

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035972

Vítima: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

Data do Acidente: 20/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

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

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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035972

Vítima: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

Data do Acidente: 20/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

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, 29 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200035972**

Vítima: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

Data do Acidente: 20/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003828

Conta: 0000015247-3

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

981 635 233 87

4 - Nome completo da vítima:

Gleidson Jefferson de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Gleidson Jefferson de Souza

6 - CPF:

981 635 233 87

7 - Profissão:

Acadêmico

8 - Endereço:

Rua: Comarca

9 - Número:

8076

10 - Complemento:

S/N

11 - Bairro:

Tabajaras

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.067-710

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 9947 29591

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:

RECUZO 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 003

CONTA: 35247 3

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu (vel nascer):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

país/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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
víma ou
beneficiári
não identificada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Teresina - Piauí, 20.01.2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Keylley Menezes de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001624/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/01/2020 15:31 Data/Hora Fim: 20/01/2020 15:32
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 20/10/2019 23:50

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Pedra Mole
Logradouro: RUA CANAÃN

Tipo do Local: Via Pública

573798

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 26/04/1985 Idade: 34 anos
Naturalidade: PI - Teresina Profissão: Açougueiro
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Lucy Carla de Sousa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 981.635.233-87

Endereço

Município: Teresina - PI N°: 8086
Logradouro: RUA CANAÃN
Bairro: PEDRA MOLE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 945.945.893-91	Placa OED6581
Renavam 01145951438	Número do Motor KC22E1J025334
Número do Chassi 9C2KC2210JR025277	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor VERMELHA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN
Modelo HONDA/CG 160 TITAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 14/03/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Gleidson Jefferson de Sousa

Envolvimentos

Possuidor





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001624/2020-A01

RELATO/HISTÓRICO

O MESMO COMUNICA QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA, NO ENDEREÇO ACIMA CITADO, QUANDO DEREPELENTE BATEU DENTRO DE UM BURACO, SOCORRIDO PELO SAMU, PROTOCOLO-N:2898. LEVADO PARA O H.U.T. PROTOCOLO N:437594. ESTE SERA PARA FINS DO D.P.VAT. ERA O B.O.

ASSINATURAS

Francileude Lima

Francileude Lima Cordeiro Furtado
AGENTE DE POLÍCIA
Matrícula 1945629
Responsável pelo Atendimento

Gleidson Jefferson de Sousa

Gleidson Jefferson de Sousa
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

981 635 233 87

4 - Nome completo da vítima:

Gleidson Jefferson de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Gleidson Jefferson de Souza

6 - CPF:

981 635 233 87

7 - Profissão:

Acadêmico

8 - Endereço:

Rua: Comarca

9 - Número:

8076

10 - Complemento:

S/N

11 - Bairro:

Tabajaras

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.067-710

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 9947 29591

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:

RECUZO 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 003

CONTA: 35247 3

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu (vel nascer):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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
víma ou
beneficiári
não identificada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Teresina - Piauí, 20.01.2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Keylley Menezes de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Dados do Chamado

01	Nº do chamado	3186	02	Data do chamado	21/10/2019	03	PRO (código)	2898	04	Saída do PA	0:22	05	Chegada ao local	0:36
06	Saída do local	0:42	07	Chegada ao 1º hospital	1:07	08	Saída do 1º hospital		09	Chegada ao 2º Hospital				

Local da Ocorrência

10	Endereço	N - Laranja n: 8076	12	Município-UF	Teresina - PI	Código IBGE
11	Bairro	Anita Ferrey				

Dados do Paciente

13	Ponto de referência	Prod. Comercial morumbi e quebra mola			
14	Nome	Heidson Jefferson de Souza	15	Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
16	Idade	26/08/1985	17	Indícios de Ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
		34a			18

Tipo de Ocorrência

18	Tipo de ocorrência	34a	18	1 - Acidente de transporte 2 - Agressão física-espancamento 3 - Agressão física-FAF 4 - Agressão física-FAB 5 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros
----	--------------------	-----	----	---	--	---	-------------

Acidente de Transporte

19	Vítima	<input type="checkbox"/>	20	Meio de locomoção	<input type="checkbox"/>	21	Outra parte envolvida	<input type="checkbox"/>	22	Equipamentos de segurança	
1	Pedestre	<input type="checkbox"/>	1	A pé	<input type="checkbox"/>	1	Automóvel	<input type="checkbox"/>	Capacetes	<input type="checkbox"/>	Airbag
2	Condutor	<input type="checkbox"/>	2	Automóvel	<input type="checkbox"/>	2	Motocicleta	<input type="checkbox"/>	Cinto de segurança	<input type="checkbox"/>	
3	Passageiro	<input type="checkbox"/>	3	Motocicleta	<input type="checkbox"/>	3	Ônibus/Micro-ônibus	<input type="checkbox"/>	Assento para criança	<input type="checkbox"/>	
9	Ignorado	<input type="checkbox"/>	4	Bicicleta	<input type="checkbox"/>	4	Bicicleta	<input type="checkbox"/>			

Exame Físico

23	Glasgow =	15	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24	Sinais Vitais					
			4 - Orientada 3 - Confusa 2 - Palavras inapropriadas 1 - Palavras incompreensíveis 0 - Nenhuma	5 - Obedece a comandos 4 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 2 - Flexão anormal 1 - Extensão anormal 0 - Nenhum	Pulso 76 bpm Resp. 13 lpm PA 120/80 mmHg TAX. 98% Sat02 98%						
			25	Local da lesão							
26	Pupilas	<input type="checkbox"/>	27	Central	28	ESCALA DE DOR DE 0 A 10					
1	Igualas	<input type="checkbox"/>	2	Central	0	Leve	3	Moderada	7	Intensa	10
2	Desiguais	<input type="checkbox"/>	1	Cheio	Sem Dor		3		7		
27	Pulso Radial	<input type="checkbox"/>	2	Fino	4		5		9		
		<input type="checkbox"/>	3	Ausente	6		7		10		
28	Sangramento	<input type="checkbox"/>	29	10	30	Fratura	1 - Sim	Exposta	2 - Não	3 - Suspeito	<input type="checkbox"/>
1	Sim	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	Não	<input type="checkbox"/>									

Assistência...

31	Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	<input type="checkbox"/>	Aspiração	<input type="checkbox"/>	Prancha longa/curta	<input type="checkbox"/>	Imobilização de extremidades	<input type="checkbox"/>	Glicemia	<input type="checkbox"/>	Tutor Boquel Pereira de Sousa Lopes
		<input type="checkbox"/>	Oxigênio	<input type="checkbox"/>	Colar cervical	<input type="checkbox"/>	Reanimação cardiopulmonar	<input type="checkbox"/>	Acesso Venoso	<input type="checkbox"/>	Matrícula 059234
		<input type="checkbox"/>	Curativos	<input type="checkbox"/>	Kred	<input type="checkbox"/>	Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/>	Medicamentos a)	<input type="checkbox"/>	SAMU HUT
								b)	Conferência Original	<input type="checkbox"/>	

Hospital de Destino

32	Hospital de Destino	HU+	33	Condições de entrada	<input type="checkbox"/>	1-Melhorado	2-Piorando	3-Inalterado	34	Óbito	1-Sim	2-Não	3-Antes do socorro	4-Antes do transporte	5-Durante o transporte
----	---------------------	-----	----	----------------------	--------------------------	-------------	------------	--------------	----	-------	-------	-------	--------------------	-----------------------	------------------------

Vit relato paciente de moto s + 2h atra, relato uso de bebida alcoólica, encontra-se foz eixo da direita. A presente paciente sente dor cervical l-7 (severamente) orientada, fortes, sintomas em ordem ascendente.

X
Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Sergio Leal
CORON-PLE48260-TE
Sergio Leal

Enfermeiro
Condutor

Domingos

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: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000015247-3

Nr. da Autenticação F3C19D5CA7AC7254



Para contato
conosco, informe
este NÚMERO! ➤

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | INSC. Estadual: 19.301.317-5
Núm. Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela MCT/206/98

Nº da Nota Fiscal: 024578647

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
11/07/2019	23-07-2019	333	289,70

BENEDITO PEREIRA LIMA
R. CANAA 8076 S/C TABAJARAS
CPF: 00018513670391
CEP: 64.067-110 - TERESINA

ROT: 11.001.42.47.020900
DATAS DA LEITURA

Atual:	14777	Atual:	16/07/2019
Anterior:	14444	Anterior:	14-06-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14-08-2019
Consumo Medido:	333	Emissão:	15-07-2019
Consumo Faturado:	333	Agendamento:	16-07-2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

RESID.BX.RENDA	MOND	A1691556	1.6.1.1	366
HISTÓRICO F.W.R.		DESCRIÇÃO DA CONTA		
Mês/ano consumo				
JUN/19	314	CONSUMO	30 A R\$ 0,310069 =	9,30
MAI/19	369		70 A R\$ 0,531543 =	37,20
ABR/19	378		120 A R\$ 0,797301 =	95,67
MAR/19	396		113 A R\$ 0,885897 =	100,10
FEV/19	406	CONTR. ILUMINACAO PÚB. (COSIP)		19,54
JAN/19	350	DIFERENCA DE TARIFA		52,73
DEZ/18	380	SUBVENCAO BAIXA RENDA		35,47-
NOV/18	462	BONUS ITAPIU - ART. 21 LEI N.		1,16-
OUT/18	408	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		2,90
SET/18	427	MUITA POR ATRASO 05/19-00		5,80
TRIBUTOS		JUROS POR ATRASO 05/19-00		3,09
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA		-	1,95	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora suspeita e suspensa do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/07/2019. O não pagamento poderá desligamento e inclusão de nome no inadimplente da ELETRO. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

06/2019 390,40

LIGUE 0800 086 0530 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Este trabalho teve suporte da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro (FAPERJ).

RESERVADO AO FISCO 331C_E005_B78C_4BBA_CA12_C28A_2FC4_BB68
COMPOSIÇÃO DA CONTA - 85 IMPOSTOS/TRIBUTOS - 85

Distribuição:	58,01	Baixa de Cálculo:	295,00	215,35
Energia:	112,11	Aliquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	18,96	Valor do ICMS:		79,65
Encargos:	9,28	Valor do PIS:	1,40%	3,03
Tributos:	96,64	Valor do Cofins:	6,45%	13,96

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	SRC			FIC			DMIC		DCHU	
	Manual	Trimestral	Annual	Manual	Trimestral	Annual	Manual	Manual	Manual	Manual
Límites	5,19	10,39	20,77	3,30	6,60	13,20	2,94			
Antecedentes	0,00	0,00	0,00				0,00			

EQUATORIAL, PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEPAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal 031895626

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

PERÍODO MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	31/12/2019	127	117,27

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

ROT: 17.001.30.14.045000

14139	Atual:	24/12/2019
14012	Anterior:	25/11/2019
1.000	Constante de Multiplicação:	23/01/2020
127	Consumo Médio:	23/12/2019
127	Consumo Faturado:	24/12/2019
FCAM		Apresentação:

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dados da Conta:

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	154

Mês/ano consumo	CONSUMO	127 A R\$ 0,847425 =	107,62
NOV/19	143	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	9,65
OUT/19	177	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,40
SET/19	162	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,90
AGO/19	158		
JUL/19	151		
JUN/19	154		
MAI/19	140		
ABR/19	143		
MAR/19	153		
FEV/19	204		
TARIFA ESM TRIBUTOS:			
	127	- 0,533612	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de
11/2019 149,73 energia elétrica a partir de 08/01/2020. O não pagamento por-
dara ensejar também a inclusão do nome do consumidor na
SCEAG. Caso fique atrasado o pagamento, haverá desligamento.

LIGUE 0800 056 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Nota fiscal regularizada no dia 08/12/2019, entre em contato para mais informações.

RESERVADO AO FISCO 55C8.9F25.59E3.FAE2.C34C.F61A.A88D.E7B7

Distribuição:	23,55	Base de Cálculo:	107,62	83,94
Energia:	45,48	Aliquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	7,69	Valor do ICMS:		23,67
Encargos:	3,76	Valor do PIS:	0,73%	0,62
Tributos:	27,14	Valor do COFINS:	3,40%	2,85

5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
0,00			0,00			0,00

ROT: 17.001.30.14.045000

SEU CÓDIGO 0051867-0 TOTAL A PAGAR - R\$ 117,27

equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 031895626 FCAM

MÊS FATURADO 12/2019 VENCIMENTO 31/12/2019

83650000001 0 17270017000 1 00000000051 3 86701219008 0



SEQ.: 00251 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/12/2019 T.ENTR.: 03
LEITURA: 14139 NORMAL TOTAL: 117,27 CARGA: 014
DT.VENC.: 31/12/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Kuyhey Jucine de Oliveira
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Gleidson Jefferson de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 981.635.233-87
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gleidson Jefferson de
Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 981.635.233-87 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
 Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>Rew: 24 de Janeiro</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64.000.902</u>
E-mail:	<u>(86) 994729591</u>			

Local e Data:

Teresina - Pern 20/01/2020

Kuyhey Jucine de Oliveira
 Assinatura do Declarante



NOME DO PACIENTE: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 437594

SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
A SUA UTILIZAÇÃO".

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA		Prontuário: 437594
Mãe: LUCY CARLA DE SOUSA	Pai:	
End. Resid.: RUA CANA N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 26/04/1985	Idade: 34a5m25d	Sexo: Masculino Fone: 86-95464-797
Responsável: VERA LUCIA	CNS: 707608297228491	
Profissão: ACOUGUEIRO	Documento: CPF: 981.635.233-87	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Órgão: 747583	Entrada: 21/10/2019 01:16:04	Convênio: SUS	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Mal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)		mmHg	
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉搏: bmp	Pressão:

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:	CID:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, HÁ CERCA DE 3 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU, ALCOOLIZADO, USAVA CAPACETE. ENCONTRADO JÁ EM SUA RESIDÊNCIA DEBITADO. APRESENTA FRATURA FECHADA DE CLÁVICULA DIREITA. NEGA VOMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIÊNCIA. APRESENTA DOR INTENSA EM MSD E TORAX. A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDAS B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT 02:97%, FC 79, FR 15 C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURGÊNCIA JUGULAR., PA 130X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2s D) GLASCOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, SEM SINAIS DE ALERTA	

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

Exames Complementares:	TOPOGRAFIA REALIZADA
(1340220) - T.C. DE CRANIO DATA: 21/10/19 HORA: 01:16	DATA: 21/10/19 HORA: 01:23
(1340221) - ANTEBRACO DIREITO EX: TECNICO FFS	EX: TECNICO
(1340222) - BRAÇO DIREITO	TECNICO

Prescrição Médica:	Teresa Roque Pereira de Sousa LOP Matrícula: 969234 SAME/HUT Confere com Original
PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.	

Motivo da Alta/Encerramento:	
Observação (Adulto)	DATA: / / HORA: : :

Xlura Lúcia Ferreira Pereira Assinatura Paciente ou Responsável	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO CRM: Em: 21/10/2019 01:29:19
--	--

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA N°.: 71243 - Em: (21/10/2019)

Atendimento	Prontuário	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
717583	437594	GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA	26/04/1985	SALA VERDE			ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Evolução: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ CERCA DE 3 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU, ALCOOLIZADO, USAVA CAPACETE, ENCONTRADO JÁ EM SUA RESIDENCIA DEITADO, APRESENTA FRATURA FECHADA DE CLAVICULA DIREITA, NECA VOMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIENCIA. APRESENTA DOR INTENSA EM MBD E TORAX. AI VIAS AERIAS PERTURBAS, TASTICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCA RIGIDA. B) SURMORFO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM BONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT 02:97%, FC 79, FR 15 C) RR, 27, BNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES, ABOMO PLANO, INDULOR A PALPACAO, PULSOS SINISTRICOS, SEM TURGESCENCIA JUGULAR, PA 130X80, ENCHIMENTO CAPILLAR <25 D) GLASGOW 15, PUPILLAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NECA PERDA DE CONSCIENCIA, SEM SINAIS DE ALERTA E) DOR INTENSA A MOBILIZAÇÃO DO MBD E A MANIPULAÇÃO DO HUMERO DIREITO E ESQUERDO, RELATA QUE MOTO CAYU POR CIMA, PALPAÇÃO ABDOMINAL SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONIAL, SEM ESCORLAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES.							
Descrição-Apresentação/Observação: ORAL TIPO ORAL ZERO,							
Dieta							
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLOGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h		
2	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	12/12h		
Observações Gerais: SAV + CGG Dr. Gilberto Albuquerque Brito MÉDICA 059234 SAME - HUT Confere com Original							

SUMÁRIO DE ALTA



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

Prontuário:
437594
Internação:
250061

Nome: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

End. Resid.: RUA CANA N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ
Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64069-990

Sexo: Masculino	Nascimento: 26/04/1985	Idade: 34a5m25d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: ACOUGUEIRO
Internação		Alta		Permanência
Data 21/10/2019	Hora 02:27	Data ____/____/____	Hora ____:____	

Diagnósticos:

CID Principal:

Neurites Crônicas - dor lumbosacral

Cod.CID:

S	4	7	1

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Regulares

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Regulares

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: 21/10/19 Tipo: DRG - 1

anestesia + PK

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

*Teresa Rosângela Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 000234
SAME/HUT
Confere com Original*

Tipo de Alta: Curado Melhorado Pedido Evasão Administrativa
 Óbito Transferência outro serviço Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____

*R. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
cirurgia do Ombro e Cotovelo
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente*

NOME <u>Gleidson Jefferson de Souza</u>	IDADE <u>anos</u>	DATA <u>24/10</u> /2019
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>12 hs 25 min</u>	TIPO DE ANESTESIA <u>GERAL ()RAQUE ()BLOQUEIO ()PERIDURAL ()SEDAÇÃO</u>	
CIRURGIA REALIZADA <u>Fuel ZAC (D)</u>	CIRURGIÃO _____	

SINAIS VITais	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	12:40	SAÍDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>109 X +1mmHg</u>	<u>105/68</u>	<u>108 X 64mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>73 bpm</u>	<u>73</u>	<u>74 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>96 %</u>	<u>96 %</u>	<u>96 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	<u>/</u>		<u>/</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>		<u>/</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Wlunesa</u>		<u>Wlunesa</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO	SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	A apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	A apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 2 4 6 8 10	TOTAL	05	
ESCALA DE DOR	0 2 4 6 8 10	ASS.	05	

()SONDA VESICAL	()DRENO DE SUCÇÃO	()DRENO TORÁCICO	()IDVE	()COLOSTOMIA	SONDA ()NASOG ()NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

12:25 permitido no POU devido ao cirurgio para faturar ZAC (D) submetido ao bloqueio. Consulta, cérebro, coração, respirando com 96%. Sat 96%.

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU: HUT
Confere: Porm. Original

Dra. Alcione Bento Melo
Médica Anestesiologista
CRM-PI 7123

PREScriÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA <i>Alchete 10</i>	HORÁRIO	ANESTESIOLOGISTA
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []	233 / Entrada 2		

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



INSTITUIÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

AL DE URG CI

PRESCRIÇÃO MÉDICA



254082

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES
5828856**250061**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA**6 - Prontuário: **437594**7-CNS: **707608297228491**8-Nascimento: **26/04/1985**9-Sexo: **Masculino**CPF: **981.635.233-87**11-Mãe: **LUCY CARLA DE SOUSA**12-Fone: **86-95464-797**13-Resp: **VERA LUCIA**14-Cor: **Parda**15-Ender: **RUA CANA N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - 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:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, HÁ CERCA DE 3 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU, ALCOOLIZADO, USAVA CAPACETE. ENCONTRADO JÁ EM SUA RESIDENCIA DEITADO. APRESENTA FRATURA FECHADA DE CLÁVICULA DIREITA. NEGA VOMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIENCIA. APRESENTA DOR INTENSA EM MSD E TORAX.

A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDAS
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT

O2:97%, FC 79, FR 15

21 - Condições que justificam a internação:

as acima

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

sao x , tc crânio

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

Luxação da articulação acromioclavicular

S431

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408010185** 27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR

29-Clinica:

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

02

01

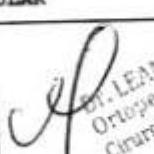
CPF

668.625.903-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:
CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE

34-Data Solicitação:

21/10/2019



Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2608

35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito
37-() Acidente Trabalho Típico
38-() Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

Teresa Roque Pereira de Sousa Lopes

40-Nº. Bilhete:

41-Série:

Matrícula: 000234

42-CNPJ Empresa:

SAME HUT

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

Confere com o Original

45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data/Autorização:

22

11/19

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Data de Emissão (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

X Viva Nossa Senhora Reconciliação

Assinatura: **WILKINSON GALVA**
Consulta Local: 747583
Consulta SUS:
Impressão: 21/10/2019 02:29:37

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 254082 AIH: 2219102309446
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS			NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
707608297228491			GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA		26/04/1985	M	437594
DOCUMENTO CPF		TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL		
			8699546479 LUCY CARLA DE SOUSA		VERA LUCIA		
CEP	ENDERÉCOS - LOGRADOURO				NÚMERO / LOTE		
	RUA CANAA				8076		
BAIRRO		COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF		
ANITA FERREIRA				TERESINA	PI		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HA CERCA DE 3 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU, ALCOOLIZADO, USAVA CAPACETE, ENCONTRADO JA EM SUA RESIDENCIA DEITADO, APRESENTA FRATURA FECHADA DE CLAVICULA DIREITA, NEGA VOMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIENCIA, APRESENTA DOR INTENSA EM MSD E TORAX, A VIAS AEREAS PERTURBADAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA(B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILIOS, RESPIRACAO ESPONTANEA, SAT 02.97% FC 79, FR 15C) RR 27, BNPF SS SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES, ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPACAO, PULSOS SIMETRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR, PA 130X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2SD) GLASGOW 15, PUPILLAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, SEM SINAIS DE ALERTA(D) DOR INTENSA, A MObILIZACAO DO MSD E A MANIPULACAO DO HEMITORAX DIREITO E ESQUERDO (RELATA QUE MOTO CAIU POR CIMA), PALPACAO ABDOMINAL SEM SINAIS DE IRITACAO PERITONEAL, SEM ESCORACOES EM MEMBROS INFERIORES.

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

CONDIÇ
AS ACIMA

DESCRIÇÃO: OS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

PRINCIPAIS REAIS DA NOVA FRANÇA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL CID 10 SECUNDARIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

22995855 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))  Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAMU HUT Confere com Original	
CARÁTER URGENCIA		DATA SOLICITAÇÃO 21/10/2019	CAMILO BOTELHO CAMPELO LEITE CPF: 66862590391 CRM:
DATA ADMISSÃO 21/10/2019 01:16	DATA ALTA 26/10/2019 09:00	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Gleidson Jefferson de Sousa

Diagnóstico pré-operatório

Início emersão P

Operação - Tipo

RTEI cl. anexo - enxóia da Múltipla

Cirurgião

LEANDRO

1º Assistente

EST. MULHER

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

29.10.19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME HUT
Confere com OriginalDESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Ponto em todos os prop
 Anelio a uterina; vaga ext
 furos atrofia; demais pr
 Arou os tecidos com lâmina pr
 furos de pr aurora os tecidos circundante
 Passou de fios de anelio no abdômen obstru
 Drenos de leucocitos estabilizadas (1/2K
 Suturas de fios de anelio
 Transferiu de h. vena-superficial abdominal
 Suturas pr



Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/10/19

NOME DO PACIENTE:	Cleidson Jefferson de Souza	PRONTUÁRIO N°:	437-594
DIAGNÓSTICO:	Linfoma agressivo clínico	CIRURGIA:	209 cirurgia
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	01
CIRURGIA:	CRM-PI	CPF N°:	167 786 998-41
AUXILIAR:	EST. MENCINA	CPF N°:	
ANESTESIA:	Diego	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Kolff's	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 8-0	PAR	01	cade
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7-0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
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.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 20	UNID.	01		Colofônia cera	11	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			11 03
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				11 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	3-0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	1	01		CIRCULANTE:			
PROLENO							

Teresa Raquel Peixoto de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU - HUT
Conferência Original



FICHA DE ANESTESIA

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

Pacientes: 43554

Sala:

01

Alergia:

Nego

Data:

24/10/2019

Nome: Gleichon Jefferson de Souza
Procedimento: ~~rotomedo uníquo de cuxo~~
acabou - liberado

Cirurgião: Leandro

Observações: Chico do col. que entrou na sala
pode entericamente (já em completo) (784)

11:30

12:30

13:30

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Propofol 0.4%	mg	• 120											
2.5% lidocaina	mg		• 180										
3% etomidato	mg		• 2										
4% Rocuronium	mg		• 50										
5% Dexametasona	mg		• 7										
6% Cetanestesia	mg		100										
7% Midazolam	mg		• 5										
8% Fentanil	mg		• 100										
9% Doxanestesia	mg		• 10										
10% Cloridrato	mg		• 60										
11													
12													
13													
Oxigênio	ml/min	02	02	02	02	02	02						
AR/NO													
Volatile	%												

Acesso Vascular

Periférico M&E Ox (cuffs)

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 Raquianestesia Peridural

Bloqueio Periférico (intubado)

Outros (intubado)

Decúbito: Coluna de prato

SPO2 (%)	97	98	99	99
ETCO2 (mmHg)				
Aces. Venoso (ml)	SPO2	98	99	99
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

Descrição da Anestesia: ① Pelo colo, montouzado, Realizado bloqueio intubatório ② guindo por USG e g. fármaco anestésico, 2/interc. Mantido rotação nasal Oz (2l/min.)

Dr. Diogo Nunes de Oliveira
MEDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI: 4926

Anestesiologista



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856

Código da
Internação:

4-CNES
5828856

250061

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA**

6 - Prontuário: **437594**

7-CNS: **707608297228491** 8-Nascimento: **26/04/1985** 9-Sexo: **Masculino**

CPF: **981.635.233-87**

11-Mãe: **LUCY CARLA DE SOUSA**

12-Fone: **86-95464-797**

13-Resp: **VERA LUCIA**

14-Fone: **86-95464-797**

15-Ender: **RUA CANÁ N8076 - PARQUE ANITA FERRAE - CEP: 64069-990**

17-Cod.IBGE: **221100** 18-UF: **PI** 19-CEP: **64069-990**

16-Munic: **TERESINA**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 30 - Procedimento Principal / Descrição:

0408010185

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Quant. Soli-
cidata:

1

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030023

32 - Descrição do Procedimento Especial:
ANCORA

Fornecedor da OPM: **PIMMES**

38-Profissional Responsável:

CAMILA BOTELHO CAMPELO LEITE

40-Tp. Documento:

CPF

**Dr. LEANDRO RONALF
Ortopedista e Traumatologista
Clínica do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2608**

40-No.Doc. Méd. Solic.:

668.625.903-91

41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

39-Data Solicitação:

24/10/2019

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Luxusus unicus - luxusus **b**

*Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 069234
SAME/HUT
Conferência de Origem*

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:

11/19

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

*Antônio Cruz Mendes
Assessor Auditoria DRCA/MS
CPF: 31.785.473-00
Assessor Auditoria DRCA/MS
(JALYNH)*

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

PACIENTE - Nome: Gleidson Jefferson de Souza

Nº AIH: 250061

Nº do Prontuário: 437594 Data da Internação: / /

Procedimento Médico Realizado: 0408010185

Indicador de Compatibilidade: 0702030023

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Leandro

CRM Nº

CPF Nº

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 24/10/19 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRICAÇÃO DO MATERIAL po, Nº de Série, Etc...)
	<p>ANCOR AOSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM REG. ANVISA N. 80997610X04</p> <p>COD: 09010050E LOT: 0151E19</p> <p>ANCOR AOSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM USO UNICO - ESTERIL PROIBIDO REPROCESSAR</p> <p>2701025 - ANCORADA DE SUTURA ORTOPEDICA</p> <p>1 - ANCOR AOSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM M. Princ: LIGA DE TITANIO / FIOS DE POLIESTERI NORMA: ASTM F136 / USP 7</p> <p>Fabricante, comércio e distribuidor: Isocare Ind e Com de Prod Médicos CNPJ: 87.372.567/0001-30 R. São José n. 907 - Lote 2 - Quadra 48 Pq. Industrial São José Café - SP - Brasil CEP: 08710-882</p> <p>Teresa Raquel Pereira de Souza Lopes Matrícula: 069234 SAMU: HUT Confere com Original</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> <p><i>Dr. LEANDRO PONCE LEAL</i> Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Ombro e Cotovelo (CRM-PI 2603)</p> <p>Barcode: </p> <p>Conditiones especiais de armazenamento, conservação e manipulação: Manter integrado ao embalagem verificando data e validade. Nunca tocar objeto preso no pente de aço ao produto. Manter em local seco e não expor a luz solar, calor, umidade, excesso de temperatura ou sustos/impactos particulares. Nunca armazenar próximo de 170°C ou 48°C. Istruções para uso, advertências e prestações: vide Instruções de Uso.</p> <p>Além de: <input type="checkbox"/> Usa validade: <input type="checkbox"/> Fabricado: <input type="checkbox"/> Tratado: <input type="checkbox"/> Tipo de esterilização: <input type="checkbox"/></p>

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

Teresina 24 de outubro de 2019

Nome do Hospital: MCT Zenon Rocha

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Nome: Anaúlia



LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: 437594)
Endereço: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a4m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741999
Requisição: 1001676 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1312544 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 18/09/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA PERIORBITÁRIO À DIREITA.
- FRATURA NO TETO DA ÓRBITA E ARCO ZIGOMÁTICO À DIREITA.
- FRATURA LONGITUDINAL NA MASTÓIDE ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO ESFENOÍDE.
- DISCRETO PNEUMOENCÉFALO.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EM REGIÃO FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.
- PARENQUIMA ENCEFÁLICO COM ATENUAÇÃO NORMAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

Jocia Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Teresa Raquel Pereira de Souza Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com o Original



LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: 437594)
Endereço: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a4m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741999
Requisição: 1001676 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1312545 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 18/09/2019

T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA PERIORBITÁRIO À DIREITA.
- FRATURA NO TETO DA ÓRBITA E ARCO ZIGOMÁTICO À DIREITA.
- FRATURA LONGITUDINAL NA MASTÓIDE ESQUERDA, COM EXTENSÃO AO ESFENOÍDE.
- HEMOSSINUS ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOÍDAL DIREITO.
- LEVE ESPESSAMENTO DA MUCOSA DOS SEIOS MAXILARES.
- CISTO DE RETENÇÃO MUCOSA/PÓLIPO NO SEIO MAXILAR DIREITO (1,1cm).
- DEMAIS CAVIDADES PARANASALIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- DESVIO DO SEPTO NASAL PARA A DIREITA.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 18/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável

~~José Luís Mendes de Mesquita~~
~~Matrícula: 47390~~
~~SAME-HUT~~
~~CONFERE COM O ORIGINAL~~

~~Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes~~
~~Matrícula: 069234~~
~~SAME-HUT~~
~~Confere com o Original~~

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: 437594)
Endereço: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a4m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741999
Requisição: 1001677 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1312547 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 18/09/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICais BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS INTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 18/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINSCPF: 940.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável

Joana Luisa Neves de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Teresa Kaquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com o Original



LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: 437594)
 Endereço: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a4m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento 741999
 Requisição: 1001678 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 Controle: 1312548 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 18/09/2019

T.C. DE TORAX

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PULMÕES HIPOINSUFIADOS.
- PEQUENOS CISTOS/BRONQUIOLOECTASIAS NOS LOBOS SUPERIORES E INFERIOR ESQUERDO.
- TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILIARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 18/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
 Profissional Responsável

Joana Luso Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 058234
 SAME - HUT
 Confere com o Original



LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: 437594)
Endereço: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a4m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741999
Requisição: 1001679 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1312549 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 18/09/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VETA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEM NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 18/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINSCPF: 940.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAMU - HUT
CONFERE COM O ORIGINAIS

Teresa Raquel Pereira de Sousa
Matrícula: 059234
SAMU - HUT
Confere com o original



LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: 437594)
Endereço: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a4m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741999
Requisição: 1001680 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1312550 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 18/09/2019

T.C. DE PELVE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 18/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

*Joana Luisa Nogueira de Melo
Matrícula 47390
SAME - HUT
Confere com o original*

*Teresa Raquel Pereira de Sousa Lugo
Matrícula 0099234
SAME - HUT
Confere com o original*



LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: 437594)
Endereço: RUA CANÁ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a4m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741999
Requisição: 1001745 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1312708 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020070

Data Exame: 18/09/2019

US DE BOLSA ESCROTAL

Exame da bolsa escrotal realizado com transdutor linear de alta resolução, demonstra:

ACHADOS:

Testículos: integros, com morfologia, diâmetros, tunicas e textura parenquimatosa normais.

Epididímos: anatômicos.

Ausência de sinais de lesões neoplásicas, hidrocele, processos inflamatórios ou varicceos.

Observa-se imagem de textura heterogênea no interior da hemibolsa escrotal direita, de limites e contornos mal definidos.

* Dimensões testiculares:

Testículo D. = 4,3 x 2,4 x 3,1 cm.

Testículo E. = 4,1 x 2,1 x 3,0 cm.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

A imagem descrita no interior da hemibolsa escrotal direita, pode corresponder a hematoma. é conveniente realizar controle ecográfico.

(MÔNICA ALZIRA)

TERESINA - PI 18/09/2019

Joana Liseu Vargas da Mota
Matriúla: 47300
SAMU - HUT
CONFIRME COM O ORIGINAL

MÔNICA ALZIRA P DA SILVACPF: 227.811.103-53 CRM 3162
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Souza
Matriúla: 059234
SAMU - HUT
Confere com Ondi

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: 437594)

Endereço: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990

Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 747583

Requisição: 1014801 Solicitação: 21/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO

Controle: 1340220 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 21/10/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 21/10/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

~~Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME-HUT
CONFERE COM O ORIGINAL~~

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME-HUT
Confere com o Original



LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: 437594)
Endereço: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 747583
Requisição: 1014802 Solicitação: 21/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1340222 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 21/10/2019

BRACO DIREITO

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

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

CONCLUSÃO: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 26/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU-HUT
CONFIRME COM O ORIGINAL

~~Joana Luisa Mendes de Mesquita~~
~~Matrícula: 47390~~
~~SAMU-HUT~~
~~CONFIRME COM O ORIGINAL~~



LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: 437594)
Endereço: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 747583
Requisição: 1014802 Solicitação: 21/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1340223 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 21/10/2019

PUNHO DIREITO

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

- Fratura no rádio distal e escafóide com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 26/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

Joana Luis Medina de Mesquita
Matrícula: 47350
SAME HUT
CONFIRMO ORIGINAL

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME HUT
Confere com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: **437594**)
Endereço: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 747583
Requisição: 1014802 Solicitação: 21/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1340224 Convênio: SUS

Cod. SIA: 0204040035

RELATÓRIO:

Data Exame: 21/10/2019

OMBRO DIREITO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 26/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Jeronimo Luis Medina Prado
Matrícula: 47390
SAME: HUT
CONFIRME COM O ORIGINAIS

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lapa
Matrícula: 059234
SAME: HUT
Confira com o original



LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: 437594)
Endereço: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 747583
Requisição: 1014802 Solicitação: 21/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1340225 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 21/10/2019

CLAVICULA DIRETA

O estudo radiológico da clavícula direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 26/10/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

*Joana Luisa Medina de Souza
Matrícula: 47360
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAIS*

*Thessa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere com Original!*



LAUDO MÉDICO

Paciente: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA** (Prontuário: 437594)
 Endereço: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 26/04/1985 Idade: 34a5m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 250061
 Requisição: 1015181 Solicitação: 21/10/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
 Controle: 1341045 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 231 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exam: 21/10/2018

T.C. DE TORAX

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA PULMONAR COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
 - TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS PRINCIPAIS PERMEÁVEIS.
 - AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
 - NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
 - ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
 - ESPOUNDILOSE TORÁCICA INCIPIENTE.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/10/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Professional Responsibility

~~Joana Luisa Alcides de Mesquita
Matrícula: 47380
SIME - HUT
CONFIRME COMO ORIGINAL~~

Augusto Pereira de Sousa Lopes
*Matrícula: 059234
SAMZ - HUT
-infere/rim Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Lito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA	(Prontuário: 437594)
Endereço:	RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI CEP: 64069-990	
Nascimento:	26/04/1985	Idade: 34a6m3d
Requisição:	1016206	Solicitação: 24/10/2019
Controle:	1343268	Convênio: SUS
		Sexo: Masculino
		Origem: INTERNAÇÃO
		Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL
		CLINICA ORTOPEDICA - P11
		Atendimento: 250061
		ENFERMARIA 231
		EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 24/10/2019

CLAVICULA DIRETA

O estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Artrodesse acromioclavicular direita.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 29/10/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Souza Laje
Matrícula: 059234
SAME + HUT
CONFIRME COM O ORIGINAL

Joana Luiza Andrade de Melo Laje
Matrícula: 47300
SAME + HUT
CONFIRME COM O ORIGINAL





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200035972 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA **Data do acidente:** 20/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR DIREITO.
FRATURA DO PUNHO E ESCAFÓIDE DIREITOS (PÁG 25)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER E ÂNCORA NO LAC) E ALTA MÉDICA.
PÁG 3/4/11

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: ***PÁGINAS 16 A 22 - APRESENTAM SEQUELAS QUE FORAM ANTERIORES A ESTE ACIDENTE.(19/09/2019).

*****VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3170473723 EM NÍVEL INTENSO PARA O PUNHO DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030440/20

Vítima: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

CPF: 981.635.233-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/10/2019

Titular do CPF: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA : 981.635.233-87

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: 22/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA
RG: 2283035 Orgão Emissor: SSP-DF
CPF: 981.635.233-87 Nacionalidade: BRASILEIRO
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: Acougueiro
Endereço: Rua: Coração Nº 8046
Bairro: Tahayaros Cep: _____ Cidade/UF: TERESINA - PI
Telefone: (86) 98807-7370 () _____

OUTORGADO:

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

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA
CPF: 981.635.233-87 Data do Acidente: 20/10/2019

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

TERESINA 30 OUTUBRO 2019
Local e data

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

3º OFÍCIO

Cartório
Teresina/PI
Rua Luís Viana, 1223 - Centro - CEP 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4700 - E-mail: ct3teresina@ct3teresina.pi.gov.br

Titular: Gleidson Gonçalves de Souza

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA, DOU FÉ. EM TESTIMÔNIO DA VERDADE.
Teresina-PI, 30/10/2019. Selo: AAK70958-NNT9
www.tjpi.jus.br/portalextra. *Aluísio*

Jessica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3.85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Belo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 106
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEL
CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Jessica Aline de Meneses Silva
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030440/20

Vítima: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

CPF: 981.635.233-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/10/2019

Titular do CPF: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA : 981.635.233-87

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: 22/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior