

# 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: 05/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCIVALDO LIMA MONTEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 00000100636-2

---

Nr. da Autenticação 69E845C20BC5E99B

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170501129      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCIVALDO LIMA MONTEIRO      **Data do acidente:** 12/05/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/09/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA DE OMBRO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## 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

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170501129      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCIVALDO LIMA MONTEIRO      **Data do acidente:** 12/05/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Luxação acrômio clavicular direita grau V

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame vítima apresenta cicatriz no ombro direito, crepitação no ombro direito, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do ombro com o braço direito com prejuízo da extensão do membro superior direito até a escápula contralateral.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento com redução e cirúrgico com osteossíntese com fixação de 03 fios de kirschner. Refere que fez 40 sessões de fisioterapia e que já teve alta definitiva do tratamento médico.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro superior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Mauro Ricardo Ramos Bilibio

**CRM do médico:** 6373

**UF do CRM do médico:** MA

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCIVALDO LIMA MONTEIRO** Sinistro: **3170501129** Data: **12/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Francisca de Sales Carvalho Veras, 3037, CASA - Santo Antônio - Teresina - PI - CEP 64029-160**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2.655.645**

Data local do exame: [ **29/09/2017** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Luxação acrômio clavicular direita grau V. Ao exame vítima apresenta cicatriz no ombro direito, crepitacão no ombro direito, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do ombro com o braço direito com prejuízo da extensão do membro superior direito até a escápula contralateral.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**Submetido a tratamento com redução e cirúrgico com osteossíntese com fixação de 03 fios de Kirschner. Refere que fez 40 sessões de fisioterapia e que já teve alta definitiva do tratamento médico.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do membro superior direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro superior direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Mauro Ricardo Ramos Bilibio - CRM: 6373 - MA

# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170385491 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCIVALDO LIMA MONTEIRO**

Endereço do(a) Examinado(a): **R. FRANCISCA DE SALES CARVALHO VERAS nº 3037 - SANTO ANTÔNIO - TERESINA/PI**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2655645 - SSP**

Data local do exame: **02/08/2017 TERESINA/PI**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### **LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM       NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM       NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

#### **TRATAMENTO CIRURGICO, EM USO DE TIPOIA AMERICANA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em **45 dias**

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%     25%     50%     75%     100%

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%     25%     50%     75%     100%

10%     25%     50%     75%     100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

#### **REVISOR MANTÉM CONDUTA EM TRATAMENTO POR NÃO HAVER TEMPO HÁBIL PARA RESOLUÇÃO DAS LESÕES -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**PI - TERESINA, 02/08/2017**

**Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ**

**Dra. Dores M. B. C. Mendes**  
Médica Perita  
CRM-RJ 52.25889-0  
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM



0006  
Comprovante de residência



NOME DO PACIENTE: Francisaldo Lima Monteiro

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 443100

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2011
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

**SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME**  
“O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO”

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## PREScrição MÉDICA

DATA: 12/05/17 HORA: : 

## HORÁRIO

44 3100 P-1

## OBSERVAÇÕES

NOME PACIENTE: Franckelis L. MonteiroVisto Nutricionista  
Tatiana Dias CRM-PI 11393

1. DIETA LIVRE
2. SG5% 500ML + SF0,9% 500ML EV EM 12h
3. DIPIRONA 2ML+FAD EV 6/6H SOS
4. TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H
5. TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS
6. CCGG

Dr. André Sampaio L. B. Melo  
CRM-PI 3244 FETO 11393

Oral (made) oral  
Gras (made) oral  
oral oral  
oral oral

H	PA	T	P	R	DIURESE/ GLICEMIA
12					
18	12x40	36,6			105
24	120/90		66		
06	110/70		59		

17:47h exercícios ND P.OI. cardíaco, ORL, ORC, ótico, cutâneo. Cefaleia, febre. Corre RCP percutido na MSG. NOGA ALARMA. Doloroso diafragma. ACPM p/RCM. Quro. cefal.

COREME 274043

03:00 Paciente refere cefaleia administrado Dipirona conforme prescrição médica. Manz Are. coran: 699.010

CC J José Ferreira Neto  
CRM-PI 580  
CPF: 096.977.373-08

Centro de  
Saúde  
SABU  
Centro de  
Saúde

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	DIPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
16 JUL 2017	
GENTE SEGUROADORA S.A. Ria Cachorro Retende, 465 loja C Centro - Fortaleza - CE CEP: 64.002-270	

Senhior - 1205 2017017

17.577.205/0015-32

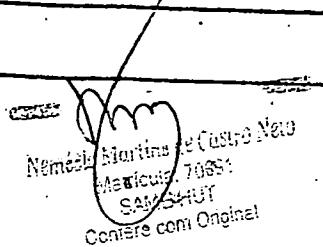


UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde, nº 2810  
Renascença III - CEP: 64.082-110  
Teresina - PI  
Fundação Municipal de Saúde



## SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade	UPA	Para Unidade	HUT/HPM
Paciente	Francivaldo Lima Monteiro		
	Registro		
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
Recente reabilitação de acidente de trânsito e agendado LAC ( )			
HD.	LAC ( )		
Data	12/05/17		
Dr. Tércio Dantas Moura Ortopedia e Traumatologia CRM PI: 3824			
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo			

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT		FICHA DE RETORNO	
Da Unidade	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Para:	
	12 JUL 2017		
<b>GENTE SEGURO S.A.</b> Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470		<b>DIAGNÓSTICO</b>	
 Nome: Tercio Dantas Moura Matrícula: 70891 SAMU/HUT Confere com Original			
Data	/ /	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	



## 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

229

**SUS SUS**

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

<u>Name:</u> FRANCIVALDO LIMA MONTEIRO		<u>Frontuário:</u> 443100
<u>Mãe:</u> MARIA DIVA LIMA MONTEIRO		<u>Pai:</u> ROSSIVALDO DUARTE MONTEIRO
<u>End. Resid.:</u> RUA GENES CELESTIAL 1755 - PLANALTÔ ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 20/02/1988	<u>Idade:</u> 29a:3m:22d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-98801-1235
<u>Responsável:</u> LUANA MAGNA		<u>CNS:</u> 706004872922046
<u>Profissão:</u> AJUDANTE DE PEDREIRO		<u>CPF:</u> * RG: 2655645 - SSPI
<u>G. Instrução:</u> Médio Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 606858	<u>Data:</u> 12/05/2017 17:18:19	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S
<u>vid. Trab.:</u> Sim	<u>Trajeto?:</u> Sim	<u>Tipico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> V299

## DADOS CLÍNICOS:

Trauma em Olho Q

## DEPARTAMENTO DE SINISTRO

por dor Ocular Q.

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 JUL 2017

<u>GENTE SEGURADORA S.A.</u> Rua Socorro de Souza, 465 Loja C Diagnóstico Inicial: Centro - Norte CEP: 64.002-470	<u>Pulso:</u> _____	<u>FC:</u> _____ bpm	<u>Temp.:</u> _____
Lacrimejor Acúvix - Devirante do Olho Q			<u>CID:</u> 843.1

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

LAC V

<u>DEPARTAMENTO DE SINISTRO</u> DPVAT	<u>10 - Internação preventiva</u>
<u>CONTEUDO NAO VERIFICADO</u>	<u>Internar para</u> <u>Q</u> <u>Dia</u> <u>Set</u>

<u>ALTA:</u> GENTE SEGURADORA S.A. Rua Socorro de Souza, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470	<input type="checkbox"/> Memorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <u>Maternidade SAMU</u>
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: <u>Confere com Original</u>
		<input type="checkbox"/> Por Evasão	
			<u>DATA SAÍDA:</u> / / <u>HORA:</u> :

<u>ÓBITO:</u>	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<u>Proced. Solicitado:</u>
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>543.1</u>
			<u>CID Compatível:</u> <u>040.8010 185</u>
			<u>Prof. Solicitante:</u> <u>Internação:</u>

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Francisco L. B. Matos  
Ortopedia/ Traumatologia  
CRM-PI 3244 TEO: 11393

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA**

MÉDICA

Joseane



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

LAC grau III

Operação - Tipo

Ressecção e fixação LAC

Cirurgião

Dr. Hugo Sales

1º Assistente

2º Assistente

Dr. Frederico

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O m ESMO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2017

Relatório Imediato do Patologista

Nemésio Martins de Castro Neto  
Matrícula 14491  
SAMU 192  
Confere com Original

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Acidente Durante a Operação

✓

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

1. AD em corte no prato
2. Praga habita!
3. Reduz o LAC
4. Brisa
5. Curtiu

Dr. Hugo José Sales  
Ortopedia e Traumatologia  
da coluna vertebral  
CPM 7638 / FDT 12672

## FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE *UR*

NOME DO PACIENTE <i>Fernivaldo ferreira moniz</i>					Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>20-07-17</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>ASMA</i>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Spirir on</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>O arrepiado</i>					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)					APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	<i>16h</i>	<i>17h</i>		TOTAL DE DOSES		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C° 38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO					SEQUÊNCIA		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS					DURAÇÃO		
TÉCNICAS <i>BPB II</i>					INCIDENTE - ACIDENTE <i>N</i>		
OPERAÇÕES <i>LAR</i>					<i>N</i>		
CIRURGIÕES <i>Hugo</i>					<i>N</i>		
ANESTESISTAS <i>fern</i>					<i>N</i>		
<i>Lena Parente Cadênsio ANESTÉSISTA CRM-3544</i>					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS <i>Bom</i>		
PARTICULARIDADES							



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15/05/17

NOME DO PACIENTE:	<u>Janeiralde lime monteiro</u>	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	Nº DA SALA:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS:	
CIRURGIÃO:	CPF Nº:	DPVAT	
AUXILIAR:	CPF Nº:	CONTEÚDO NAO VERIFICADO	
ANESTESIA:	CPF Nº:	12 JUL 2017	
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:	GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470			

### 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	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 615	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Collector Drenar	UNID.	11	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Nemésio Martins da Castro Neto Matrícula 70051 SEM HUT Conferir com Original			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							



-0012-  
Declaração Circular SUSEP 145/12

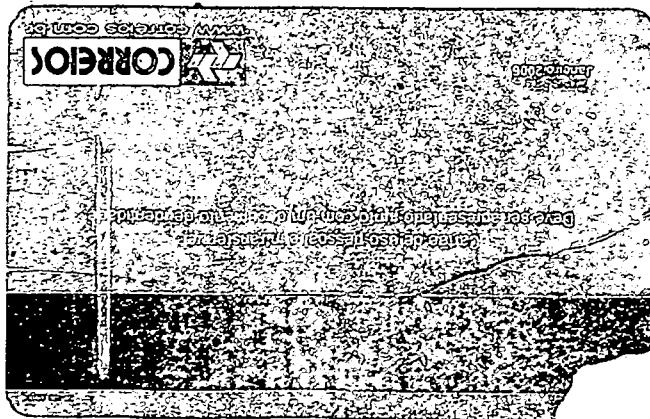
DÉPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2017

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470







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





PARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2017

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



Documentos de identificação

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

0 11701076178402  
1 DETRAN - MA  
3 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
A VIA CÓD. RENAVAM P.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
A 01 1076178402 2017

A NOME:  
A JOAO DIAS DOS SANTOS  
A \*\*\*\*  
B \*\*\*\*  
C \*\*\*\*  
D \*\*\*\*  
E CPF / CNPJ: PLACA:  
0 433.332.143-34 PSK9054  
7 PLACA ANTI-UR CHASSI:  
V. NOVO PA 9C2KC1680FR202937  
0 ESPECIE/TIPO: COMBUSTÍVEL:  
0 PASS/MOTOCICLETA ALCOOL/GASOLINA  
0 MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI  
0 ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015  
0 CAP / POT / CIL. 00002P/0149 CATEGORIA: PARTICULAR  
0 COR PRIMORDIANTE: VERMELHA  
0 COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS  
I 10/03/17 1º 00000000  
P 2º 00000000  
V 3º 00000000  
A FAIXA IVA PARCELAMENTO / COTAS  
01 0,00  
0 PRÉMIO TARIFÁRIO IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
180,65 0,70 185,40 10/04/17  
0 OBS: 1076178402 9C2KC1680FR202937

AF ADM CONS NAC HONDA LTDA  
ADRESSE: RUA DA LIBERDADE, 100  
Cidade: TIMON-MA  
Data: 11/04/2017

Assinatura do Agente de Seguro  
Diretora Geral - Detran/MA  
EXPEDIDOR: 0008992 DA  
001 00947

12 JUL 2017  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelhio de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CE 64.002-270

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

MA Nº 013198707756 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 11/04/2017  
VIA: 01 CPF / CNPJ: PLACA: PSK9054

MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI  
ANO FAB. 2015 CAT. TABIE: 09 CHASSI: 9C2KC1680FR202937

PRÉMIO TARIFÁRIO: 81,29 DENATRAN (R\$): 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$): 90,30

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 IOF (R\$): 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGUARDADO (R\$): 185,50  
PAGAMENTO: X COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 11/04/17

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ: 09.248.600/0001-04

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

013198707756  
RECIBO MA N°

DE \_\_\_\_\_

ASSINATURA



PSK9054

CÓD. RENAVAM  
1076178402

PESOAS  
DCTORES DE  
APESSOAS  
DPVAT

PESOAS  
REB DE VIA  
A PESSOAS

EM TODO O  
VOTORISTAS,

URA: MORTE,  
E DESPESAS

REB (DAMS).

TRÂNSITO OU  
DOCUMENTAÇÃO  
EM UM DOS  
CONSULTE-CS  
VER DÚVIDAS

A VITIMADA  
VARA PEDIDO

DAMS (3)  
R\$ 2.700,00

IA EXPEDIDO  
CERTÍFICO DE  
IFICAÇÃO DA  
A QUALIDADE  
DO).

OCCORRÊNCIA  
ENTE, CÓPIA  
TIMA E LAUDO  
DO LOCAL  
RA, COM A  
DAS LESÕES  
INDO COM OS  
NEIXO DA LEI

IA MÉDICA E  
CORRÊNCIA  
COMPETENTE,  
ITALAR, OU  
OVE QUE AS  
DAS POSSAM  
DE DANOS  
ENVOLVENDO  
E, CÓPIA DA  
TIMA, CONTA  
ITALAR, OU  
LIAÇÃO DE  
AS E TAXAS.  
S UTILIZADOS  
PREÇOS POR  
ÁÉDICOS E  
COBRADOS  
AS, FATURAS  
PROVANDO O  
S, RECÍDOS  
VÍTIMA, OU  
MÉDICO OU  
SSINATURA,  
RM, NÚMERO  
DO SERVIÇO  
PRESTADO O  
IPATOLOGICO  
EM GERAL.



**SUSEP**

DISQUE - SUSEP  
0800 021 6484  
[www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br)

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS -  
AUTARQUIA FEDERAL RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO,  
NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE  
SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO,  
RESSEGURO E CORRETORES DE SEGUROS.

PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS  
COMPLEMENTARES, NOSS TERMOS DO ANEXO A  
RESOLUÇÃO CNSP N° 273/2012.

IMPORANTE:

NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU  
QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO  
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O  
ANDAMENTO DO PROCESSO.

O REEMBOLSO DE DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA  
MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES  
DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE OS REQUISITOS DO  
ART. 16 DA RESOLUÇÃO CNSP N° 273/2012.

PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU  
REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO  
DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR  
VIDENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS  
PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI N°  
6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO  
LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO  
A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE  
BILHETE.

O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A  
PRIMEIRA QUOTA OU COM A QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO  
DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA.  
CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O  
VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO  
PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA. OS VENCIMENTOS  
DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA  
MESMA DATA.

O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE  
O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO  
CONTRAN N° 664/1988).

50% DO VALOR DO PRÉMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO  
PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO  
MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTÓDIA DA ASSISTÊNCIA  
MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE  
TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 8.212/1991).

5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO -  
DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS  
DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO  
(PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 7º DA LEI N° 9.503/1997 -  
CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

ATENDIMENTO AO PÚBLICO  
SAC DPVAT 0800 022 1204  
Seguradora Lider - DPVAT [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE  
INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES,  
LOCais DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS  
E OUTRAS DÚVIDAS.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ENCARGOS DO DETRAN



0006  
Comprovante de residência



NOME DO PACIENTE: Francisaldo Lima Monteiro

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 443100

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2011
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

**SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME**  
“O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO”

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## PREScrição MÉDICA

DATA: 12/05/17 HORA: : 

## HORÁRIO

44 3100 P-1

## OBSERVAÇÕES

NOME PACIENTE: Franckelis L. MonteiroVisto Nutricionista  
Tatiana Dias CRM-PI 11393

1. DIETA LIVRE
2. SG5% 500ML + SFO,9% 500ML EV EM 12h
3. DIPIRONA 2ML+FAD EV 6/6H SOS
4. TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H
5. TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS
6. CCGG

Dr. André Sampaio L. B. Melo  
CRM-PI 3244 FETO 11393

Oral (made) oral  
Gras (made) oral  
oral oral  
oral oral

H	PA	T	P	R	DIURESE/ GLICEMIA
12					
18	12x40	36,6			105
24	120/90		66		
06	110/70		59		

17:47h exercícios ND P.OI. cardíaco, ORL, ORC, ótico, cutâneo. Cefaleia, febre. Corre RCP percutido na MSG. NOGA ALARMA. Doloroso diafragma. ACPM p/RCM. Quro. cefal.

COREME 274043

03:00 Paciente refere cefaleia administrado Dipirona conforme prescrição médica. Manhã Are. coran: 699.010

CC J José Ferreira Neto  
CRM-PI 580  
CPF: 096.977.373-08

Centro de  
Saúde  
SABU  
Centro de  
Saúde

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	DIPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
16 JUL 2017	
GENTE SEGUROADORA S.A. Ria Cachorro Retende, 465 loja C Centro - Fortaleza - CE CEP: 64.002-270	

Senhior - 1205 2017017

17.577.205/0015-32

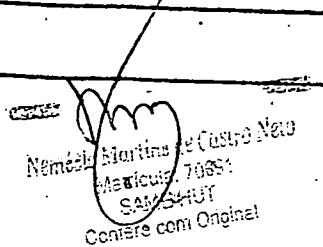


UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde, nº 2810  
Renascença III - CEP: 64.082-110  
Teresina - PI  
Fundação Municipal de Saúde



## SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade	UPA	Para Unidade	HUT/HPM
Paciente	Francivaldo Lima Monteiro		
	Registro		
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
Recente reabilitação de acidente de trânsito e agendado LAC ( )			
HD.	LAC ( )		
Data	12/05/17		
Dr. Tércio Dantas Moura Ortopedia e Traumatologia CRM PI: 3824			
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo			

DEPARTAMENTO DE SINISTRO DPVAT		FICHA DE RETORNO	
Da Unidade	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Para:	
	12 JUL 2017		
<b>GENTE SEGURO S.A.</b> Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470		<b>DIAGNÓSTICO</b>	
 Nome: Tercio Dantas Moura Matrícula: 70891 SAMU/HUT Confere com Original			
Data	/ /	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	



## 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

229

**SUS SUS**

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

<u>Name:</u> FRANCIVALDO LIMA MONTEIRO		<u>Frontuário:</u> 443100
<u>Mãe:</u> MARIA DIVA LIMA MONTEIRO		<u>Pai:</u> ROSSIVALDO DUARTE MONTEIRO
<u>End. Resid.:</u> RUA GENES CELESTIAL 1755 - PLANALTÔ ININGA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 20/02/1988	<u>Idade:</u> 29a:3m:22d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-98801-1235
<u>Responsável:</u> LUANA MAGNA		<u>CNS:</u> 706004872922046
<u>Profissão:</u> AJUDANTE DE PEDREIRO		<u>CPF:</u> * RG: 2655645 - SSPI
<u>G. Instrução:</u> Médio Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 606858	<u>Data:</u> 12/05/2017 17:18:19	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S
<u>vid. Trab.:</u> Sim	<u>Trajeto?:</u> Sim	<u>Tipico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u> V299

## DADOS CLÍNICOS:

Trauma em Olho Q

## DEPARTAMENTO DE SINISTRO

por dor Ocular Q.

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 JUL 2017

<u>GENTE SEGURADORA S.A.</u> Rua Socorro de Souza, 465 Loja C Diagnóstico Inicial: Centro - Norte CEP: 64.002-470	<u>Pulso:</u> _____	<u>FC:</u> _____ bpm	<u>Temp.:</u> _____
Lacrimejor Acúvix - Devirante de Olho Q			<u>CID:</u> 843.1

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

LAC V

<u>DEPARTAMENTO DE SINISTRO</u> DPVAT	<u>10 - Internação preventiva</u>
<u>CONTEUDO NAO VERIFICADO</u>	<u>Internar para</u> <u>Q</u> <u>Dia</u> <u>Set</u>

<u>ALTA:</u> GENTE SEGURADORA S.A. Rua Socorro de Souza, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470	<input type="checkbox"/> Memorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <u>Maternidade SAMU</u>
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: <u>Confere com Original</u>
		<input type="checkbox"/> Por Evasão	
			<u>DATA SAÍDA:</u> / / <u>HORA:</u> :

<u>ÓBITO:</u>	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<u>Proced. Solicitado:</u>
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>543.1</u>
			<u>CID Compatível:</u> <u>040.8010 185</u>
			<u>Prof. Solicitante:</u> <u>Internação:</u>

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Edvaldo Góes L. B. Matheus  
Ortopedia/ Traumatologia  
CRM-PI 3244 TEO: 11393

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA**

MÉDICA

Jeanne



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

LAC grau III

Operação - Tipo

Ressecção e fixação LAC

Cirurgião

Dr. Hugo Sales

1º Assistente

2º Assistente

Dr. Frederico

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O m ESMO

DEPARTAMENTO DE SINISTRO:

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2017

Relatório Imediato do Patologista

Nemésio Martins de Castro Neto  
Matrícula 14491  
SAMU 192  
Confere com Original

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Acidente Durante a Operação

✓

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

1. AD em corte no prato
2. Praga habita!
3. Reduz o LAC
4. Brisa
5. Curtiu

Dr. Hugo José Sales  
Ortopedia e Traumatologia  
da coluna vertebral  
CPM 7638 / FDT 12672

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE *UR*

NOME DO PACIENTE <i>Nenivaldo Ferreira Moreira</i>					Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>10-07-17</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>ASMA</i>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Spirir on</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>O ar expõe</i>					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)					APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	<i>16h</i>	<i>17h</i>		TOTAL DE DOSES		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	38					
P. ARTERIAL V O PULSO					SEQUÊNCIA		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS <i>BPB II</i>						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <i>LAR</i>						<i>P</i> <i>N</i>	
CIRURGIÕES <i>Hugo</i>						<i>Nemésio Martins de Castro Neto</i> Matrícula: 70591 SAMBUHUT Confere com Original	
ANESTESISTAS <i>fern</i>							
Lena Parente Cadênsia ANESTÉSISTA CRM-3544							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS
PARTICULARIDADES							<i>Bord</i>



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15/05/17

NOME DO PACIENTE:	<u>Janeiralde lime monteiro</u>	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	Nº DA SALA:	DEPARTAMENTO DE SÍNISTROS:	
CIRURGIÃO:	CPF Nº:	DPVAT	
AUXILIAR:	CPF Nº:	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
ANESTESIA:	CPF Nº:	12 JUL 2017	
INSTRUMENTADORA:	CPF Nº:	GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470			

### 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	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 615	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Collector Drenar	UNID.	11	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Nemésio Martins da Castro Neto Matrícula 70051 SEM HUT Conferir com Original			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DPVAT


 Certidão de Irregularidade do IML  
 0014

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

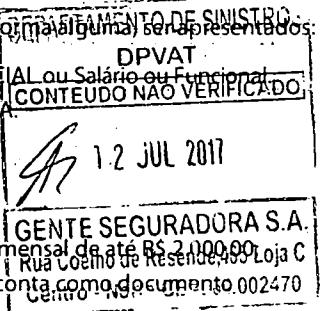
EU, Francivaldo Lima Monteiro

POR(DA) DO RG N° 2.655.645 EXPEDIDO POR SSPI PI EM 03/12/03 E  
 CPF 032606393-57 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Servente de pedreiro  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Revisor NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francivaldo Lima Monteiro, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da preverificação à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Fornecedores;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**



**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

 Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1606 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 100636-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina , 05 de Julho de 2017 Francivaldo Lima Monteiro

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OVIDORIA 0800 725 7474  
OVIDORIA 0800 725 7474

152-535455483-3

01/JUN/2017

HORA DF 15:22:54

LOT: 16.06552-6

TERM: 009903

LOCALIDADE: TERESINA

AG. VINCULADA: 1606

CONTROLE: 279489822

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1606 013 00100636-2

FRANCIVALDO LIMA MONTEIRO

VALOR

2000

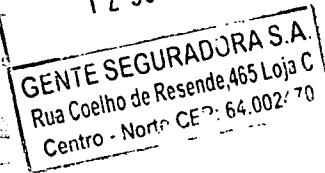
ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

152-535455483-3

1ª VIA



12 JUL 2017





Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



20 v. 1.0

0001- Documentação médica Hospitalar

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002413/2017-43

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO  
Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Data/Hora: 02/06/2017 - 08:40

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

12/05/2017 - 02:00 373379

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA- GENE CELESTE, Nº:

Complemento

Bairro

PLANALTO ININGA

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCIVALDO LIMA MONTEIRO [ 29 ANOS ]

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2655645

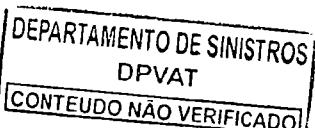
Mãe: MARIA DIVA LIMA MONTEIRO

Pai: ROSSIVALDO DUARTE MONTEIRO

Endereço: RUA- GENE CELESTE, Nº 1755

Bairro: ININGA

Cidade: TERESINA



12 JUL 2017

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-700

RELATO DA OCORRÊNCIA

DISSE A VITIMA NESTA DELEGACIA DE TRANSITO QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTO HONDA/CG, ANO 2015/2015, -PL- PSK-9054 DE PROPRIEDADE DE JOÃO DIAS DOSA SANTOS, CPF- 433.332.143-34, PELA AV. ININGA NA ZONA LESTE DE TERESINA COM DESTINO AO CENTRO E NO PERCUSO SEGUIA UM OUTRO VEICULO QUE NÃO SOUBE IDENTIFICAR E QUE ESTE VEICULO NÃO IDENTIFICADO TERIA PROVOCADO O ACIDENTE QUANDO TENTOU FAZER UMA ULTRAPASSAGEM E NÃO CONSEGUINDO COLIDIU COM A MOTO CONDUZIDA PELO DECLARANTE. DISSE AINDA QUE CAIU SOFRENDO LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO DE Nº 82589 CEDIDO PELA UPA. HORAS DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HUT. EM UMA AMBULANCIA DA UPA. O PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO NO HUT. É O DE Nº 443100. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SENHORA DE NOME MARIA MIKELLE AMORIM DA SILVA , RG- 3337916-PI QUE PASSAVA PELO LOCAL DO ACIDENTE. AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Francisco Ribeiro De Sousa - Mat. 0093548  
AGENTE DE POLÍCIA

FRANCIVALDO LIMA MONTEIRO [ 29 ANOS ] - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia