

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: 000000100636-2

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

Valoração 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

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

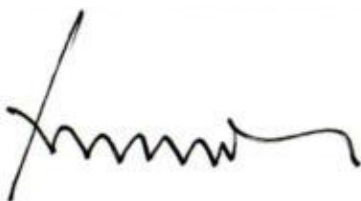
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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, 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.

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 susceptível 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 opção 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

TRATAMENTO CIRURGICO, EM USO DE TIPOIA AMERICANA.

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

☐ SIM ☒ NÃO

Existindo seqüela(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, 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

☐ Sem seqüela 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

Dores Mendes

Assinatura do perito Examinador - CRM



0006

Comprovante de residência



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francisclio 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: 64.002470

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".

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA
DATA: 12/05/17 HORA: :

HORÁRIO

44 3100 P-1

OBSERVAÇÕES

NOME PACIENTE: Francivaldo L. Monteiro

1. DIETA LIVRE

Visto Nutricionista
Tatiana Dias CRN/PA 04334

2. SG5% 500ML + SFO, 9% 500ML EV EM 12h

3. DAPIRONA 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. Agnaldo Sampaio L. B. Medeiros
Ortopedia / Traumatologia
CRM-P: 3244 1507-11393

Dr. S. D.

Jose Ferreiro Neto
CRM-P: 3244
CPE: 096.527.373-68

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
12 JUL 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso do Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.063-770

H	PA	T	P	R	DIURSE	GLICEMIA
12						
18	120/80	36.6				105
24	120/80		66			
06	110/70		59			

17:47h Exercício no P.O. com suporte, orientado, físico, equilíbrio. Caminho correto. Com RUP PERÍO em 1136. NOVA ALMOÇA. OPORTUNO para ADMINISTRAÇÃO PROG. CEN.

23:00 Paciente refere cefaleia administrado Dapirona conforme prescrição médica. Mary Bre. CEN: 693.220

Senhor nº 1205 2017017

17.577.205/0015-32



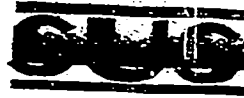
UPA RENASCENÇA

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	HVT/HPM
Paciente	Francivaldo Lima Monteiro	Registro	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
Paciente ref. ter sido vítima de acidente de trânsito e apresenta LAC (✓)			
HD.	LAC (✓)	Dr. Tércio Dantas Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 3824	
Data	12, 05, 17	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Para:	
	12 JUL 2017		
	GENE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	DIAGNÓSTICO	
		Nemésio Martins de Castro Neto Médico: 70931 SAM-SHUT Compare 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

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 12/05/2017 17:20:39

(User: CAMILA NORBERTA)

(Estação: RCEP04)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

DEPARTAMENTO DE SINISTRO	Transtorno por Acidente	
DPVAT	Por Acidente	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO:		
12 JUL 2017		

GENE SEGURADORA S.A.	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:
Rua Coelho de Azevedo, 465 Loja C				
Diagnóstico Inicial:	Acúfeno - Ovariano de Ovario			CID:
Centro - Norte CEP: 64.002470				S43.1

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

DEPARTAMENTO DE SINISTRO	LAC V	
DPVAT	Intervenção p/ cirurgia	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO:	Intervenção p/ cirurgia	
12 JUL 2017		

ALTA:	() Melhorado	() Administrativa	() Retornar à Unid. Origem:
GENE SEGURADORA S.A.	() Curado	() Por Indisciplina	() Transferência:
Rua Coelho de Azevedo, 465 Loja C	() Por Evasão	() Por Evasão	Confere com Original
Centro - Norte CEP: 64.002470			DATA SAÍDA:
			HORA:
DESTINO:	() Internação na Unidade		Proced. Solicitado:
() Até 24 Hs	() Família	() IML	S43.1
() De 24 a 48 Hs	() Anat. Patol.		CID Compatível:
() Após 48 Hs			0408010 185
			Prof. Solicitante
			Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



MÉDICA

Joseane

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
José Carlos Gomes Monteiro			Ontop	209	218
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE			
LAC V/D 29R					
PREScrição Médica	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 07/12 HORA: 13/		10:20h: Paciente encaminhado à clínica ortopédica. No momento aguardando marcação cirúrgica.			
Visto Nutricionista Socorro Coêlho CRN/PI 4322		Ana Carolina S. Rodrigues Enfermeira COREN-PI 146384 IS			
① dieta zero ste e s on m		10:40 - Paciente admitido procedente do Posto I com LAC D, consciente, orientado, fásico. Nega patologias crônicas e alergia a medicamentos.			
② dieta - 2.0cc + 78 - 13		Ludmila M. da Rocha Enfermeira COREN-PI 121108			
③ mel 100 g + 100 g - 13					
④ STVV 60 3					
A)					
d.					
MÉDICO/CRM:					



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 <i>LAC fratura</i>		
Operação - Tipo <i>Redução e fixação LAC</i>		
Cirurgião <i>Dr. Hugo Sol</i>	1º Assistente <i>Dr. Frederico</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>O MESMO</i>		<div data-bbox="1187 819 1493 1128" data-label="Text"><p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 12 JUL 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470</p></div>
Relatório Imediato do Patologista <i>Ø</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Ø</i>		

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70491
SAM-SHUT
Confere com Original

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

1. ID em Codine prático
2. Próprio LAC
3. Redução da LAC
4. Fixação
5. LAC

Dr. Hugo José Sales
Ortopedia e Traumatologia
da Coluna Vertebral
CRM 36361 E.O. 12572

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE HUT

NOME DO PACIENTE <u>Francivaldo Lima Monteiro</u>					Nº DE REGISTRO																																																														
DATA: <u>15-05-17</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																													
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																													
EXAMES DE URINA																																																																			
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>ASA I</u>																																																																			
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>sem ou</u>					ELETROCARDIOGRAMA																																																														
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>sem ou</u>					ASMA	BRONQUITE																																																													
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO																																																															
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS																																																													
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS																																																														
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS																																																														
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 16h 17h </div> <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL DE DOSES	
1	2					3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																																																	
1	2					3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																																																	
1	2					3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																																																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																																																					
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 SANGUE 300 OUTROS 200 OUTROS 100																																																																		
TEMPERATURA	Cº																																																																		
T	38																																																																		
P. ARTERIAL V O PULSO	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10																																																																		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X																																																																			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO																																																																			
RESPIRAÇÃO O																																																																			
SÍMBOLOS						SEQUÊNCIA																																																													
						<u>monitoreio</u> <u>2</u> <u>verificar</u> <u>3</u> <u>mon</u> <u>4</u> <u>mon</u> <u>5</u> <u>BPB</u> <u>6</u> <u>AC</u> <u>7</u> <u>Cefaz</u> <u>8</u> <u>de</u> <u>9</u> <u>de</u> <u>10</u> <u>de</u> <u>11</u> <u>de</u> <u>12</u> <u>de</u> <u>13</u> <u>de</u> <u>14</u> <u>de</u> <u>15</u> <u>de</u>																																																													
TÉCNICAS		<u>BPB</u>				DURAÇÃO																																																													
OPERAÇÕES		<u>LC</u>				INCIDENTE - ACIDENTE																																																													
CIRURGIÕES		<u>Hugo</u>				<u>φ</u> <u>Am</u> <u>Nemesio Martins de Castro Neto</u> <u>Matrícula: 70591</u> <u>SAM HUT</u> <u>Confere com Original</u>																																																													
ANESTESISTAS		<u>fern</u>				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																																													
		<u>Lena Parente Gadelha</u> <u>ANESTESISTA</u> <u>CRM-3544</u>				<u>Bow</u>																																																													
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>Francinaldo Almeida Monteiro</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: _____	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: _____	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Claudiane</u>	CPF Nº: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

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 6.5	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		Coléter Oculor	11		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				 Nemésio Martins de Castro Neto Médico 13691 SUSCUT Confira 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							

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.655.645 DATA DE EXPEDIÇÃO 03.12.03

NOME FRANCIVALDO LIMA MONTEIRO

ROSSIVALDO DUARTE MONTEIRO

FILIAÇÃO MARIA DÍVA LIMA MONTEIRO

Teresina-PI 20.02.1988

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

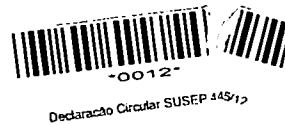
NASCIMENTO n.º 9191-527 Liv. 224 fls. 366

DOC. ORIGEM exp. Teresina-PI, 13.03.91

CPF

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



DEPARTAMENTO 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

Francivaldo Lima Monteiro

CARTEIRA DE IDENTIDADE

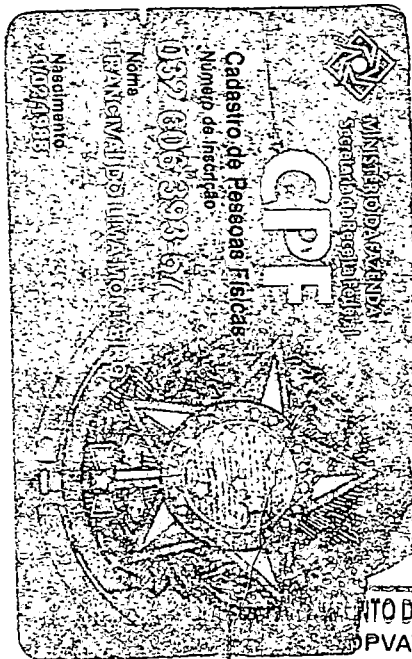
AMERICAN BANK NOTE CO

DEPARTAMENTO 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

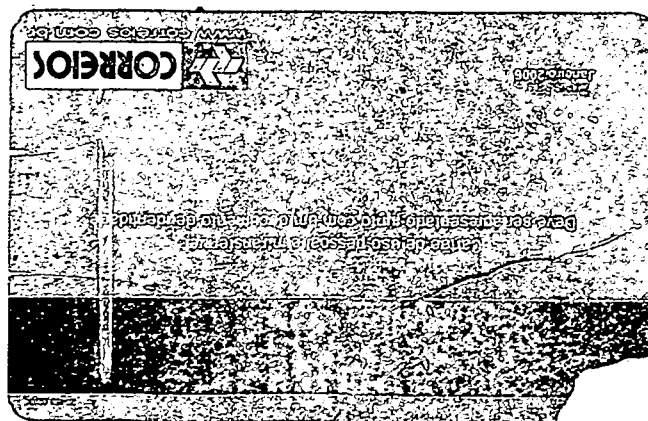


SETO DE SINISTROS
PVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2017

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0012

Comprovante de residência

Francisca Alane Fernandes do Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO 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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.731.866 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/07/05

NOME FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO RAIMUNDA FERNANDES DO NASCIMENTO
RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 22/09/1990

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 185584 E 214 F 423
EXP TERESINA-PI 26/11/90

CPF

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



DEPARTAMENTO 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



Documentos de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

IDENTIFICAÇÃO

0 11701076178402 Nº 013198707756
1 DETRAN - MA
3 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
A VIA CÓD. RENAVAL R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
A 01 1076178402 2017
A NOME
0 JOAO DIAS DOS SANTOS
8 *****
3 *****
0 *****
0 CPF / CNPJ PLACA
7 433.332.143-34 PSK9054
PLACA ANT. / UR CHASSI
V. NOVO PJ 9C2KC1680FR202937
(ESPECÍFICO) COMBUSTÍVEL
BAS/MOTOCICLETA ALCOX/BASF
MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG150 FAN ESDI 2015 2015
CAP / POT / CIL CATEGORIA COR/PREDOMINANTE
00002F/0149 CI PARTICU VERMELHA
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I 10/03/17 1º 00000000
P V FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º 00000000
A 01 0,00 3º 00000000
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180,65 0,70 189,50 11/04/17
OBS: 9C2KC1680FR202937
AF ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA
MAO VALDO PARA TRANSFERENCIA
TIMON-MA DATA
11/04/2017

CONTINUA

SEGURO OBRIGATORIO 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 11/04/2017
VIA CPF / CNPJ PLACA
01 433.332.143-34 PSK9054
RENAVAL MARCA / MODELO
1076178402 HONDA/CG150 FAN ESDI
ANO FAB. CAL. TAB. Nº CHASSI
2015 09 9C2KC1680FR202937
PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29 9,03 90,33
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
4,15 0,70 185,50
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA PARCELADO 11/04/17

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

GENITE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CE - 64.002-470

12 JUL 2017

CONTENÚDO NÃO VERIFICADO

DPVAT



013198707756

RECIBO MA Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

PSK9054

CÓD. RENAVAL
1076178402

PESSOAS
DE TORRES DE
A PESSOAS
JPVAT

PESSOAS
RES DE VIA
A PESSOAS

EM TODO O
MOTORISTAS,

URA: MORTE,
E DESPESAS
RES (DAMS).

TRÂNSITO OU
DOCUMENTAÇÃO
O EM UM DOS
CONSULTE-OS
VER DÚVIDAS

AVITIMADA E
ARA PEDIDO

DAMS (3)
R\$ 2.700,00

IA EXPEDIDO
CERTIDÃO DE
IFICAÇÃO DA
A QUALIDADE
IDO).

OCORRÊNCIA
IENTE, CÓPIA
TIMA E LAUDO
ÃO DO LOCAL
IMA, COM A
ODAS LESÕES
INDO COM OS
INEXO DA LEI

IA MÉDICA E
CORRÊNCIA
OMPETENTE,
PITALAR, OU
OVE QUE AS
DAS POSSAM
DE DANOS
ENVOLVENDO
E, CÓPIA DA
TIMA, CONTA
PITALAR, OU
VIAÇÃO DE
AS E TAXAS,
S UTILIZADOS
PREÇOS POR
MÉDICOS E
COBRADOS
AIS, FATURAS
PROVANDO O
IS, RECIBOS
VÍTIMA, OU
MÉDICO OU
SSINATURA,
RM, NÚMERO
DO SERVIÇO
PRESTADO O
PATOLÓGICO
EM GERAL.

PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS
COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO A
RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

IMPORTANTE:

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

1. O REEMBOLSO DE DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES
DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO
ART. 15 DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

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

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

4. O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS
PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº
6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO
LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

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

6. 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.

7. O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE
O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO
CONTRAN Nº 604/1986).

8. 60% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO
PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO 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. 78 DA LEI Nº 9.503/1997 -
CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).



ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
Seguradora Líder - DPVAT
www.seguradoralider.com.br

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



SUSEP

DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
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.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



0006

Comprovante de residência



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francisclio 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: 64.002470

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".

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA
DATA: 12/05/17 HORA: 44 : 31 : 00 P- 1

NOME PACIENTE: Francivaldo L. Monteiro

1. DIETA LIVRE
2. SG5% 500ML + SFO, 9% 500ML EV EM 12h
3. DAPIRONA 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

Visto Nutricionista
Tatiana Dias CRN/PA 04334

Dr. Agnaldo Sampaio L. B. Medeiros
Ortopedia / Traumatologia
CRM-P 3244 1507-11393

Dr. S. D.
José Ferreira Neto
CRM-P 3244
CPE: 096.527.373-68

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
12 JUL 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso do Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.063-770

OBSERVAÇÕES

H	PA	T	P	R	DIURSE	GLICEMIA
12						
18	120/80	36.6				105
24	120/80		66			
06	110/70		59			

17:47h Exercício no P.O. com suporte, orientado, físico, equilíbrio. Caminho físico com RUP PERUÍO em 1136. NOVA ALMOÇA. OPORTUNO de novo. Agradecemos pelo apoio.

23:00 Paciente refere cefaleia administrado Dapirona conforme prescrição médica. Mary Bre. CPEU: 693.220

Senhor nº 1205 2017017

17.577.205/0015-32



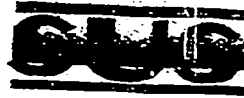
UPA RENASCENÇA

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	HVT/HPM
Paciente	Francivaldo Lima Monteiro	Registro	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
Paciente refer ter sido vítima de acidente de trânsito e apresenta LAC (✓)			
HD.	LAC (✓)	Dr. Tércio Dantas Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 3824	
Data	12, 05, 17	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Para:	
	12 JUL 2017		
	GENE SEGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	DIAGNÓSTICO	
			Nemésio Martins de Castro Neto Médico: 70931 SAM-SHUT Compare 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

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 12/05/2017 17:20:39

(User: CAMILA NORBERTA)

(Estação: RCEP04)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	Transtorno por Acidente	
DPVAT	por Acidente	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO:		
12 JUL 2017		

GENTE SEGURADORA S.A.	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:
Rua Coelho de Azevedo, 465 Loja C				
Diagnóstico Inicial:	Acúrdio - Clavícula de Acidente			
Centro - Norte CEP: 64.002470	CID: 543.1			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS	LAC V	
DPVAT	Intervenção p/ cirurgia	
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO:	Intervenção p/ cirurgia	
12 JUL 2017		

ALTA:	() Melhorado	() Administrativa	() Retornar à Unid. Origem:
GENTE SEGURADORA S.A.	() Curado	() Por Indisciplina	() Transferência:
Rua Coelho de Azevedo, 465 Loja C	() Em tratamento	() Por Evasão	Confere com Original
Centro - Norte CEP: 64.002470	DATA SAÍDA: / / HORA: :		
DESTINO:	() Internação na Unidade		
() Até 24 Hs	() Família	Proced. Solicitado:	
() De 24 a 48 Hs	() IML	543.1	
() Após 48 Hs	() Anat. Patol.	CID Compatível:	
		0408010185	
		Prof. Solicitante	
		Internação:	

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Marcelo Almeida			Ortop.	229	218
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE			
LAC (V) (D) 292					
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 13/07/12 HORA: 13h		10:20h: Paciente encaminhado à clínica ortopédica. No momento aguardando marcação cirúrgica.			
1) 2.000 mg de 2x on		Ana Carolina S. Rodrigues Enfermeira COREN-PI 146384 IS			
2) 2.000 mg de 2x on		10:40h: Paciente admitido procedente do Posto I com LAC D, com ciente, orientado, físico. Nega patologias crônicas e alergia a medicamentos.			
3) 1.000 mg de 1x on		Ludimila M. da Rocha Enfermeira COREN-PI 121198			
4) 500 mg de 1x on					
5) 1.000 mg de 1x on					
6) 1.000 mg de 1x on					
7) 1.000 mg de 1x on					
8) 1.000 mg de 1x on					
9) 1.000 mg de 1x on					
10) 1.000 mg de 1x on					
11) 1.000 mg de 1x on					
12) 1.000 mg de 1x on					
13) 1.000 mg de 1x on					
14) 1.000 mg de 1x on					
15) 1.000 mg de 1x on					
16) 1.000 mg de 1x on					
17) 1.000 mg de 1x on					
18) 1.000 mg de 1x on					
19) 1.000 mg de 1x on					
20) 1.000 mg de 1x on					

MÉDICO/CRM:

José Ferreira Neto
CRM: 12.119/8

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-70

12 JUL 2011

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

MOD-07



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 <i>LAC fratura</i>		
Operação - Tipo <i>Redução e fixação LAC</i>		
Cirurgião <i>Dr. Hugo Sol</i>	1º Assistente <i>Dr. Frederico</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>O MESMO</i>		<div data-bbox="1185 819 1495 1128" data-label="Text"><p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 12 JUL 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470</p></div>
Relatório Imediato do Patologista <i>Ø</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Ø</i>		

Nemésio Martins de Castro Neto
Matrícula: 70491
SAM-SHUT
Confere com Original

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

1. ID em Codineiro prático
2. Próprio LAC
3. Redução da LAC
4. Fixação
5. LAC

Dr. Hugo José Sales
Ortopedia e Traumatologia
da Coluna Vertebral
CRM 36361 E.O. 12572

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE HUT

NOME DO PACIENTE <u>Francivaldo Lima Monteiro</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>15-05-17</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>ASA I</u>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>sem ou</u>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>sem ou</u>					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	<u>16L</u> <u>17L</u> <u>100% O2</u> <u>100%</u> <u>100% O2</u> <u>100%</u>				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500					
	400					
	SANGUE 300					
	200					
	OUTROS 100					
TEMPERATURA	Cº	260				
T		240				
		2				
P. ARTERIAL	38	200				
V		180				
O		160				
PULSO		1				
		140				
INÍCIO E FIM ANESTESIA		120				
X		100				
		80				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60				
		40				
RESPIRAÇÃO		20				
O		10				
SÍMBOLOS						SEQUÊNCIA
						1 <u>Monteiro</u>
						2 <u>Carolina</u>
						3 <u>me</u>
						4 <u>me</u>
						5 <u>BPB</u>
						6 <u>AC</u>
						7 <u>Cefaz</u>
						8 <u>de</u>
						9 <u>me</u>
						10 <u>me</u>
						11
						12
						13
						14
						15
TÉCNICAS		<u>BPB</u>				DURAÇÃO
OPERAÇÕES		<u>LC</u>				INCIDENTE - ACIDENTE
CIRURGIÕES		<u>Hugo</u>				<u>φ</u> <u>Am</u>
ANESTESISTAS		<u>fer</u>				<u>Nemesio Martins de Castro Neto</u>
						<u>Matrícula: 70591</u>
						<u>SAM HUT</u>
						<u>Confere com Original</u>
						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS
						<u>Bow</u>
PARTICULARIDADES						

Lena Parente Gadelha
ANESTESISTA
CRM-3544



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>Francinaldo Almeida Monteiro</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: _____	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: _____	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Claudiane</u>	CPF Nº: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

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 6.5	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		Coléter Oculor	11		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							



Certidão de Inexistência de IML

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

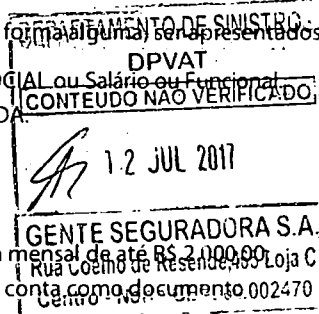
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francivaldo Lima Monteiro
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.655.645 EXPEDIDO POR SSPIPI EM 03/12/03 E
CPF 032606393-57 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Servente de Prisão
E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (*) 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 prevenção 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 Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento.002470 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), 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 304 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-11221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 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

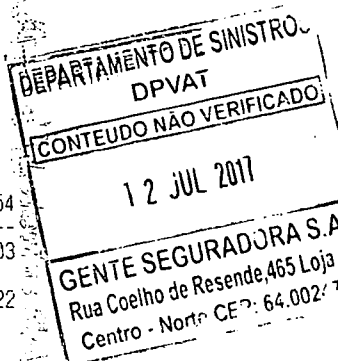
:



ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

152-535455483-3

1ª VIA





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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA- GENE CELESTE, Nº:

Complemento

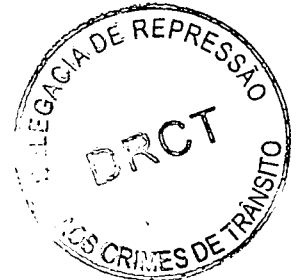
Data/Hora

12/05/2017 - 02:00 373379

Bairro

PLANALTO ININGA

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCIVALDO LIMA MONTEIRO [29 ANOS]

RG: 2655645

Mãe: MARIA DIVA LIMA MONTEIRO

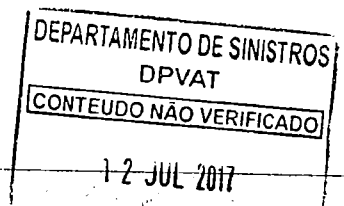
Pai: ROSSIVALDO DUARTE MONTEIRO

Endereço: RUA- GENE CELESTE, Nº 1755

Bairro: ININGA

Cidade: TERESINA

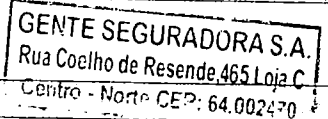
Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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



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

Delegado de Polícia