

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Audiências, PJe Consulta p..., PJE 0823798-40, Baixar o arq..., Telefones d..., (31) WhatsA..., +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=589572&ca=996c8509c5465c719fd1ee83741fed5...

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

Header: **PJe** ProceComCiv 0823798-49.2020.8.18.0140
GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...

Search bar: 12980736 - CONTESTAÇÃO (2764523 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 09/11/2020 09:33:19

Left sidebar: 09 Nov 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
12980735 - CONTESTAÇÃO
12980736 - CONTESTAÇÃO (2764523 CONTESTACAO 01)
12980740 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
12980742 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
12980993 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS.)
12980994 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 9
2764523- C3/ 2020-04133/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
ADVOCADOS ASSOCIADOS
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Taskbar: PT, 09:33, 09/11/2020



09/11/2020

Número: **0823798-49.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **16/10/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12980 740	09/11/2020 09:33	PROCESSO ADMINISTRATIVO	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, 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

Carta nº 15410906

Pag. 00751/00752 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Pag. 01197/01198 - carta_02 - INVALIDEZ

00080599



Carta nº 15445100





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, 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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 981.635.233-87 4 - Nome completo da vítima: Gleidson Jefferson de Sousa

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

5 - Nome completo: Gleidson Jefferson de Sousa 6 - CPF: 981.635.233-87
7 - Profissão: Açougueiro 8 - Endereço: Rua: Comandante 9 - Número: 8076 10 - Complemento: S/N
11 - Bairro: Taboas 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.067-710
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (86) 994729591

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 015 CONTA: 35247 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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): ☐ 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 (vel nascido)? ☐ 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 alfabetizado

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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina, Piauí, 20.01.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA 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

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

ENVOLVIDO(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 Nº: 8086
Logradouro: RUA CANAÃN
Bairro: PEDRA MOLE

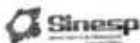
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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	Envolvimentos
Gleudson Jefferson de Sousa	Possuidor

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Francieleide Lima Cordeiro Furtado
Data de Impressão: 20/01/2020 15:32
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

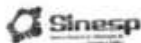
O MESMO COMUNICA QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTOCICLETA, NO ENDEREÇO ACIMA CITADO, QUANDO DEREPEENTE BATEU DENTRO DE UM BURACO. SOCORRIDO PELO SAMU, PROTOCOLO-N:2898. LEVADO PARA O H. U.T. PROTOCOLO N:437594. ESTE SERA PARA FINS DO D.P.VAT. ERA O B.O.

ASSINATURAS

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

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 deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Francieleide Lima Cordeiro Furtado
Data de Impressão: 20/01/2020 15:32
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 981.635.233-87 4 - Nome completo da vítima: Gleidson Jefferson de Sousa

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

5 - Nome completo: Gleidson Jefferson de Sousa 6 - CPF: 981.635.233-87
7 - Profissão: Açougueiro 8 - Endereço: Rua: Cometa 9 - Número: 8076 10 - Complemento: S/N
11 - Bairro: Taboaras 12 - Cidade: Tuiutina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.067-710
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (86) 994729591

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 015 CONTA: 15247 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): ☐ 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 (vel nascido)? ☐ 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 alfabetizado

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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tuiutina - Piauí, 20.01.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	Se idade ignorada, preencha com 999			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	19 Vitima			
	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida			
Acidente de Transporte	22 Equipamentos de segurança	23 Glasgow =			
	24 Sinais vitais	25 Local da lesão			
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso Radial			
	28 Sangramento	29 Escala de dor de 0 a 10			
Assistência	30 Fratura	31 Procedimentos realizados			
	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada			
Observações Interdisciplinar	34 Óbito	35 Observações			
	Assinaturas e rubricas				

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Sergio Leal
COREN-PI 548260-TE

Enfermeiro
Condutor

Romualdo



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





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro-Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 06.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.303.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SIAFZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

001055-1

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 MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/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

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual	14777
Anterior	14444
Constante de Multiplicação	1,000
Consumo Medido	333
Consumo Faturado	333
Forma de Pagamento	NORMAL
Longo de irregularidade	
Dias de Consumo	32

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A1691556		1.6.1.1	366

HISTÓRICO kWh	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 PUB. (COSIP) 19,54
JAN/19 350	DIFERENÇA DE TARIFA 52,73
DEZ/18 380	SUBVENCAO BAIXA RENDA 35,47-
NOV/18 462	BONUS ITAIPU - ART. 21 LEI N. 1,16-
OUT/18 408	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 2,90
SET/18 427	MULTA POR ATRASO 05/19-00 5,80
	JUROS POR ATRASO 05/19-00 3,09
	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,95

TARIFA SOCIAL	0,00
ICMS	0,00
PIS	0,00
COFINS	0,00
Outros	0,00
Total	289,70

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31-07-2019, o não pagamento por 12 meses consecutivos e inclusão do nome do consumidor no CADEN. 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

RESERVADO AO FISCO 331C E005 B78C 40BA CA12 C28A 2FC4 BB68

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/REBUTOS - R\$
Distribuição 58,01	Base de Cálculo 295,00 215,35
Energia 112,11	Alíquota ICMS 27,00% 79,65
Transmissão 18,96	Valor do ICMS 79,65
Encargos 9,28	Valor do PIS 1,40% 3,03
Tributos 96,64	Valor do COFINS 6,48% 13,96

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DICIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,19	10,39	20,77	3,30	6,60	13,20	2,94	
Realizado	0,00			0,00			0,00	



equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
censo, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

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.

VENCIMENTO
31/12/2019

CONSUMO (kWh)
127

TOTAL A PAGAR (R\$)
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

Atual:	14139	Atual:	24/12/2019
Anterior:	14012	Anterior:	25/11/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	23/01/2020
Consumo Medido:	127	Emissão:	23/12/2019
Consumo Faturado:	127	Apresentação:	24/12/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	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 SEM TRIBUTOS:			
0 A 127 - 0,533612			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/01/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na dívida ativa, caso não efetuado o pagamento antes do vencimento.
11/2019	149,73	

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

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

Distribuição:	23,55	Base de Cálculo:	107,62	83,94
Energia:	45,48	Alíquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	7,69	Valor do ICMS:		23,67
Encargos:	3,76	Valor do PTS:	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

equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0051867-0

TOTAL A PAGAR - R\$

117,27

MÊS FATURADO

12/2019

VENCIMENTO

31/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 031895626 FCAM

83650000001 0 17270017000 1 000000000051 3 86701219008 0



SÉQ.: 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 SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kuylyh Soares 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 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>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 994729591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 20.01.2020

Kuylyh Soares de Oliveira
Assinatura do Declarante

RL.001 V001/2017





NOME DO PACIENTE: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 437594

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

- Ortop
- Neuro de

Imp: 21/10/2019 01:39:20
(User: GILBERTO)
(Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA	Prontuário:	437594
Mãe:	LUCY CARLA DE SOUSA	Pai:	
End.Resid.:	RUA CANÁ Nº8076 - PARQUE ANITA FERRAZ - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento:	26/04/1985	Idade:	34a5m25d
Responsável:	VERA LUCIA	Sexo:	Masculino
Profissão:	ACOUGUEIRO	Fone:	86-95464-797
G. Instrução:	Não informado	CNS:	707608297228491
		Documento:	CPF: 981.635.233-87
		E.Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

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:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ CERCA DE 3 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU, ALCOOLIZADO, USAVA CAPACETE. ENCONTRADO JÁ EM SUA RESIDÊNCIA DEITADO. APRESENTA FRATURA FECHADA DE CLÁVICULA DIREITA. NEGA VÔMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIÊNCIA. APRESENTA DOR INTENSA EM MSD E TORAX.

A) VIAS AEREAIS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT O2:97%, FC 79, FR 15

C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR., PA 130x80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S

D) GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, SEM SINAIS DE ALERTA

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

(1340220) - T.C. DE CRÂNIO
(1340221) - ANTEBRACO DIREITO
(1340222) - BRACO DIREITO

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA 21/10/19 HORA 01-20
EXAME TÉCNICO: FES

Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.

Teresa Raquel Pereira de Sousa
Matrícula: 869234
SAME/HUT
Confere Original

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

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 1020 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 71243 - Em: (21/10/2019)

Atendimento	747583	Prontuário:	Paciente:	GLAIDSON JEFFERSON DE SOUSA	Dt. Nasc.:	26/04/1985	Clinica:	26/04/1985 SALA VERDE	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Evolução:	747583	Diagnóstico/Comorbidades: FRATURA DE CLAVICULA?										
Horas:	Alergias: NEGA											
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HA CERCA DE 3 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU, ALCOOLIZADO, USAVA CAPACETE. ENCONTRADO JA EM SUA RESIDENCIA DEITADO. APRESENTA FRATURA FIBRADA DE CLAVICULA DIREITA. NEGA VOMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIENCIA. APRESENTA DOR INTENSA EM MTD E TORAX. A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCIA RIGIDA. B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILIS, RESPIRACAO ESFORTEADA, SAT O2: 97%, FC 79, FR 15 C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES, ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPACAO, PULSOE SIMETRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR, PA 130X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S D) GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTOREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, SEM SINAIS DE ALERTA E) DOR INTENSA A MOBILIZACAO DO MTD E A MANIPULACAO DO HEMITORAX DIREITO E ESQUERDO (RELATA QUE MOTO CAIU POR CIMA). PALPACAO ABDOMINAL SEM SINAIS DE IRRITACAO PERITONEAL, SEM ESCORIAOES EM MEMBROS INFERIORES.												
Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:		
Dieta	ORAL Tipo ORAL ZERO,											
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO)		1,00	Frasco	EV	12/12h						
2	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL		1,00	Ampola	EV	12/12h						

Observações Gerais:

SSV + CCGG

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Médica
CRM-PI 7212

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

Prontuario:
437594
Internação:
250061

Nome: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA				
End. Resid.: RUA CANÃ Nº076 - 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:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod.CID:

8	4	2	1

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

Regular

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Regular

MEDICAÇÕES:

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

curativa + FK

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tenista Rangel 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:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

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



FICHA DE ADMISSÃO



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

Prontuario:
437594
Internação:
250061

Nome: **GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA**

End. Resid.: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64069-990

Sexo: Masculino	Nascimento: 26/04/1985	Idade: 34a5m25d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: ACOUGUEIRO
Admissão: 10/03/2017	G. Instrução: Não informado	Fone: 86-95464-797	Cartão SUS (CNS): 707608297228491	Procedência: TERESINA

Pai:

Mãe: LUCY CARLA DE SOUSA

Cônjuge:

Responsável: VERA LUCIA

End. Responsável: RUA CANÃ N8076 - PARQUE ANITA FERRAZ
TERESINA - PI

64069-990

Documento: CPF: 981.635.233-87

Internou-se neste Hospital: () Sim () Não Internou Noutros Hospitais () Sim () Não

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

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 CLÁVICULA DIREITA. NEGA VOMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIENCIA. APRESENTA DOR INTENSA EM MSD E TORAX.
A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT 02:97%, FC 79, FR 15

DIAGNÓSTICO:

Provisório: Luxação da articulação acromioclavicular

C I D: 8431

Principal:

C I D:

Intercorrência:

Sintomas e Sinais Principais:

Causa Mortis:

Hist. Patológico:

Dor e deformidade

TRATAMENTO:

TIPO:	TERAPEUTICA MEDICA:	OPERAÇÃO:	EFICACIA:
() Nenhum	<i>RAH cl</i>	Principal:	() Eficaz
() Médico		Acessoria:	() Ineficaz
() Cirúrgico	<i>an an an</i>		() Prejudicial
(x) Méd. Cirug.			() Não Avaliado

DURAÇÃO:

Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
------------------	-------	------------	-------	----------------------

ALTA SAÍDA:

TRANSFERÊNCIA:

ÓBITO:

() Curado	() A Pedido	() Por Indisciplina	() Tisiologia	() <= 48 H, estado agônico ou pré-agônico
() Melhorado	() Int. P/Diagnóstico	() Evasão	() Psiquiatria	() <= 48 H, SEM estado agônico ou pré-ag
() Inalterado	() Decisão Médica	() P. Ambulatório	() Outros	() Após 48 horas de Internação

Em: 21/10/2019

Ass. Médico

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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Gleidson Jefferson de Sousa IDADE 24 anos DATA 24/10/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA: GERAL ☒ RAQUE ☒ BLOQUEIO ☐ PERIDURAL ☐ SEDAÇÃO ☐
 CIRURGIA REALIZADA Fuel. ZAC @ CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>109 X 71 mmHg</u>	<u>12:40</u> <u>105/68</u>	<u>108 X 64 mmHg</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>73 bpm</u>	<u>73</u>	<u>74 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>96 %</u>	<u>96 %</u>	<u>96 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	<u>///</u>	<u>///</u>	<u>///</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>///</u>	<u>///</u>	<u>///</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Mariana</u>	<u>Mariana</u>	<u>Mariana</u>

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR

TOTAL	<u>09</u>			
ASS.	<u>M. Mariana</u>			

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasogástrico () Nasojejuno
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

12:25 Relatado na SRPA em POS de 12h cirurgias para fratura ZAC @ submetido ao bloqueio. Consciente, calmo, eufórico, respirando com 96% satO₂ em ar ambiente.

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matriculada 059234
 SAME - HUIT
 Confere com Original

M. Mariana
 CREA-PI 200517 - ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Aldeteio

HORÁRIO

Dra. Alyne D. Almeida
 Médica Anestesiologista
 CRM-PI 7123

ANESTESIOLOGISTA

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

2 [] [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] TERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD []





Terresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME - HUT
 Conferir com Original



Fundação Municipal de Saúde

403

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

Let's narrow it!

Sc di vomi: Murchell F

Del. si ofew nuncione do
acta de mureme

Dr. Gald Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista C.R.N.
P. 3054 ROE 0425

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMI/HU
Confere: [illegible] Original

1995/1996

Togo Direct



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

254082

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

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

1-Mãe: LUCY CARLA DE SOUSA

12-Fone: 86-95464-797

13-Resp: VERA LUCIA

14-Cor: Parda

15-Endereço: RUA CANÃ 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 MOTOCICLISTICO, HÁ CERCA DE 3 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU, ALCOOLIZADO, USAVA CAPACETE. ENCONTRADO JÁ EM SUA RESIDENCIA DEITADO. APRESENTA FRATURA FECHADA DE CLÁVICULA DIREITA. NEGA VÔMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIÊNCIA. APRESENTA DOR INTENSA EM MSD E TORAX. A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT 02:97%, FC 79, FR 15

21 - Condições que justificam a internação:
as acima

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
raio x , to cranio

23-Diagnóstico Inicial:

Luxação da articulação acromioclavicular

24-CID Prim:

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

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

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 VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 080234
SAME HUT
Confere cópia Original

40-No. Bilhete:

41-Série:

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

27/11/19

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

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

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Vera Lucia Ferreira Pereira

Dr. WILKINSON GALVA
Consultoria 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 707608297228491	NOME DO PACIENTE GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA	NASCIMENTO 26/04/1985	SEXO M	PRONTUÁRIO 437594
DOCUMENTO CPF 8699546479	TELEFONE 8699546479	NOME DA MÃE LUCY CARLA DE SOUSA	RESPONSÁVEL VERA LUCIA	
CEP RUA CANAA	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA CANAA			NUMERO / LOTE 8076
BAIRRO ANITA FERREZ	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF 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 PERVIAS, PASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. RESPIRACAO ESPONTANEA, SAT O2 97%, FC 79, FR 15C) RR, 2T, BNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, SEM SINAIS DE ALERTAE) 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 IRRITACAO PERITONEAL, SEM ESCORIACOES EM MEMBROS INFERIORES.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RAIO X TC CRANIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S431 - LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010185 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURAL LUXACAO ACROMIOCLAVICULAR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

21/10/2019

CAMEIA 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 VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIO FLAVIO SANTOS FERREIRA CPF: 55376835981 CRM:	DATA ANALISE: 21/10/2019 02:37:04
CPF	CRM
DATA ANALISE	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>Gleudson Pessoa de Sousa</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Lesão do manguito rotador (D)</u>		
Operação - Tipo <u>RAT e artroscopia - cirurgia de Weaver-Hess</u>		
Cirurgião <u>LEANDRO</u>	1º Assistente <u>EST. MENINA</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia

Anestésico(a)		
Data da Operação <u>29.10.19</u>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

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

Ponte em vedação do prep
Amplio e artroscopia; artroscopia
Início artroscopia; artroscopia
Artroscopia artroscopia; artroscopia
Artroscopia de artroscopia no artroscopia
Passagem de fios de artroscopia no artroscopia
Drenagem de artroscopia; artroscopia (1/2K)
Sutura de artroscopia
Transferência de artroscopia para artroscopia
Sutura de artroscopia

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Mod. 76 HUT





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/10/19

NOME DO PACIENTE: <u>Gledson Jefferson de Jesus</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>437594</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Luxação do ombro direito</u>	CIRURGIA: <u>RTOR e clareamento</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>01</u>
CIRURGIÃO: <u>CFMULL</u>	CPF Nº <u>167 786 998-4</u>
AUXILIAR: <u>EST. MENCINA</u>	CPF Nº
ANESTESIA: <u>Diego</u>	CPF Nº
INSTRUMENTADORA: <u>Rafaela</u>	CPF Nº

Dr. LEANDRO PONCE LEAL
Ortopedista Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2008

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8.0 7/15	PAR	01	cade
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	01		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 Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Odontofórmula	11	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	11	03	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				crepom			
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: <u>Pr. Maciel</u>			
PROLENO							

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

MOD. 94





FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Gleison Jefferson de SousaProntuário: 437594Sala: 01Alergia: NegData: 24/10/2019Procedimento: Protonectomia unipolar de maxilarCirurgião: LeandroObservações: Chaveado com prótese sem restrição anteriormente / jejum completo (7h)

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. Propofol 0.8%	mg	• 120											
2. Lidocaína 0.5% gel	mg	• 180											
3. (Lidocaína)	g	• 2											
4. Ropivacaína	mg	• 50											
5. Dexametasona	mg	• 8											
6. Ondansetrona	mg	• 4											
7. Midazolam	mg	• 5											
8. Fentanil	µg	• 100											
9. Dextropropriopetona	mg	• 10											
10. Clonidina	µg	• 60											
11													
12													
13													
Oxigênio	l/min	02	02	02	02								
AR/N2O	%												
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico MVE Ox (cubito)
- Cal. Venoso nº G
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- Gastos cateteres
- ☐ Central 01

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IOT nº
- ☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☐ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural

- ☒ Bloqueio Periférico (interrupção)
- ☒ Outros neu@guarib

Decúbito: Costado de prto

SPO2 (%)

ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso (MVE)

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia: ① Póti em pos. monitorizada, Realizado bloqueio intercostal ② guiado por USG a 4° fêmur com estípite, e intub. Mantido proteta nasal O2 (2l/min.)

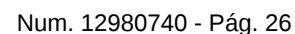
Dr. Dani Nunes de Oliveira
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-PE 4926

Anestesiologista





ITALYNI





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

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

PACIENTE - Nome: Gleidson Jefferson de Sousa
Nº AIH: 250062
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	DESCRIÇÃO DO MATERIAL po, Nº de Série, Etc...)
	ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO SMM REG. ANVISA N 807917510024 COD: 09010050E LOT: 0151E19 ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO SMM USO UNICO - ESTERIL PROIBIDO REPROCESSAR 2701025 - ANCORA DE SUTURA ORTOPEDICA 1 - ANCORA OSSEA DE TITANIO ANCORAGGI ECO SMM M. Prima: LIGA DE TITANIO / FIOS DE POLIESTER Norma: ASTM F 136 / USP 2 Fabricante, comercio e distribuidor: Isonary Ltd e Com de Prod Medico CNPJ: 07.272.567/0001-00 R. Sao Jose s. 801 - Lote 2 - Quadra 88 Pq. Industrial Sao Jose Caldas - SP - Brasil CEP: 06710-880 Atenção: de Fabricação com RANBAXINITY Ramp. Técnica Distribuidor Delta Vittoria CIEA - SP 060335005 0151E19 Condições especiais de armazenamento, conservação e manipulação: verificar integridade do embalagem verificando danos e validade. Não colocar objeto pesado ou a ser aquecido perto do produto. Manter em local seco e não expor a luz solar, radiação ou umidade, extrair da temperatura ou condições particulares. Não armazenar acima de 19°C / F ou 45°C. Instruções para uso: advertências e precauções: vide li Atenção: Use único Fabricado 24/05/19 Validade 24/05/21 Tipo de esterilização

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: Anália





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: 34a4m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741999
Requisição: 1001676 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1312544 Convênio: S U S

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 ESFENOIDE.
- 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

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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopo
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

Página 1 de 1

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: S U S

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 ESFENOIDE.
- HEMOSSINUS ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL DIREITO.
- LEVE ESPESSEAMENTO DA MUCOSA DOS SEIOS MAXILARES.
- CISTO DE RETENÇÃO MUCOSA/PÓLIPO NO SEIO MAXILAR DIREITO (1,1cm).
- DEMAIS CAVIDADES PARANASAIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- DESVIO DO SEPTO NASAL PARA A DIREITA.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 18/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 069234
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: 34a4m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741999
Requisição: 1001677 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1312547 Convênio: S U S

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 ÍNTEGROS.
- 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 MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

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

Yerusa 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

Página 1 de 1

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: S U S

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 HIPOINSUFLADOS.
- PEQUENOS CISTOS/BRONQUIOLOECTASIAS NOS LOBOS SUPERIORES E INFERIOR ESQUERDO.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- 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 Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 058234
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

Página 2 de 2

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: S U S

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 VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 18/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

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

Teresa Raquel Pereira de Sousa Góes
Matrícula: 259234
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: 34a4m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741999
Requisição: 1001680 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1312550 Convênio: S U S

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 LINFONODOMEGALIAS 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 Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula 209234
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: 34a4m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741999
Requisição: 1001745 Solicitação: 18/09/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1312708 Convênio: S U S

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: íntegros, com morfologia, diâmetros, tunicas e textura parenquimatosa normais.

Epidídimos: anatômicos.

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

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 Lúcia Mendes de Mesquita
Matriculada: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

MÔNICA ALZIRA P DA SILVA

CPF: 227.811.103-53 CRM 3162

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lages
Matriculada: 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: 34a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 747583
Requisição: 1014801 Solicitação: 21/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1340220 Convênio: S U S

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.

(JOAO 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 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

PAGE 1/46 11

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: S U S

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 íntegros.
- 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
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
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

Página 1 de 1

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: S U S

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 escafoide 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

Josana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME HUT
CONFERE COM O 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: 06.522.917/0022-02

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

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

~~Joana Luisa Soares de Menezes
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COMO ORIGINAL~~

~~Teresa Raquel Pereira de Sousa Lages
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Confere como Original~~





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 - 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: 1340225 Convênio: S U S

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 íntegros.
- 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 Luiza Mendes de Albuquerque
Matrícula: 47350
SAME - HUT
CONFERE COM O 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

Pág. 1 de 2

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: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 231 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 21/10/2019

T.C. DE TORAX

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

RELATÓRIO:

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

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/10/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47360
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Luiz Felipe Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAME - HUT
CONFERE COM ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Ito 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 Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 250061
Requisição: 1016206 Solicitação: 24/10/2019 Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL
Controle: 1343268 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 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:

- Artrodese acromioclavicular direita.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2019

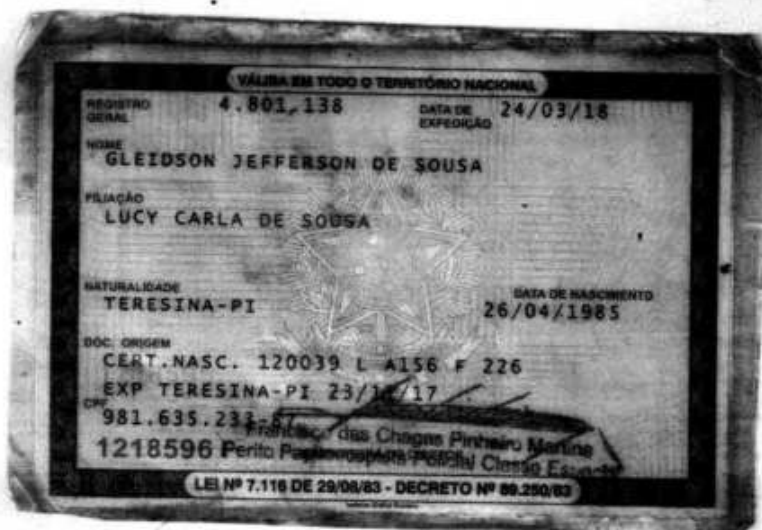
ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

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

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matricula: 47390
SAME - HUT
CONFERE 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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030440/20

Vítima: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

CPF: 981.635.233-87

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 20/10/2019

CPF de: Próprio

Títular do CPF: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Ozeas Chaves Vieira Junior



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

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

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

Vítima: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA
CPF: 981.635.233-87 Data do Acidente: 30 / 10 / 2019

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 30 OUTUBRO 2019
Local e data

Gleudson Jefferson de Sousa
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
RUA LUIZ JOSÉ NEVES, 1223 - CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI - FONE: (86) 3221-4019 - E-MAIL: cartorio3@teresina.pi.jus.br
Titular: Constância Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 30/10/2019. Selo: AAK70958-NMT9
www.tjpi.jus.br/portalexta.

Jessica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 106
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOLLO DARIUAG
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

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 20/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GLEIDSON JEFFERSON DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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

