	Valor do COFINS:	6,49%					8,92	
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			PIC			DMIC		DICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite:	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03		
Realizado:	0,00			0,00			0,00		
Compartilhado:	TERESINA-MACAUBA						Período de apuração:	04/2019	SUSO: 62,87



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/BIBLIOTECASWEB/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 Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gleuzane Gomes Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.110.083/58, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Gleuzane Gomes Da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.110.083/58, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(86)99534-6565</u>		

Teresina, 07 de Novembro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

101/2017



**UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA**

Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074

TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 18/03/2019 22:53:46

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: GEOVANE GOMES DA SILVA		Prontuário: 144052
Mãe: MARIA JOSE GOMES DA SILVA	Pai: JOSE DE RIBAMAR CONCEICAO DA SILVA	
End.Resid.: RUA 27,2055 VILA MONTE ALEGRE SANTA ROSA - POTY VELHO - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 29/12/1992	Idade: 26a2m20d	Sexo: Masculino Fone:
Responsável: O MESMO		CNS:
Profissão:		Documento: Reg.Nasc:
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 345023	Entrada: 18/03/2019 22:08:37	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: dor e limitação de movimento em ombro E. Relata acidente motociclistico prévio		SINARA CAVALCANTE DE LIMA RIBEIRO COREN 279618 Em: 18/03/2019 22:13:05

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

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: trauma em ombro esquerdo rx : lac V cd ; tipoia e aine		<i>Franmat</i> Confere Com o Original CNPJ: 05.522.917/0035-19 UPA-RENASCEÇA Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - CEP: 64082-110 Teresina-PI
Diagnóstico Inicial: Luxação da articulação acromioclavicular		
Exames Complementares:		CID: s431

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento: Alta com Orientações		DATA: / / HORA: :
---	--	---------------------------------

Dr. Tercio Dantas Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM PI 3824

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA
CRM PI 3824 Em: 18/03/2019 22:53:42



Prefeitura de
Teresina



Alexis & Diprona.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SETOR: VERDE **LEITO:** EXTRA **UNIDADE DE SAÚDE:** UPA - RENASCENÇA

DATA: 19/03/2019 09:55

NOME: GEOVANE GOMES DA SILVA

LAC V

PACIENTE ORTOPÉDICO. PRESCRITO POR CLÍNICO PELA MANHÃ. AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA À TARDE.

1. DIETA LIVRE
2. JELCO SALINIZADO
3. RANITIDINA 50MG - 01 AMP + AD, EV, 8/8H
4. BROMOPRIDA 10 MG - 01 AMPOLA + AD, EV, 8/8 HORAS, SE VOMITOS
5. DIPIRONA 500MG/ML - 2ML + AD 8ML EV, 6/6 HORAS
6. TILATIL 20 MG - 01 AMPOLA + AD, EV, 12/12 HORAS
7. SSW + CCGG

Dr. Thank S. Soares
MÉDICO
CRM-PI 5938 / CRM-MA 9198

Franklin
10-12-10
Confere Conf. Original

CNPJ: 05.532.917/0001-04
 UPA-RE
 Rua Rio
 Assessoria

0/5 written
Dr. Jose Medina
Medico
CRM-PV-5986

Adren-line

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

CONTROLES

CONTROLS						
HGBA	T	P	PSal02	PA	Glicemia	Diurase
12	6			14		
18	3			18		

~~11/11~~ 06 06

12:00

~~24~~



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/ 0015 – 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III –
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA	Para: HUT
Sr (a). GEOVANE GOMES DA SILVA	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
trauma em ombro esquerdo rx : lac V cd ; tipoia e aine	
TERESINA-PI 18 /03 /2019	<i>Confere Com o Original</i> Dr. Tércio Dantas Moura ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI/3824
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

CNPJ: 05.522.911/0001-19
UPA-RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP: 64.082-110
Teresina-PI



SUS

Luiz Fernando



PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE: UPA RENASCENÇA

ENFERMARIA:

18/03/2019 22:56

LEITO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES			
NOME: GEOVANE GOMES DA SILVA							
# LAC V				07:00	PA	Glicemia	Diurese
# DOR MODERADA.							
# AGUARDA TRANSFERENCIA HOSPITALAR							
1. DIETA ORAL LIVRE							
2. ACESSO VENOSO SALINIZADO							
3. DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H ALEAGICO (Suspensão)							
4. TILATIL 20MG-----1AMP + AD EV DE 12/12HRS - 24 - 18							
5. BROMOPRIDA 1 AMP + AD EV 8/8H SN							
6. AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR							
7. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS							

Luiz Fernando
Confere Com o Original

Dr. Tercio Damasceno
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 3824

Paracetamol qte - 40gts

Dr. Tercio Damasceno
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 3824

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 558381979	Nº REGULAÇÃO: 65531	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: GEOVANE GOMES DA SILVA		NASCIMENTO: 29/12/1992

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO: LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR. CD: TIPOIA E AINE.
PROVAS DIAGNÓSTICAS:
EXAMES SOLICITADOS:
DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR
COMORBIDADE:
PRESSÃO ARTERIAL: FREQ. CARDÍACA: SATURAÇÃO: FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: USO DE O2:
USO DROGAS VASOATIVAS:
USO ANTIBIÓTICOS:
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 19/03/2019 14:18:11

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Francisco
Bruno Moura
ORTOPEDIA
Cirurgião de Quadril
CRM 13119

Confere Com o Original

CNPJ: 05.622.917/0035-19
UPA-RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 10610
Renasença - 68.064-000
Teresina - PI



FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA COMPROVANTE	
Paciente: GEOVANE GOMES DA SILVA Nascimento: 29/12/1992 Motivo do Chamado: AVALIACAO CLINICA/EXAME - HOSPITAL Estabelecimento de Origem: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA Estabelecimento de Destino: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT Verificação do Estabelecimento de Destino: Transferência Confirmada Viatura: Data/Hora Programada:	

Tramã
 Confere Com o Original

CNPJ: 05.522.917/0035-19
 UPA-RENASCENCA
 Rua Rio Verde, nº 2810
 Renascença III - CEP: 64.002-110
 Teresina-PI





Prefeitura de
Teresina



Alfredo a Dipirona -
1803-N

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE: UPA - RENASCENÇA

SETOR: VERDE

LEITO: EXTRA

UNIDADE DE SAÚDE: UPA - RENASCENÇA

DATA: 19/03/2019 09:55

NOME: GEOVANE GOMES DA SILVA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
# LAC V		HORÁRIO	CONTROLES
PACIENTE ORTOPÉDICO. PRESCRITO POR CLÍNICO PELA MANHÃ. AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA À TARDE.			
1. DIETA LIVRE			
2. JELCO SALINIZADO			
3. RANITIDINA 50MG - 01 AMP + AD, EV, 8/8H			
4. BROMOPRIDA 10 MG - 01 AMPOLA + AD, EV, 8/8 HORAS, SE VOMITOS			
5. DIPIRONA 500MG/ML - 2ML + AD 8ML EV, 6/6 HORAS			
6. TILATIL 20 MG - 01 AMPOLA + AD, EV, 12/12 HORAS			
7. SSVV + CCGG			
Admissão 7/5/1986 Dr. José Luiz Medeiros CRM-PA 1096		Confere Com o Original UPA-H... Rua Rio... Reta... Torquino 74 Inama	

e Admichem + 015 mlt/a
Dr. JOSÉ GULI
MÉDICO
CRM-MG 9386

CONFERE COM O ORIGINAL

MPU SP-SP
UPA-RIO
Rua Rio Negro, 170
Patacoenga - CL. 20.222-110
Torrinha-Pt

Framat



PRESCRIÇÃO MÉDICA

SETOR: VERDE LEITO: EXTRA UNIDADE DE SAÚDE: UPA - RENASCENÇA

DATA: 19/03/2019 09:55

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
HORÁRIO	CONTROLES
NOME: GEOVANE GOMES DA SILVA # LAC V PACIENTE ORTOPÉDICO. PRESCRITO POR CLÍNICO PELA MANHÃ. AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA À TARDE. 1. DIETA LIVRE 2. JELCO SALINIZADO 3. RANITIDINA 50MG – 01 AMP + AD, EV, 8/8H 4. BROMOPRIDA 10 MG – 01 AMPOLA + AD, EV, 8/8 HORAS, SE VÔMITOS 5. DIPIRONA 500MG/ML - 2ML + AD 8ML EV, 6/6 HORAS 6. TILATIL 20 MG – 01 AMPOLA + AD, EV, 12/12 HORAS 7. SSW + CCGG <i>Schneider - 09:55 I. n. Mar</i> <i>Dr. Thelton Soares Coutinho</i> CNPJ: 06.522.911/00014-19 UPA-RENASCENÇA Rua Rio Verde, 100-2810 Renasença II - CEP: 64002-100 Teresina-PI <i>Dr. Thelton Soares Coutinho</i> CNPJ: 06.522.911/00014-19 UPA-RENASCENÇA Rua Rio Verde, 100-2810 Renasença II - CEP: 64002-100 Teresina-PI	<i>Inamat</i> Confere Com o Original!

ENFERMARIA:

18/03/2019 22:56

PRESCRIÇÃO MÉDICA

LEITO:

UNIDADE DE SAÚDE: UPA RENASCENÇA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
NOME: GEOVANE GOMES DA SILVA PRESCRIÇÃO MÉDICA # LAC V # DOR MODERADA. # AGUARDA TRANSFERENCIA HOSPITALAR 1. DIETA ORAL LIVRE 2. ACESSO VENOSO SALINIZADO 3. DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H <i>ALGÉICO (Suspensão)</i> 4. TILATIL 20MG-----1AMP + AD EV DE 12/12HRS - 24 - 10 5. BROMOPRIDA 1 AMP + AD EV 8/8H SN 6. AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR 7. SINAIS VITAIS + CUIDADOS GERAIS	07:00 Paciente retorna de sua residência para aguardar transferência para o Hospital

Confere Com o Original

CPF: 05.522.917/0035-1
UPA-RENASÇENÇA
Rua Rio Verde, nº 3810
Renasçença III - CEP: 64062-100
Teresina-Pi

Dr. Tércio Dantas Moura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-Pi/3824



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: UPA Renascença

Nome: GEOVANE GOMES DA SILVA

Data do exame: 19/03/2019

Id Paciente: UR144052

Data do laudo: 26-03-2019

Raio X de Ombro Esquerdo

- Estrutura óssea íntegra.
- Luxação acromioclavicular.
- Aumento do volume das partes moles do ombro esquerdo.

Dr. Francisco Edward
Médico Radiologista
CRM-PI: 2738

CNPJ 05.522.917/0016-56
UPA-RENAASCENÇA
Rua Rio Vermelho, 152
Residência III - CEP: 64000-000
Teresina-PI



UPA 24H GUIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		Sequencial Diário 1  Guia N° 19017007					
DADOS DO PACIENTE							
PACIENTE: 76979 - GEOVANE GOMES DA SILVA NOME SOCIAL/APELIDO: CARTÃO SUS: 701201004736119 NATURALIDADE: OCUPAÇÃO: TIPO DOC.: IGNORADO N° DOC.: ACOMPANHANTE: LOGRADOURO: AVENIDA CENTRAL, N° 3360 BAIRRO: JOAO VIANA		NASC.: 29/12/1992 IDADE: 26 anos 2 m SEXO: MASCULINO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A) RAÇA/COR: PARDA ETNIA: NAO SE APL NOME DA MÃE: MARIA JOSÉ GOMES DA SILVA NOME DO PAI: MACROREGIÃO: CAXIAS N° CPF.: EMAIL: TELEFONE: UF: MA CEP: 65600010					
ATENDIMENTO DO PROFISSIONAL							
QUEIXA PRINCIPAL: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM QUEIXA DE ALGIA NO OMBRO E + CORTE NO JOELHO D		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO Verde					
ALERGIA: DIPIRONA							
CARATER DO ATENDIMENTO: URGENCIA/EMERGENCIA CONSCIENCIA DO PACIENTE: ALERTA ENCAMINHAMENTO: CLINICA CIRURGICA OBSERVAÇÃO:		COMO O PACIENTE CHEGOU: ESPONTANEA PACIENTE SOFREU TRAUMA: NÃO Diabético ☐ Hipertenso ☐					
DATA DA ENTRADA: 06/03/2019 00:10		Ass. e Carimbo do Profissional EUZA KAMILA MACHADO VIEIRA DA SILVA COREN-324633					
SINAIS VITAIS	PESO Kg	PRESSÃO ARTERIAL 120 / 70 mmHg	TEMPERATURA °C	PULSO 89 bpm	SAT. O2 99 %	HGT mg/dl	GLICEMIA CAPILAR
ANAMNESE				EXAMES FÍSICOS/HDA			
Variante do ombro esquerdo (D) Vitima de acidente de moto Coluna mota + moto				CID:			
DIAGNÓSTICOS:				CID:			
EXAMES COMPLEMENTARES:							
ferimento no joelho D							
PRESCRIÇÃO				ENFERMAGEM			
Sutura + Curativo.				Dr. Fco. Moraes de Araújo Médico CRM 1133 Cirurgia Geral Endoscopia Digestiva e Colonoscopia			
OBSERVAÇÃO: () SIM () NÃO							
SAÍDA/ALTA							
() ALTA HOSPITALAR: HORA ____ () ÓBITO () TRANSFERÊNCIA:							
ASS. CARIMBO MÉDICO				ASS. PACIENTE OU RESPONSÁVEL			



Alton



NOME DO PACIENTE: Geovane Gomes da Silva
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 506041

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 19/03/2019 17:26:22

(User: ARTHUR SAMPAIO)

(Estação: GESS002)

Nome: GEOVANE GOMES DA SILVA		Prontuário: 506041
Mãe: MARIA JOSE GOMES DA SILVA	Pai:	
End.Resid.: RUA 27 2155 - MONTE ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 29/12/1992	Idade: 26a2m21d	Sexo: Masculino Fone: 86-98829-2602
Responsável: ANDREZA	CNS: 701201004736119	
Profissão: ARMADOR	Documento: RG: 3185539 - SSPPI	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 713019	Entrada: 19/03/2019 16:48:12	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura nforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS 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: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Luxação acromioclavicular grau V no ombro esquerdo.

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares:**Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:**

Internação nesta Unidade

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Arthur Sampaio
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 3200ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CRM 3200 - PI Em: 19/03/2019 17:26:18

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 04/09/2020 10:07:10

http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090410070951500000011103514

Número do documento: 20090410070951500000011103514

Num. 11727846 - Pág. 24



Município de Teresina
Município de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 558381979	Nº REGULAÇÃO: 65531	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: GEOVANE GOMES DA SILVA		NASCIMENTO: 29/12/1992

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: TRAUMA EM OMBRO ESQUERDORX: LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR. CD: TIPOIA E AINE.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

TA:	19/03/2019 14:18:11
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO (CARIMBO)	

Bruno Moura
ORTOPEDIA
Cirurgião de Quadril
CRM 1574 SBO 13119

RAIO-X REALIZADO

DATA: / /20

Técnico: _____





Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/ 0015 – 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III –
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA	Para: HUT
Sr (a). GEOVANE GOMES DA SILVA	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
trauma em ombro esquerdo rx : lac V cd ; tipoia e aine	
TERESINA-PI 18 /03 /2019	 Dr. Tércio Dantas Moura ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI/3824
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	





**AUDO 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: 235253
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	235253

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GEOVANE GOMES DA SILVA	6 - Prontuário: 506041		
7-CNS: 701201004736119	8-Nascimento: 29/12/1992	9-Sexo: Masculino	RG: 3185539 - SSPPI
11-Mãe: MARIA JOSE GOMES DA SILVA	12-Fone: 86-98829-2602		
13-Resp: ANDREZA	14-Cor: Sem Informação		
-Ender: RUA 27 2155 - MONTE ALEGRE - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: Luxação acromioclavicular grau V no ombro esquerdo.			
21 - Condições que justificam a internação: Cirurgia			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): Radiografia			
23-Diagnóstico Inicial: Luxação da articulação acromioclavicular	24-CID Prin: S431	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408010185	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	Tempo SUS 2	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 643.843.143-53
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA	34-Data Solicitação: 19/03/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) Dr. Arthur Sampaio Soares de Sousa CRM - 5206	

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:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
48-Documeto: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (ARTHUR SAMPAIO) Consulta Local: 713019 Consulta SUS: Impressão: 19/03/2019 17:26:52





LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diária / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	

HOSPITAL: HUT CNPJ: _____
PACIENTE: Geovane Gomes da Silva Nº AIH 506047
PROCEDIMENTO ANTERIOR _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

2 Fios K.
1 PI sintese + 1 DESCARTE

DR. ARTHUR SAMPAIO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 3200-PI

DATA: 21-03-19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante



COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E
MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Geovane Gomes da Silva
Nº AIH: 235053
Nº do Prontuário: 906041 **Data da Internação:** 1/1/
Procedimento Médico Realizado: 0408010185
Indicador de Compatibilidade: 0702030023

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Arthur
CRM Nº **CPF Nº**

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 21/03/19 **DATA DA ALTA:** 1/1/

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL po, Nº de Série, Etc...
	ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM REG. ANVISA N. 00297610024 COD: 09010050E LDT: 0279J18 ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM USO UNICO - ESTERIL PROIBIDO REPROCESSAR 2701025 - ANCORA DE SUTURA ORTOPEDICA 1 - ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM M. Prima: Liga de Titânio / Fios de Poliéster Norma: ASTM F136 / USP 2  09010050E Autoriz. de Funcionamento ANVISA 84554300001 Resp. Técnica Grazianna Della Vittoria CREA - SP 5063753825  0279J18 Condições especiais de armazenamento, conservação e manipulação: verificar integridade da embalagem verificando danos e validade. Não colocar objeto pesado ou p. entalhado junto ao produto. Manter em local seco e não expor a luz solar, radiação ionizante, extracção de temperatura ou contaminação particular. Não armazenar acima de 120°C ou 40°C. Instruções para uso, advertências e precauções: vide la  Almacenamiento Uso unico Fabricado 11/01/18 Validade 11/01/21 Tipo de esterilizacao Fabricante, comercio e distribuidor: Isomay Ltd e Com de Prod Medico CNPJ: 07.372.667/0001-80 R. Sao Jose n. 607 - Lote 2 - Quadra AII Pg. Industrial San Jose Cofia - SP - Brasil CEP: 08716-882 DR. ARTHUR CAMPAIO CR - 00000000000000000000000000000000

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 21 de março de 2019

Nome do Hospital: HUT Zemon Rocha

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Anália





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 235253
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: GEOVANE GOMES DA SILVA	6 - Prontuário: 506041		
7-CNS: 701201004736119	8-Nascimento: 29/12/1992	9-Sexo: Masculino	CPF: -
11-Mãe: MARIA JOSE GOMES DA SILVA	12-Fone: 86-98829-2602		
13-Resp: ANDREZA	14-Fone: 86-98829-2602		
15-Ender: RUA 27 2155 - MONTE ALEGRE - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408010185	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030023	32 - Descrição do Procedimento Especial: ANCORA	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: FIMES		

38-Profissional Responsável: ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 21/03/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 643.843.143-53
41-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): DR. ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 3200-D	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

L.A.C. - ACOMP. A AVALIAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: ANTONIO EURIKAN	47-Data Autorização: 21/03/2019	48-CNS/CPF: 5828856
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): ANTONIO EURIKAN	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 21/03/2019	52-CNS/CPF: 5828856
	53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): ANTONIO EURIKAN	



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

DATA 21/03/19

NOME DO PACIENTE: <u>Geovane Gomes da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>506041</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>geral</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Arthur</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Academica</u>	CPF Nº:
ANESTESISTA: <u>Fernando</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>- - - - -</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 2	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	03		LUVA Nº 8.5	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 6.5 Y.C	PAR	01	cada
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ÁLCOOL 70%	ML	200		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.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL nº 16	UNID.	01	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Set. Físt u	UNID.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA:		02	
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				<u>exepcm</u>			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	20	01		CIRCULANTE: <u>Benedita</u>			
PROLENE							



**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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Paciente:

Centro Cirúrgico

Nome:	Prontuário:	Cod. Internação:
GEOVANE GOMES DA SILVA	506041	235253
Mãe:	Nascimento:	Cartão SUS:
MARIA JOSE GOMES DA SILVA	29/12/1992	701201004736119

Equipe:

Cirurgião:	1o. Aux.:
ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA (CPF: 643.843.143-53)	(CPF:)
2o. Aux.:	3o. Aux.:
(CPF:)	(CPF:)
Instrumentador:	Anestesista:
(CPF:)	(CPF:)

Relatório:

Data Cirurgia:	Início:	Fim:	Tipo Cirurgia:	Tipo Anestesia:	Sala Cirúrgica:
21/03/2019	09:30	10:30	ORTOPÉDICA	?	?

Diagnóstico Pré-Operatório:

Luxação acromioclavicular esquerda

Laudo Imediato do Patologista:

XXXXXXXXXXXXXX

Acidente Durante a Operação:

XXXXXXXXXXXXXX

Diagnóstico Pós-Operatório:

Luxação acromioclavicular esquerda

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

ASSEPSIA E CAMPOS NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
INCISÃO PARA VIA DE ACESSO À ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR E PROCESSO CORACÓIDE
HEMOSTASIA
FIXAÇÃO DE ÂNCORA NO PROCESSO CORACÓIDE
PERFURAÇÃO DE 2 FUROS NA CLAVÍCULA
REDUÇÃO ABERTA DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR
FIXAÇÃO DA A.A.C. COM FIO K TRANSARTICULAR
AMARRILHA DOS FIOS DA ÂNCORA
SÍNTESE DA VIA DE ACESSO
CURATIVO ESTERIL.

Código:	Descrição:	Proc. Rea:	Proc. Princ.:	Valor SH.:	Valor SP.:
7408010185	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO	Sim	Não	275,44	107,15

DR. ARTHUR SAMPAIO
ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA
CRM 3200-PI

Carimbo Ass. Prof. Responsável



		FICHA DE ANESTESIA		FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome: <u>Geovane Gomes da Silva</u>		Sala: <u>09</u>		Alergia: <u>diarrea</u>	
Procedimento: <u>laparoscopia autômica - clavicula</u>		Cirurgião: <u>Arthur</u>		Data: <u>21/03/18</u>	
Observações:					

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Ento ISO-mcg													
2 Cetarmino 30-mcg													
3 Propofol 150-mcg													
4 Clonazepam 2g													
5 Dexamet 10-mcg													
6 Rosidolone 50-mcg													
7 Mupirocin 7mg													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil <u>Des</u>	%												
Acesso Vascular													
☒ Periférico <u>pinpoint</u>													
Cat. Venoso nº <u>G</u>													
☐ Dificuldade aces. venoso													
Gastos <u>cateteres</u>													
☐ Central													
Via Aérea													
☐ Cateter nasal													
☒ IOT nº <u>3,0 c/curp</u>													
☐ LMA nº													
Monitorização:													
☒ Cardioscopia													
☒ PANI													
☒ Oxímetro de pulso													
☒ ETCO2													
☐ Outros													
Anestesia:													
☐ Geral Venosa													
☒ Geral Balanceada													
☐ Raqui-anestesia													
☐ Peridural													
☐ Bloqueio Periférico													
☐ Outros													
Decúbito: <u>DDH</u>													
SPO2 (%)													
ETCO2 (mmHg)													
Aces. Venoso													
Aces. Venoso													
Diurese													
Perdas Sanguíneas													

Descrição da Anestesia:

① Circ. sist ② Monitorização ③ Pré-oxigenação ④ Indução ⑤ IOT nº 3,0 c/curp
⑥ ATB ⑦ Sondaróticos ⑧ Ao girar, extubado e examinado p/ RPA.

Emerson Araújo
CRM 5807 Anestesiologista





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU,
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ALÉRGICO A
DIPIRONA
PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 33987 - Em: (19/03/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:						
235253	506041	29/12/1992	POSTO 2	ANEXO	EXTRA 02	ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA						
Evolução:		Alergias:										
Hora:		DIPIRONA										
Seq.:		Descrição-Apresentação/observação:		Dose:		Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta		ORAL Tipo LIVRE,										
1		CLORETO DE SÓDIO (SORO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML SIST. FECHADO		1,00		Frasco	EV	24/24h				
2		TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00		Ampola	EV	12/12h				
3		OMEPRAZOL 20MG		1,00		Cápsula	Oral	24/24h				

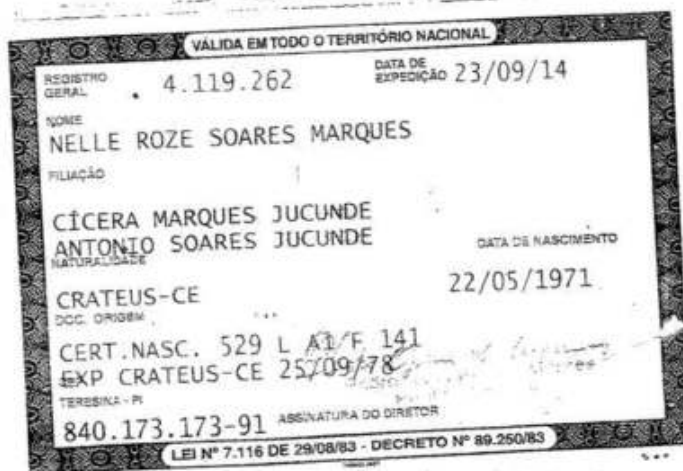
Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

Dr. Arthur Sampaio
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 3200

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983	
ESTADO DO MARANHÃO SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO		CPF 06111008358 DSE REGISTRO GERAL 009631782019-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/2019 REGISTRO CIVIL NASC. N 47301 FLS 299 VS LVA 36	
NOME GEOVANE GOMES DA SILVA		T. ELEITOR / ZONA / SEC CTPS / BIRTS / UP 68006821104 / 004 / 0195 38014 / 00033/MA NIS / PS / PASSP IDENTIDADE PROFISSIONAL	
FILIAÇÃO JOSÉ DE RIRAMAR CONCEIÇÃO DA SILVA E MARIA JOSÉ GOMES DA SILVA		DATA NASCIMENTO ORGAO EMISSOR PATRIM. RH 29/12/1992 SSP/MA NATURALIDADE CAXIAS - MA OBSERVAÇÃO	
			
ASSINATURA DO TITULAR		MAJ05274103	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	







RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394641/19

Vítima: GEOVANE GOMES DA SILVA

CPF: 061.110.083-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2019

Titular do CPF: GEOVANE GOMES DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

GEOVANE GOMES DA SILVA : 061.110.083-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631464 **Cidade:** Timon **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 06/03/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE K.) ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: <u>Gleivane Gomes da Silva</u>	RG: <u>069831792019-3</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/MA</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>25/04/19</u>
CPF: <u>061.110.083-58</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Armado</u>	
ENDEREÇO: <u>R. Terra Nova</u>	Nº: <u>2055</u>		
COMPLEMENTO: <u>lote</u>	BAIRRO: <u>Monte Alegre</u>		
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64000-000</u>	TELEFONE: <u></u>

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES			
RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSS/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>	
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRA</u>	PROFISSÃO: <u>RECUSO</u>	
ENDEREÇO: <u>RUA 24 DE JANEIRO</u>		Nº: <u>544</u>	
BAIRRO: <u>CENTRO</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	UF: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Gleivane Gomes da Silva

Data do acidente de trânsito: 06/03/2019

Cobertura da vítima: Integral



LOCAL / DATA: Várzea-Ma, 04/03/2019

X Gleivane Gomes da Silva

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Reconheço a(s) firma(s) de:	
<u>Gleivane Gomes da Silva</u>	
Caxias(MA), 04/03/2019	
☒ Autenticidade	☐ Semelhância



Wendell Oliveira Lima de Amorim
Escrevente Autorizado
3º Ofício Extrajudicial
CPF: 042.115.053-00
Caxias - MA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394641/19

Vítima: GEOVANE GOMES DA SILVA

CPF: 061.110.083-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2019

Titular do CPF: GEOVANE GOMES DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

GEOVANE GOMES DA SILVA : 061.110.083-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

