

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUIS COELHO DE RESENDE**

Nº Sinistro: **3180343178**

Vitima: **LUIS COELHO DE RESENDE**

Data do Acidente: **13/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343178**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13161259



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUIS COELHO DE RESENDE

Nº Sinistro: 3180343178

Vitima: LUIS COELHO DE RESENDE

Data do Acidente: 13/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180343178**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **13/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	793.110.203-87	Luís Coelho de Resende

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Luís Coelho de Resende	793.110.203-87	aviador
Endereço	Número	Complemento
Rua Senador Coelho 171	521	
Bairro	Cidade	Estado
Centio	Boa Hora	Piauí
Email	CEP	Telefone (DDD)
	64108-000	(86) 99982-3093

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3436 DV 29924 DV (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ DV _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. _____ DV _____ (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. _____ DV _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

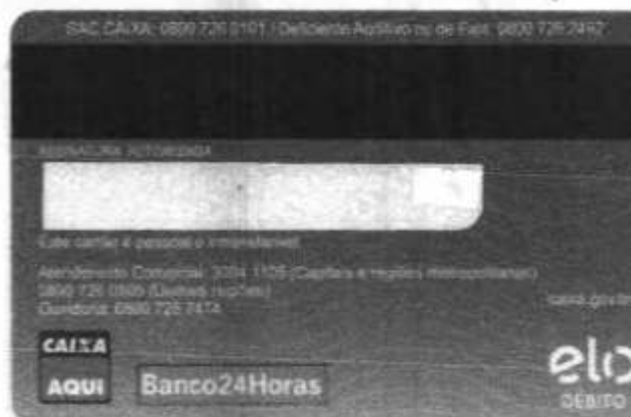
Boas 23 de Julho de 18
Local e Data

Luís Coelho de Resende

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 203748.000057/2018-91

1. Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Claudio Barros Monteiro

Data/Hora: 11/07/2018 - 10:32

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BOA HORA

Tipo Local

OUTROS

Exemplo

BOA HORA

Endereço

OUTROS Nº

Complemento

460012

Data/Hora

13/09/2017 - 08:00

Bairro

NÃO INFORMADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

1. LUIS COELHO DE RESENDE

2. SENADOR COELHO, CENTRO, Nº

3. NÃO INFORMADO

4. BOA HORA

Tipo Envolv: VITIMA/Notificante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

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

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 125 FAN ES

2015 PIJ9632

9C2JC4110FR113511

01046492825

Vermelha

Condutor: LUIS COELHO DE RESENDE

End: SENADOR COELHO, CENTRO Número: Complemento:

Cidade: BOA HORA UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Proprietário: SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA

End: SENADOR COELHO CENTRO Número:

Cidade: BOA HORA UF: Bairro: NÃO INFORMADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

Declarante informa que no dia e horário acima se deslocou de casa ao trabalho (lavoura). Que chegando lá percebeu que havia esquecido algumas ferramentas, então retornou. Que no percurso de volta se chocou com outro motoqueiro. Que o outro motoqueiro estava com uma pessoa na garupa e essa pessoa foi arremessada e se chocou com o declarante batendo uma cabeça na outra. Que ficou desacordado e foi socorrido por populares e levado a UPA de Boa Hora e em seguida para o Hospital de Campo Maior onde ficou desacordado por dois dias, no dia seguinte foi transferido para Teresina (HUT) e lá ficou internado por 18 dias. Era o que tinha a declarar.

Claudio Barros Monteiro - Mat. 2990903
AGENTE DE POLÍCIA

LUIS COELHO DE RESENDE
LUIS COELHO DE RESENDE - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Rui Coelho de Resende

CPF da Vítima

793.410.203-87

Data do Acidente

13.09.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018
CENTRO SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte - 62470-000
Petrópolis - RJ

Barras, 23 de Julho de 18
Local e Data

Rui Coelho de Resende
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO

SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CNPJ: 06553564000642 (86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0134146

Data: 13/09/2017

Funcionario: SOCORRO

Registro: 60232

Hora: 09:08:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 15

LUIS COELHO DE RESENDE

Nasc.: 05/10/1976 Idade: 40 ANOS, 11 MESES, 8 DIAS Telefone: (86) 9813-20099

CPF: - RG: 2842003 - SUS: 206822685980002

Civil: CASADO(A) CEP: 64108-

End.: SENADOR COELHO, 1.971 -

Bairro: CENTRO

Cidade: BOA HORA/PI

IBGE: 2201770 Cor: PARDA Mãe: IRACEMA COELHO DE RESENDE

Pai: DOMINGOS COELHO DE RESENDE

Clinica: CLINICA MEDICA

Documento: 6499 - CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO

Responsavel: LUIS COELHO DE RESENDE - O MESMO

482.355

Procedimentos

13/09/2017 9:08 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente

☒ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco

☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

QUEIXA/HISTÓRIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTANDO SANGRAMENTO PELA BOCA, LESÃO NO OLHO E.

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

AO CLINICO

Paciente vitima de acidente com trauma contuso, Glasgow 15. Lesões hematómicas localizadas no abdome e membros inferiores.

1) Soro fisiológico

2) Levofloxacina 500mg + ADZ

3) Levofloxacina 500mg + ADZ

Vanessa Machado Leite
COREN PI 453.922 - TE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

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

Dr. Lucas Garibaldi de Deus Souza

MÉDICO
CRM Nº 6499

Marcio Fernando Oliveira
Enfermeiro
COREN-PI 578.776

Cristiane Assis de Araujo
Enfermeira
COREN-PI 482.355

Responsavel: LUIS COELHO DE RESENDE

482.355 - CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 719 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.880.746/0001-89 (inc. Estadual: 19.201.283-0)
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Selo B -
Regime especial de Impostos instituído pela Lei nº 3.202/2000

Nº da Nota Fiscal 006650159

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é concedida
para Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002

CONTA MES	VELOCIDADE	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	12/06/2018	83	47,36

SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA
R. SENADOR COELHO 171 521 CENTRO
CPF: 00000357914384
CEP: 64.108-000 - BOA HORA

ROT: 304.719.04.07.169000

DADOS DA FATURA	DATA	DADOS DA LEITURA
Atual: 1772		Atual: 05/06/2018
Anterior: 1689		Anterior: 07/05/2018
Coeficiente de Multiplicação: 1,000		Próxima Leitura: 06/07/2018
Consumo Medido: 83		Emissão: 04/06/2018
Consumo Faturado: 83	FCAM	Apresentação: 05/06/2018

CLASSIFICAÇÃO	LIGACÃO	NÚMERO MODIFICAR	POSTO	CÓDIGO FISCAL	MÓDULO 12 meses
RESID. BY. RENDA	NOVO	A1334758		1.4.1.1	66

HISTÓRICO	DESCRIÇÃO DA CONTA
MAI/18 82	CONSUMO 30 A R\$ 0,267038 = 8,01
ABR/18 67	53 A R\$ 0,457794 = 24,26
MAR/18 69	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSP) 2,24
FEV/18 68	DIFERENÇA DE TARIFA 32,28
JAN/18 82	SUBVENCAO BAIXA RENDA 23,71
DEZ/17 66	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00 0,65
NOV/17 67	MULTA POR ATRASO 03/18-00 1,86
OUT/17 50	JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00 1,77
SET/17 57	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,34
AGO/17 56	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,35

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Mes/Ano 05/2018 Valor R\$ 41,00
Divida acumulada sujeita a pagamento de vencimento de 05/2018 a 05/2018, no valor de R\$ 41,00, em função das contas não pagas. Para evitar o corte de energia, recomendamos o pagamento em até 05/2018. Caso contrário, a concessionária se reserva no direito de suspender o fornecimento de energia elétrica, sem qualquer aviso prévio.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO FISCO	A195.C7E0.68A3.69AB.053E.01B3.3E72.5939
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	SUBJETOS/RENTES - R\$
Distribuição: 13,54	Base de Cálculo: 64,55
Energia: 25,72	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 4,04	Valor do ICMS: 14,20
Encargos: 4,10	Valor do PIS: 0,52
Tributos: 17,15	Valor do COFINS: 2,43

INDICADORES DE CONTINUIDADE
7,27 14,53 29,06 3,86 7,73 15,45 4,14
0,00 0,00 0,00

CAMPO MATCH 04/2018 9,17

ROT: 304.719.04.07.169000

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 719 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.880.746/0001-89 (inc. Estadual: 19.201.283-0)

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
044835-0	47,36
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
06/2018	12/06/2018

Nº da Nota Fiscal: 006650159 FCAM

83670000000 0 47360017000 4 00000000448 1 83500618008 6



SEQ.: 00210 UC: 044835-0 DT. LEIT.: 05/06/2018 T. ENTR.: 01
LEITURA: 1772 NORMAL TOTAL: 47,36 CARGA: 001
DT. VENC.: 12/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1361

P/Reúcia
(86) 99982.3093
(86) 99816.8055

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Maria do Carmo Procopio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 44 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Coelho de Resende inscrito (a) no CPF sob o Nº 793.410.203 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Luiz Coelho de Resende inscrito (a) no CPF sob o Nº 793.410.203 / 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 Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>União</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Rio de Janeiro</u>	CEP <u>64019-330</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>86/99982-3093</u>

Teresina 23 de Julho de 18
Local e Data

Maria do Carmo Procopio da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sandra Maria dos Santos Sousa,
RG nº 1770360, data de expedição 08/10/2004
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 003.579.143-84 com
domicílio na cidade de Barras, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Senador Coelho 171 521, nº 171,
complemento centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Luis Coelho de Resende cujo o condutor era
Luis Coelho de Resende.

Veículo: moto
Modelo: Honda / CG 125 FAN KS
Ano: 2015
Placa: PIJ-9632
Chassi: 902JC4110FR113511
Data do Acidente: 13/09/2017
Local e Data: Barras 19/06/18

Sandra Maria dos Santos Sousa
Assinatura do Declarante

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

CPF: 06.842.751/0001-31 - CNIS: 144320

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA EM TESTE DA VERDADE. DOU FÉ. BARRAS, 19/06/2018 10:35:44.

Isadora Pacheco Fortes Silva
ISADORA PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE
Emitido em: 3.7.1. TJ 0.70. Seio: 0.25 Total: 4.70

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Ano de Notas
Registro e
Assinatura

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABD-34465

STAMPADO ÚNICO
BARRAS - PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

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

Senha 15

SUS

LUIS COELHO DE RESENDE

Nasc.: 05/10/1976 Idade: 40 ANOS, 11 MESES, 8 DIAS Telefone: (86) 9813-20099 CPF: - RG: 2842003 - SUS: 206822685980002 Civil: CASADO(A) CEP: 64108

End.: SENADOR COELHO, 1.971 -

Bairro: CENTRO

Cidade: BOA HORA/PI

IBGE: 2201770 Cor: PARDA Mãe: IRACEMA COELHO DE RESENDE

Pai: DOMINGOS COELHO DE RESENDE

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6499 - CRISTIANE ASSIS DE ARAUJO

Responsavel: LUIS COELHO DE RESENDE - O MESMO

482.355

Procedimentos

13/09/2017 9:08 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco ☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

QUEIXA/HISTÓRIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTANDO SANGRAMENTO PELA BOCA, LESÃO NO OLHO E

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

AO CLINICO

Dipiridamol 100mg + ADZ
Dipiridamol 100mg + ADZ
Dipiridamol 100mg + ADZ

Paciente vitima de acidente com
contusões, gerganeis, lesões hemorrágicas
na pele e expulso.

1) 800mg + ADZ

2) 1000mg + ADZ

3) 1000mg + ADZ

Vanessa Machado Leite
COREN PI 453.922 - TE

Dr. Lucas Garibold de Deus Souza

MÉDICO
CRM Nº 6499

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina, PI

22:00 Pac. contusões, sangramento
aprox. 100ml de sangue
Nada

Marcio Fernando da Silva
Enfermeiro
COREN-PI 375.715

Cristiane Assis de Araujo
Enfermeira
COREN-PI 482.355

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERENCIA

DATA 14/08/17 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE HRCM MUNICÍPIO Campo Maior

MÉDICO: Jonas Rodrigues da Silva CRM: 5000

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Lia Coelho de Resende

Idade: 40 anos Sexo: () Masculino () Feminino

HDA: Paciente com quadro de forte alteração de consciência com alteração de traqueia matricial há alguns dias.

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: 130x80 mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

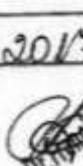
- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração (x) Medicação Dipirano + Voltaren
- () Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT Clínica/Posto: Neurologia Senha: 2017 08/15 125

Assinatura e carimbo do Médico


MÉDICO
CRM-PI 5200
CPF: 021.575.103-76





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Luiz Coslino de Resende

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 454287



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 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

NEURO
L394

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/09/2017 17:09:56

(User: FLAVIA ANDRADE)
(Estação: ACCR01)

Nome: LUIZ COELHO DE RESENDE		Prontuário: 454288	
Mãe: IRACEMA COELHO DE RESENDE		Pai: DOMINGOS COELHO DE RESENDE	
End. Resid.: RUA SENADOR COELHO Nº171 - CENTRO - BOA HORA - PI - CEP: 64108-000			
Nascimento: 05/10/1976	Idade: 40a:11m:9d	Sexo: Masculino	Fone: 86-91320-099
Responsável: SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA		CNS: 206822685980002	
Profissão: LAVRADOR		Documento: RG: 2842003 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 625022	Data: 14/09/2017 16:50:01	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Vol. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
		Convênio: S U S
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: CEFALÉIA	Evento Principal: História de trauma cranioencefálico	Destino: CLÍNICO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE HA 30 HORAS, COM CEFALÉIA REFRATÁRIA. DESCONHECE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E COMORBIDADES. ECOIS 10/03 ABRIL MSD em TC avulso		Profissional Clas. Risco: FLAVIA MARIA DA SILVA ANDRADE COREN 158813 PI Em: 14/09/2017 17:09:56	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 17:20)

Paciente vítima de acidente motociclistas (colisão moto-moto) há 30 h, trazido pela ambulância, sem lesões cervicais. Relata perda de consciência e 01 episódio de vômito. Dureza cefálica na região frontal.

A: Vias aéreas patentes. Sem urticária. - Pod. Vendo, indolente, RUA D.

B: MVA, NIRA

C: Pulso B, estável. Hemodinamicamente.

D: Glasgow 15, consciente. E: Hematoma em olho E.

PA: X mmHg	Pulso: bpm	FC: bpm	Temp.: °C
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:		ATOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
- À neurocirurgia		25 JUL 2018	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Resende, 455 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	
DATA: / /		HORA: :	
Se Internação, indique o Procedimento e CID		30304092 5068	
Procedimento		CID	

Sandra maria dos Santos Sousa
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 16603
	AIH: 2217102208519

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828836
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828836

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 206822085190002	NOME DO PACIENTE LUIZ COELHO DE RESENDE	NASCIMENTO 05/10/1976	SEXO M	PRONTUÁRIO 454288
DOCUMENTO CPF 2842003	TELEFONE 8691320099	NOME DA MÃE IRACEMA COELHO DE RESENDE	RESPONSÁVEL SANDRA MARIA DOS SANTOS	
CEP 54108000	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NÚMERO / LOTE 000		
BAIRRO BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO BOA HORA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE VIDA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDÁRIO



PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO

LEITO/CLÍNICA

NEUROLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

14/09/2017

DATA ADMISSÃO

14/09/2017 16:50

DATA ALTA

30/09/2017 09:30

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JÚNIOR

CPF: 92814740397

CRM

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	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
LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 45263070115 CRM	
DATA ANÁLISE: 14/09/2017 20:04:02	CRM
	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Luiz Coelho da Nogueira					Q.1
DIAGNÓSTICO ATUAL e COMORBIDADES		DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:		MÉDICO ASSISTENTE	
- ELG 15 - 712 + 13Ae 14Bula				Neuro	
ALERGIAS					
4109117	PRESCRIÇÃO MÉDICA - 17/07/2018	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
1. Dieta 1 novida			ALCO comiente, evitada.		
2. SF 0,9% 500ml EV 24h			Tênis, repouso. Dexamet.		
3. 3% - 10ml/soro			Distúrbio e clure espontane		
4. Paratidina 1amp + AD EV lento 8/8h			Lucinho no pto el		
5. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h					
6. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)					
7. Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa					
8. Fenitoína 100 mg 8/8h					
9. T. ex 30mg 10 6/6h					
10. Omeprazol 20 mg 10 12/12h					
15/03/17 (04:20h) Anamnese:					
1) T. ex 20mg - 10 12/12h					
2) T. ex 100mg 10 12/12h					
3) T. ex 100mg 10 12/12h					
4) T. ex 100mg 10 12/12h					
5) T. ex 100mg 10 12/12h					
6) T. ex 100mg 10 12/12h					
7) T. ex 100mg 10 12/12h					
8) T. ex 100mg 10 12/12h					
9) T. ex 100mg 10 12/12h					
10) T. ex 100mg 10 12/12h					
11) T. ex 100mg 10 12/12h					
12) T. ex 100mg 10 12/12h					
13) T. ex 100mg 10 12/12h					
14) T. ex 100mg 10 12/12h					
15) T. ex 100mg 10 12/12h					
16) T. ex 100mg 10 12/12h					
17) T. ex 100mg 10 12/12h					
18) T. ex 100mg 10 12/12h					
19) T. ex 100mg 10 12/12h					
20) T. ex 100mg 10 12/12h					
21) T. ex 100mg 10 12/12h					
22) T. ex 100mg 10 12/12h					
23) T. ex 100mg 10 12/12h					
24) T. ex 100mg 10 12/12h					
25) T. ex 100mg 10 12/12h					
26) T. ex 100mg 10 12/12h					
27) T. ex 100mg 10 12/12h					
28) T. ex 100mg 10 12/12h					
29) T. ex 100mg 10 12/12h					
30) T. ex 100mg 10 12/12h					
31) T. ex 100mg 10 12/12h					
32) T. ex 100mg 10 12/12h					
33) T. ex 100mg 10 12/12h					
34) T. ex 100mg 10 12/12h					
35) T. ex 100mg 10 12/12h					
36) T. ex 100mg 10 12/12h					
37) T. ex 100mg 10 12/12h					
38) T. ex 100mg 10 12/12h					
39) T. ex 100mg 10 12/12h					
40) T. ex 100mg 10 12/12h					
41) T. ex 100mg 10 12/12h					
42) T. ex 100mg 10 12/12h					
43) T. ex 100mg 10 12/12h					
44) T. ex 100mg 10 12/12h					
45) T. ex 100mg 10 12/12h					
46) T. ex 100mg 10 12/12h					
47) T. ex 100mg 10 12/12h					
48) T. ex 100mg 10 12/12h					
49) T. ex 100mg 10 12/12h					
50) T. ex 100mg 10 12/12h					
51) T. ex 100mg 10 12/12h					
52) T. ex 100mg 10 12/12h					
53) T. ex 100mg 10 12/12h					



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

16603

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**198262****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **LUIZ COELHO DE RESENDE**6 - Prontuário: **454288**7-CNS: **206822685980002**8-Nascimento: **05/10/1976**9-Sexo: **Masculino**RG: **2842003 - SSP PI**11-Mãe: **IRACEMA COELHO DE RESENDE**12-Fone: **86-91320-099**13-Resp: **SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA**14-Cor: **Parda**15-End: **RUA SENADOR COELHO N°171 - CENTRO - CEP: 64108-000**Munic: **BOA HORA**17-Cod. IBGE: **220177**18-UF: **PI**19-CEP: **64108-000****JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

- Principais sinais e sintomas clínicos:

TCE após queda do mto (STC); FICUT (queda do corpo) fratura de fêmur

21 - Condições que justificam a internação:

Não houve lesões ósseas obtidas por exames

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

23-Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos intracranianos

24-CID Prim:

S068

25-CID Sec.:

26-CID C. Ass.:

25 JUL 2017**PROCEDIMENTO SOLICITADO**Cod. Proced.: **27- Procedimento Solicitado:****0303040092****TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)**

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solic.: **01**CPF **900.147.403-97**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

34-Data Solicitação:

14/09/2017**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45- Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Docmento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Sandra maria dos santos sausa

Usuário: **ERICA LARISSA**Consulta Local: **625022**

Consulta SUS:

Impressão: **14/09/2017 19:33:18**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 16603
	AIH: 2217102208519

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
206822683980002	LUIZ COELHO DE RESENDE	05/10/1976	454288	M
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
2842003	8691320099	IRACEMA COELHO DE RESENDE	SANDRA MARIA DOS SANTOS	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)		NUMERO / LOTE	
64108000	RUA SENADOR COELHO, 171		006	
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		UF
BAIRRO CENTRO		BOA HORA		PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE	0303040106

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MEDIO	0303040092		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE	0303040106		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	S068		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente trânsito, internado com TCE médio, não teve recuperação satisfatória, tendo várias intercorrências neurológicas, permanecendo internado no Hospital de Referência de Teresina, sendo necessário o procedimento para TCE grave.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
980016282994204	04/10/2017

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
FABIANNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJA		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
980016000327787		04/10/2017 09:39:59

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 171 - Boa Hora
Teresina - PI CEP: 64.002-470



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/09/2017 17:10:06
(FLAVIA ANDRADE)

Nome: LUIZ COELHO DE RESENDE		Prontuário: 454288
Mãe: IRACEMA COELHO DE RESENDE	Pai: DOMINGOS COELHO DE RESENDE	
End. Resid.: RUA SENADOR COELHO N°171 - CENTRO - BOA HORA - PI - CEP: 64108-000		
Nascimento: 05/10/1976	Idade: 40a:11m:9d	Sexo: Masculino
Responsável: SANDRA MARIA DOS SANTOS SOUSA	CNS: 206822685980002	Fone: 86-91320-099
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 2842003 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 625022	Data: 14/09/2017 16:50:01	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA: *NUY 48-29*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

718 (HSA e Anêmia)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

Carimbo/Assinatura Solicitante

WILSON ASSURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 445 Lapa C
Centro - Nova CEP: 64.002-470
Teresina - PI

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

reabaleia leve

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA: *- Sam Cláudia*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

neurologuen Goleen.

id: Znterna Coe

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Solicitante

João Barbosa Junior

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		ADM: 14/09/2017		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Luiz Coelho de Resende				454288	05/10/1976	Neuro	216	156
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ADM: 14/09/2017						
TCE + HSA T7 HSAE (FISHER III)?		ECG = 14, sem alterações						
ALERGIAS		Arterioesquema normal						
PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
1. Dieta hipossódica (HPS), laxativa						920 alto no pulso		
2. AV Salinizado						Residente ALTA		
3. Fenitoína 100mg VO 8/8h						ENFERMEIRA		
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 4/4h						CENSO SAÚDE		
5. Tramadol 100mg + 100ml SFO,9% EV lento até 8/8h (SOS)								
6. Metoclopramida 5mg/ml - 1amp EV 8/8h (SOS)								
7. Nimodipino 30mg 2CP VO 4/4h								
8. Captopril 25mg 2CP VO 12/12h se PA > 180/110mmHg								
9. Diazepam 10mg às 21horas VO 1x/dia								
10. Ranitidina 150mg VO 12/12h								
11. Hidroclorotiazida 25mg 1CP VO 1x/dia em jejum pela manhã								
12. Fisioterapia M e R								
13. SSVV 6/6h								
14. ABB Hospitalar								
MÉDICO/CRM:								

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
R. Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Dr. Elton Bezerra
CRM: 100.364.033-70
NEUROLOGIA
7001-8518

Manoel de Jesus
Assessoria
Cirurgia

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUIZ COELHO DE RESENDE** (Prontuário: 454288)
Endereço: RUA SENADOR COELHO Nº171 - CENTRO - BOA HORA - PI CEP: 64108-000
Nascimento: 05/10/1976 Idade: 40a:11m:13d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 198262
Requisição: 775428 Solicitação: 18/09/2017 Solicitante: JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR
Controle: 962901 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 216 LEITO 156

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 18/09/2017

ANGIO TC DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais com Tomógrafo multi-detecores, com reconstruções 3D, após administração Endovenosa do meio de contraste.

- PORÇÃO INTRACRANIANA DAS ARTÉRIAS CARÓTIDAS INTERNAS COM CALIBRE NORMAL E CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- ARTÉRIAS CEREBRAIS MEDIAIS E POSTERIORES ANATÔMICAS.
- HIPOPLASIA DA ARTÉRIA VERTEBRAL ESQUERDA (VARIANTE DA NORMALIDADE).
- HIPOPLASIA DO SEGMENTO A1 DA ARTÉRIA CEREBRAL ANTERIOR DIREITA (VARIANTE DA NORMALIDADE).
- NÃO EVIDENCIAMOS MALFORMAÇÃO VASCULAR OU ANEURISMAS DETECTÁVEIS PELO MÉTODO.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 18/09/2017

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Luis Coelho de Resende

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.842.003 DATA DE EMISSÃO 29/03/06

NOME LUIS COELHO DE RESENDE

IRACEMA COELHO DE RESENDE
DOMINGOS COELHO DE RESENDE

BARRAS-PI 05/10/1976

CERT. NASC. 10412 L A9 F 223V
EXP BARRAS-PI 25/07/05

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
LUIS COELHO DE RESENDE

Nº de Inscrição 793410203-87

Data do Nascimento 05/10/76



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade a exigência por terceiros, salvo nas casos previstas na Legislação vigente.

Assinatura
LUIS COELHO DE RESENDE

S
E
R
V
I
D

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 21/10/96

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.012-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 AUTORIDADE NACIONAL DE TRÂNSITO

NOME: MARIA DO CARMO PROCÓPIO DA SILVA
 RG: 3457994 SSP PI
 DATA DO NASCIMENTO: 10/09/1973
 SEXO: F
 ENDEREÇO: 12218 PROCÓPIO DA SILVA
 MARIA BEIRÃO DA SILVA
 CIDADE: TERESINA
 ESTADO: PI
 DATA DE EMISSÃO: 29/04/2003
 VÁLIDA ATÉ: 15/10/2022
 VALOR: 0285101130
 CATEGORIA: 2

IDENTIFICAÇÃO: 1554660910
 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

LOCAL: TERESINA, PI
 DATA DE EMISSÃO: 29/10/2017
 VALOR: 70513801046
 CATEGORIA: 2

PIAUI

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1554660910

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180343178 **Cidade:** Boa Hora **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS COELHO DE RESENDE **Data do acidente:** 13/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>Luis Coelho de Resende</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Advogado</u>
Identidade nº: <u>9.842.003</u>	CPF nº: <u>993410203-87</u>	
Endereço: <u>R. Senador Coelho 171 521 Centro</u>		
<u>Bom flora PI</u>		
CEP: <u>64.108-000</u>	Telefone: <u>80 99982-3093</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI CPF nº: 703.754.703-44
 Profissão: Bacharel em Direito Telefone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093/ 8828-8177
 Endereço: Rua Henrique Dias, N° 790, Bairro: Vermelha - Teresina - PI, CEP: 64.019-330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vitima

Luis Coelho de Resende

Bom flora 19/06/18

Local e data

Luis Coelho de Resende

- Outorgante -

