

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: 04/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JOSINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000018571-3

Nr. da Autenticação 6503B4919A3D7C42

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180433915 **Cidade:** Inhuma **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JOSINO DA SILVA **Data do acidente:** 02/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA, REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO DIREITO. CONFORME LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR.FRANCISCO DA CHAGA B. SOUSA, CRM-PI 3920, DE 31/08/2018.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



HUT

**HOSPITAL
DE URGENCIAS
DE TERRELLA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
g 7 AGO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-70

NOME DO PACIENTE: JOSE JOSINO DA SILVA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 2110-400

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Cato Tito 1820 Redenção - Fone: 88 3226 4873
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 09.522.917/0002-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE JOSINO DA SILVA Pai: ANTONIO FERREIRA DE MOURA
 Mãe: ODOMINA ROSA DA SILVA
 End. Resid.: LOCALIDADE CUPINS - ZONA RURAL - INHUMA - PI - CEP: 64000-000
 Nascimento: 05/07/1957 Idade: 58a:11m:28d Sexo: Masculino Fone: 88-99986-7961
 Responsável: FRANCISCO DOS SANTOS CNS: 730001-23034005
 Profissão: LAVRADOR Documento:
 G. Instrução: Não informado E. Civil: Solteiro
 End. Local:

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 553886 Data: 03/07/2016 02:26:24 Condução: Motocicleta - 150cc - 150cc
 Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE) Convênio: SUS
 Acid. Trab.: Não Acid. Trajeto: Não Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V089

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Anal/Sintoma: Quedas Evento Principal: Dor moderada Destino: CIRURGIA GERAL Classificação: Amarelo
 Breve História: Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando dor moderada no membro superior direito.
 Profissional Clás. Risco: WILHERME DA COSTA SOUSA 419878
 Data: 03/07/2016 02:36:44

DADOS CLÍNICOS: (Hora:)

Paciente vítima de atropelamento apresenta-se consciente, acordado, com história de perda de consciência, náuseas, vômitos análogos. Apresenta ferimento e suspeita de fratura em punho direito.
 APD normal
 Abdomem em alívio.

PA: 120/80 mmHg Pulso: 70 bpm Temp.: 36,5°C

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) SPO2: 100% em ar
- 2) Promet 10mg + ADEU
- 3) Dipirona 10mg + ADEU
- 4) TC crânio / Rx tórax peso D

DR. ZENON ROCHA
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
 EXAME: crânio
 DATA: 03/07/16 02:44

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: 03/07/16 HORA: 02:44 Procedimento: CID:

Assinatura Paciente ou Responsável

02-07-16
 Kássia Jonny Pimentel Cavalcante
 Matrícula: 69904
 SAME-HUT
 Confira com Original

Assinatura - Profissional

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
 BPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2016

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



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE JOSINO DA SILVA		Prontuário: 410400
Mãe: ODONTINA ROSA DA SILVA	Pai: ANTONIO TEPEIRA DE SOUSA	
End. Resid.: LOCALIDADE CUPINS - ZONA RURAL - INHUMA - PI - CEP: 64135-000	Fone: 86-89686-7961	
Nascimento: 05/07/1957	Idade: 58a/11m/28d	Sexo: Masculino
Responsável: FRANCISCO DOS SANTOS	CNS: 150001233034005	Documento:
Profissão: LAVRADOR	E. Civil: Solteiro	
G. Instrução: Não informado		
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 553886	Data: 03/07/2016 02:26:24	Condução: - - -
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA À PÉ (PEDESTRE)	Convênio: SUS	Maus Tratos: Não
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
Trauma: Não		

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 03/07/16 03:10 ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

rec. neu -
colapso 15
rec. crânio =

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTENDO NÃO VERIFICADO

17 AGO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro, Norte CE 2: 64.092870

DADOS DO PARECER: Data/Hora: - - -

sem hemorragia intracranial - ext
sem contusão nem escoriação

ANTONIO CARLOS SOUSA
Médico
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: - - - ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Colapso: fratura de costela
Fr. de costela de 12a costela / do C.C.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DO PARECER: Data/Hora: - - -

Dr. Valenildo L. Costa
CRM-PI 4740-2017-15553
TEOTI 2017

03-07-16
Róssio Jooz Pinheiro Cavalcante
Matrícula: 89904
SAME-HUT
Confere com Original

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
UNIDADE MISTA DE SAÚDE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cicero Portela, 483 - Centro - Inhumas - PI
CEP: 64.535-000 Fone: (89) 3477-1843



SENHA: 20160702 0113 HUT
FOLHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA DO PACIENTE

REFERÊNCIA

Município: Inhumas n° do Prontuário da Unidade _____
Nome da Unidade: UMS Inhaúmas
Nome do Paciente: Jose Joao da Silva
Endereço: _____ Estado: _____
Município: Inhumas
Documento de Identificação (CPF, RG, Cert. Nasc.): _____
Idade: 58 Profissão: _____
Sinais e Sintomas Clínicos: Paciente portador de atropelamento por motocicleta, com
Conduta Adotada: paciente exposta de tibia D e fratura calcaneofibular. PA: 140x110mm Hg
Motivo de Encaminhamento: exame, consulta. Exat. Valhem IM; Val. K IM.

PARA

Unidade de Saúde: HUT Município: Teresina
Solicitação de Serviços Diagnósticos: _____
Solicitação de Internação: _____ Horas: _____
Data: 02 / 07 / 16

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGU 2011

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 365 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-70

Assinatura
Assinatura

5726
CRM

COREN

CONTRA REFERÊNCIA

Unidade: _____ Estado: _____
Município: _____
Nome do Paciente: _____
Diagnóstico Conclusivo: _____
Conduta Adotada: _____
Recomendações: _____ Horas: _____
Data: 02 / 07 / 16

Assinatura
Assinatura

CRM

COREN

07-07-16
Kássia Janays Pinheiro Cavalcante
Matrícula: 89904
SAME-HUT
Confere com Original



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

José Jansine da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Doença aguda de glândula Tireoide D

Operação - Tipo

Ressecção cirúrgica + linfadenectomia externa transcutânea glândula D

Cirurgião

Marcos Vitor P. de C. Filho

1º Assinante

2º Assinante

CRM-PI 4792 SBOI 12501

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesiista

U. Ivo

Anestesia

R. V. F.

Anestésico(a)

Data da Operação

03/07/16

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

07/07/16
Kássia Jannys Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME-HUT
Confere com Original

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2017

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

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

1) Paciente em DDM sob sedação

2) Anestesia + campos cirúrgicos externos

3) Ressecção da glândula de expressão extensiva de parte D a 5º e 6º, com abundante e hemorrágica de partes molas

4) Montagem de ferida externa transcutânea com fio e tecido D

5) Sutura + curativo estéril

6) RPA-



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis N°

Proc. N°

Rubrica

Fundação Municipal de Saúde

DATA 03/07/16

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>José Jesus de Silva</u>	PRONTUÁRIO N°:
DIAGNÓSTICO: <u>Intussuscepção ileocecal</u>	CIRURGIA: <u>LAC + Drenagem</u>
ANESTESIA:	N° DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. José Carlos Pimenta Filho</u> CRM 774/92 SBO 12501	CPF N°:
AUXILIAR:	CPF N°:
ANESTESIA:	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: <u>Carla</u>	CPF N°:

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
OMVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 AGO 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Res. Conselho de Resende, 465 Lm. C
UNID. QUANT. PREÇO

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 26	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	1500	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	1900	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	150	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRADO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº 20	UNID.	01		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01				03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				eletrodo 05			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				eletrodo 02			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 02	01						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>verificar</u>			
PROLENE							

07.07.16
Kássia Jonny Pimentel Cavalcante
Matrícula: 83904
SAME-HUT
Confere com Original

[Assinatura]



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04 / 07 / 16

NOME DO PACIENTE: <u>Jose Jovino da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>430400</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Genal</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Bruno</u>	CPF Nº: <u>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</u>
AUXILIAR: <u>Fernando</u>	CPF Nº: <u>PRIVAT</u>
ANESTESIA: <u>Dra. Lera</u>	CPF Nº: <u>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</u>
INSTRUMENTADORA: <u>Isadora</u>	CPF Nº: <u>7 AGO 2011</u>

MATERIAL DE CONSUMO

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

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n: 24	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 8.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE n: 25	UNID.	03		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	90		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	03		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL n: 16	UNID.	01	
JELCO Nº 80	UNID.	01		<u>enferm</u>	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<p>05-07-16 Kássia Jannay Fomental Cavalcante Matrícula: 69904 SABE-HUT Contato com Original</p> <p><i>K</i></p>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Fátima Soares</u>			
OLENE							

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CRVZ

[illegible]



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Jose Joao de Silva</u>			
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura de platô + tibia (D)</u>			
Operação - Tipo <u>Redução Cirúrgica + Fixação Interna c/ placa + parafusos</u>			
Cirurgião <u>Dr. Bruno Freire</u>		1º Assinante <u>Dr. Fernando C. de Castro</u>	
2º Assinante <u>Ortopedia-Traumatologia</u> CRM-4245/TEOT: 11438		3º Assinante <u>Ortopedia-Traumatologia</u> CRM 3.467 TEOT 11.912	
Instrumentador(a) <u>Isadora</u>	Anestesista <u>Dr. Leona</u>	Anestesia <u>Genf</u>	
Anestésico(a)			
Data da Operação <u>04.03.16</u>	Início <u>14:00</u>	Fim	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 07 AGO 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - RIBEIRÃO - CE - 64.062-170
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista		<u>07.07.16</u> Kássia Janyne Pinheiro Cavalcanti Matrícula: 69904 SAHUT Confira com Original	
Acidente Durante a Operação <u>- Fratura extremamente Cominutiva, com redução difícil.</u>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em DDH sob raqui-anestesia
- 2) Preparo Habitual
- 3) Retirada do frangido externo
- 4) Via antero-medial direita em gado (D)
- 5) Redução Cirúrgica + Fixação Interna c/ placa em T-pau-fusos.
- 6) Via antero-lateral direita em tenso proximal de tibia
- 7) Redução Cirúrgica + Fixação Interna c/ placa + parafusos
- 8) Realização de Hemostasia + colocação do dreno
- 9) Fechamento por planos
- 10) curativo



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE JOSINO DA SILVA** (Prontuário: 410400)
Endereço: LOCALIDADE CUPINS - ZONA RURAL - INHUMA - PI CEP: 64535-000
Nascimento: 05/07/1957 Idade: 58a:11m:28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 553886
Requisição: 652028 Solicitação: 03/07/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 816376 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 03/07/2016

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, contendo imagem de cálculo em seu interior, medindo 0,8 cm.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Colelitíase.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(DANIEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/07/2016

DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE

CPF: 566.189.643-34 CRM 3389

Profissional Responsável

03-07-16
Kássia Jonnyes Pimentel Cavalcante
Matriculada: 659004
SAMS-HUT
Conferir com Original

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 JUL 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002-70



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE JOSINO DA SILVA** (Prontuário: 410400)

Endereço: LOCALIDADE CUPINS - ZONA RURAL - INHUMA - PI CEP: 64535-000

Nascimento: 05/07/1957 Idade: 58a:11m:28d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 553886

Requisição: 652043

Solicitação: 03/07/2016

Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 816391

Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 03/07/2016

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL À ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- ALARGAMENTO DIFUSO DOS SULCOS CORTICAIS, FISSURAS SYLVIANAS E CISTERNAS CEREBRAIS, COM ECTASIA DO SISTEMA VENTRICULAR, POR EFEITO EX-VÁCUO. ("REDUÇÃO VOLUMÉTRICA ENCEFÁLICA DIFUSA").
- DISCRETO PNEUMOENCEFALO À ESQUERDA.
- TÊNUE MATERIAL HEMORRÁGICO NA CISTERNA AMBIENS À DIREITA.
- ATROMATOSE PARIETAL CALCIFICADA EM ARTÉRIAS CARÓTIDAS INTERNAS E EM VERTEBRAL ESQUERDA.

(JOÃO ANTONIO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 JUL 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Carvalho, 465 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.009-470

TERESINA - PI 03/07/2016

MARCELO COELHO AVELINO

CPF. 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

05-07-16
Krisia Janyne Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SAHTE-HUT
Compare com Original



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
UNIDADE MISTA DE SAÚDE INHAÇINHA NUNES
Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhumas - PI
CEP: 64.535-000 Fone: (89) 3477-1643



SUS		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES		
U.M.S. Inhaçinha Nunes		213124121513		
3 - ENDEREÇO EXECUTANTE		4 - CNPJ		
Rua Coronel Cícero Portela, 463				
5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
7 - NOME DO PACIENTE		8 - Nº DO PRONTUÁRIO		
Jorge Sousa da Silva				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		
7101010119131310131910105		25/07/1957		
9 - NOME DA MÃE		10 - SEXO		
Adriana Rosa da Silva		Masculino		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO		
Jorge Sousa da Silva		819 99987-8922		
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - TELEFONE DE CONTATO		
Rua Cel. Cícero Portela		15 - Nº DO PRONTUÁRIO		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - CDD. IBOE MUNICÍPIO		
Inhumas		2204709121645351000		
18 - UF				
PI				
19 - CEP				
64.535-000				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 07 AGO 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 405 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-70				
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				
24 - CID 10 PRINCIPAL				
25 - CID 10 SECUNDÁRIO				
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
29 - CLÍNICA				
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				
31 - DOCUMENTO				
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO				
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
39 - CNPJ DA SEGURADORA				
40 - Nº DO BILHETE				
41 - SÉRIE				
42 - CNPJ EMPRESA				
43 - CHAM DA EMPRESA				
44 - CBO				
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR				
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				

GRUPPO LARANEL - (08) 3412 - 1000 - PÉLOS - PI

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
UNIDADE MISTA DE SAÚDE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI
CEP: 64.535-000 - - Fone: (89) 3477-1643



FOLHA DE ADMISSÃO

Nome do(a) Paciente: João Sérgio da Silva
Endereço (Rua, Av. Nº, Bairro): Rua Lupinus
Município: Inhuma CEP: 64.535.000 UF: Piauí
Pai: Antonio Ferreira de Sousa
Mãe: Odontina Rosa da Silva
Data do Nascimento: 05/07/1957 Registro: _____
Sexo: Masc. (☒) Fem. (☐) Raça/Cor: Parda Enfermaria: 03 Leito: 02
Nº Cartão SUS: 700 001 933 03 9005 Nº Cartão SIS - Pré-Natal: _____
Nº RG: _____ CPF: 022.500.673-17
Responsável: Zilma da Silva Borges Gomes

CPF MÉDICO SOLICITANTE	PROCED. SOLICITADO	C. A.	CPF DIRETOR CLÍNICO	ASS. MÉDICO RESP.

CLÍNICA	1 - CIRÚRGICA ()	4 - PSIQUIÁTRICA ()
	2 - OBSTÉTRICA ()	5 - PEDIÁTRICA ()
	3 - MÉDICA (<input checked="" type="checkbox"/>)	6 - OUTRAS ()

DATA DE INTERNAÇÃO: 22/07/16 AS _____ H DATA DA ALTA: 22/07/16 AS _____ H

Diagnóstico Inicial: _____

Procedimento Solicitados: _____

CID 10: _____

Assinatura do Médico Solicitante Examinador

CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2017

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

RESULTADO DA ALTA

CONDICÕES DA ALTA:	CURADO: ()	MELHORADO: ()	TRANSFERIDO: (<input checked="" type="checkbox"/>)
	INTERNADO: ()	A PEDIDO: ()	POR EVASÃO: ()
	ÓBITO - 24H: ()	24 A 28H: ()	ÓBITO: ()

Nome: João João da Silva

Prontuário:

Data: 22, 07, 2026 Enf. Leito:

Leito

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	UMS Inhazinha Nunes	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
# 10 de Cirurgia Integridade - U.		SINAIS VITAIS	11:00 Pct admitida neste HPP com
		Hora T P R PA GBC	70 de cirurgia ortopédica. Consciente,
1) Data oral conforme avaliação;		12 354 74 18	orientado, físico. Auscultação da dita
2) SF 013% - @ 2000 ml EV q/ 24h;		16	exercida, eliminação fisiológicas
3) Lupa 200g/100ml - 2g. EV q/ 24h;		24	presentes e normais (S/C). Nega alu-
4) Lisquinase 5000 UI/0,2ml SC q/ 24h;		06	gia medicamentosa. Segue aos
5) Cimetidina - 200g. EV + AD q/ 24h;			excluídos.
6) Dexam - 20g. EV + AD 6/6h, SN;			11:30 - Pct em HU, regulada para
7) Phasil - 20g. EV + AD 8/8h, SN;			o HUT (Exercício - T). Senha: 201607
8) PA e TAX 6/6h;			22:00h.
9) SSVK + CCGG.			
10) Feito contato com Central			
de Regulação: Concluída a			
sendo. Pte encaminhado ao HUT - THE.			



CLÍNICA

Antonio Bomfim

TECNOLOGIA A SERVIÇO DA VIDA

1º e 2º exames de 25/04

"Atentado (tendo)"

Atentado para o dano já que
o processo como apresenta
requerimento de disfunção de
placa tibial após o dano de
vertebral (S8)

Devido tratamento cirúrgico
ortopédico + fisioterapia realizada
no momento atual liberdade de
ambulação com perda de 60% da
função de flexão (10)

01-5881 + 1190 + 1133

131011017

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3926

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone (89) 3465-1201 - Valença do Piauí
e-mail: clinicaantonibomfim@hotmail.com

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OP-VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
7 AÇO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 435 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.012-70

"Yare Sorene der Silva"

At. Atendimento

Muito prazer a todos que
passam pela ~~esta~~ ~~esta~~
mente de quem de plateia ^{libal} ^{libal}
após credente de muito ^{libal}
Realizado ^{libal} ^{libal}
ortopedico + ^{libal} ^{libal}
No ^{libal} ^{libal}
ortopedico (alta de ortopedico) ^{libal}
pela de 50% da ^{libal} ^{libal}
de ^{libal} ^{libal}

02-119-1 + 5821 + 5855

31/08/2018

Dr. Fco. da Silva B. Sousa
Ortopedista Traumatologista
CRM-PI 3920

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone (89) 3465-1201 - Valença do Piauí - PI
e-mail: clinicaantonibomfim@hotmail.com

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
18 SET. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Alta:



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 07 AGO 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-70

NOME DO PACIENTE: josé josino da Silva
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 2110.400

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
RUA DR. OTTO TITO 1820 - Redenção - Fone: 86 3225 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NHE 0410726
05 08:20

DADOS DO PACIENTE:

Prontuário: 410400

Nome: JOSE JOSINO DA SILVA

Pai: ANTONIO FERREIRA DE SOUSA

Mãe: ODOMTINA ROSA DA SILVA

End. Resid.: LOCALIDADE CUPINS - ZONA RURAL - INHUMA - PI - CEP: 64535-000

Nascimento: 05/07/1957

Idade: 58a:11m:28d

Sexo: Masculino

Fone: 86-99986-7961

Responsável: FRANCISCO DOS SANTOS

CNS: 700001913039005

Profissão: LAVRADOR

Documento:

G. Instrução: Não informado

E. Civil: Solteiro(a)

End. Local: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 553886

Data: 03/07/2016 02:26:24

Condução: - - -

Convênio: S U S

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO - VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)

Acid. Trab.: Não

Acid. Trajeto: Não

Acid. Trab. Típico: Não

CID Secundário: V099

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:

Evento Principal:

Destino:

CIRURGIA GERAL

Classificação:

Amarelo

QUEBRAS

Dor: moderada

Profissional Clas. Risco:

Breve História:

ACIDENTE DE TRÂNSITO - VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE) - COLISÃO COM CARRO - FRATURA EM PÉ DA DIREITA.

GUILHERME DA COSTA SOUSA
419878

Rm: 03/07/2016 02:36:44

DADOS CLÍNICOS: (Hora: - : -)

Paciente vítima de atropelamento apurando-se consciente, orientado, sem história de perda de consciência, náuseas, vômitos, dor de cabeça. Apresenta ferimento e suspeita de fratura em pé da direita.

ACP normal

Abdomem sem alterações.

PA: - X - mmHg

Pulso: -

FC: - bpm

Temp.: -

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) SPO2: 100% em ar

2) Placot 10mp. + AOE

3) Dipirona 10mp. + AOE

4) TC cômio / RX tórax para D

DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: cômio

DATA: 03/07/16 6:03:10

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: - / - / -

HORA: - : -

Procedimento

CID

Assinatura Paciente ou Responsável

07-07-16
Kássia Janays Pimentel Cavalcante
Matrícula: 65904
SAME-HUT
Confere com Original

Assinatura - Profissional

DEPARTAMENTO DE BIOMÉDICA
DPVAT

CONTEÚDO VERIFICADO

07 AGO 2016

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-70



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

SUS SUS

Imp: 03/07/2016 02:37:03
P: 01149 0001

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JOSE JOSINO DA SILVA	Prontuário:	410400
Mãe:	ODONTINA ROSA DA SILVA	Pai:	ANTONIO FERREIRA DE SOUSA
End.Resid.:	LOCALIDADE CUPINS - ZONA RURAL - INHUMA - PI - CEP: 64535-000	Sexo:	Masculino
Nascimento:	05/07/1957	Idade:	58a:11m:28d
Responsável:	FRANCISCO DOS SANTOS	CNS:	700001933039005
Profissão:	LAVRADOR	Documento:	
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	solteiro(a)
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	553886	Data:	03/07/2016 02:26:24	Condução:		Convênio:	S U S
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA A PÉ (PEDESTRE)					Maus Tratos:	Não
Acid.Trab.:	Não	Caso Policial:	Não	Pl.Saúde:	Não	Trauma:	Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 03/07/16 03:10 ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

rec. lim.
classe 15
rec. de crânio =

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2011

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro, Norte, CEP: 64.002-470
Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora:

sem hematoma no local onde ocorreu
sem conduta neurológica

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
ANTONIO CARLOS SOUSA
Neurocirurgião
CRM-PI 410400

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/1/ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Platano: fútil d. mot
Em expect. de abs. P. do C.C.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
Dr. Vitorildo L. Costa
CRM-PI 410400-MA 5563
TEOD. 2012

DADOS DO PARECER: Data/Hora:

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

03-07-16
Kléia Jéssica Pinheiro Cavalcanti
Matrícula: 69504
SAME-HUT
Confere com Original



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
UNIDADE MISTA DE SAÚDE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhumana - PI
CEP: 64.535-000 Fone: (89) 3477-1643



SENHA: 201607020113 HUT
FOLHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA DO PACIENTE

REFERÊNCIA

Município: Inhumana n° do Prontuário da Unidade _____

Nome da Unidade: UMS Inhaizinha

Nome do Paciente: José José da Silva

Endereço: _____

Município: Inhumana Estado: _____

Documento de Identificação (CPF, RG, Cert. Nasc.): _____

Idade: 58 Profissão: _____

Sinais e Sintomas Clínicos: Pta. Intimida de atropelamento por motocicleta, com

Conduta Adotada: paciente exposto a tubos D e trauma cirúrgico. PA: 140x110mmHg

Motivo de Encaminhamento: unidade, acidente. Fato Volume IM; V.D. K IM.

PARA

Unidade de Saúde: HUT Município: Terena

Solicitação de Serviços Diagnósticos: _____

Solicitação de Internação: _____

Data: 02/07/16 Horas: _____

Dr. Daniel Gonçalves de Freitas
Assinatura

5726
CRM

COREN

CONTRA REFERÊNCIA

Unidade: _____

Município: _____ Estado: _____

Nome do Paciente: _____

Diagnóstico Conclusivo: _____

Conduta Adotada: _____

Recomendações: _____

Data: ____/____/____ Horas: _____

Assinatura

CRM

COREN

07-07-16
Kássia Jéssica Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME-HUT
Confere com Original



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

José Joaquim da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Furto exposto e glandula Tiroide D

Operação - Tipo

Exatoma cirúrgico + lavagem externa transcutânea joelho D

Cirurgião

Wilton Vilor P. de Castro Filho

CRM-P 4792 SBO 12501

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesiista

U. I. I. I.

Anestesia

R. I. I. I.

Anestésico(a)

Data da Operação

03/07/16

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

07-07-16
Kléssia Jomara Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME-HUT
Contere com Original

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2016

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

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende 455 Loja 5

Centro - Norte CEP: 64.002-70

1) Paciente em DDH sob anestesia

2) Anestesia + lavagem cirúrgica externa

3) Lavagem da ferida e exposição intraoperatória de glândula D a 55°, 3x abundante + hemostático de pontos locais

4) Montagem de ferida externa transcutânea entre fêmur e tíbia D

5) Sutura + curativo estéril

6) Ret



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Proc. N° _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

DATA 03/07/16

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>José Jesus da Silva</u>	PRONTUÁRIO N°:
DIAGNÓSTICO: <u>Indiv. Externado para o Tratamento</u>	CIRURGIA: <u>LNC + Drenagem</u>
ANESTESIA:	N° DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. José Carlos de Faria Filho</u>	CPF N°:
AUXILIAR: <u>Tramanda Un. de Saúde</u>	CPF N°:
ANESTESIA:	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: <u>Carmen</u>	CPF N°:

 DEPARTAMENTO DE REGISTROS
 BIPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 07 AGO 2017

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 26	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 3.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 6.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	1500	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	1900	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	150	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº 20	UNID.	01		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01				08	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>eletrodo</u> 05			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>eletrodo</u> 02			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 02	01						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>verificar</u>			
PROLENE							

 07.07.16
 Kássia Jannys Pimentel Cavalcante
 Matrícula: 69904
 SAME-HUT
 Confira com Original
 X



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04 / 07 / 16

NOME DO PACIENTE: <u>João José da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>430400</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Genal</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Bruno</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Fernando</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dra. Liana</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Isadora</u>	CPF Nº: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 AGO 2011

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 n° 24	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 8.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE n° 25	UNID.	03		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	90		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL n° 16	UNID.	01	
JELCO Nº 80	UNID.	01		<u>Eupem</u>	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<p>05.07.16 Kássia Jonays Pimentel Cavalcante Matriculada: 89904 SAME-HUT Confere com Original</p> <p><i>K</i></p>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Fátima Gomes</u>			
OLENE							



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CRUZ

[illegible]



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	José Josino da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de platô tibia (D)		
Operação - Tipo	Redução Cirúrgica + Fixação Interna c/ placa + parafusos		
Cirurgião	Dr. Bruno Freire	1º Assinante	Dr. Fernando Couto
2º Assinante	Ortopedia-Traumatologia CRM-4245/TEOT: 11438	3º Assinante	Dr. Fernando Couto Ortopedia-Traumatologia CRM 3.467 TEOT 11.913
Instrumentador(a)	Isadora	Anestesiologista	Dr. Leiva
Anestésico(a)	Genf		

Data da Operação	04.02.16	Início	17:00	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 AGO 2011
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Bento - Norte CEP: 64.002-70

07.07.16
Kássia Janna Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME-HUT
Conferir com Original

Acidente Durante a Operação
- Fratura extremamente cominutiva, com redução difícil.

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em DDH sob raquianestesia
- 2) Preparo Habitual
- 3) Retirada do fralda extenso.
- 4) Via antero-medial dissec em (colho D)
- 5) Redução Cirúrgica + Fixação Interna c/ placa em T+parafusos.
- 6) Via antero lateral dissec em tempo proximal da tibia
- 7) Redução Cirúrgica + Fixação Interna c/ placa + parafusos
- 8) Revisão de Hemostasia + colocação do dreno
- 9) Fechamento por planos



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE JOSINO DA SILVA** (Prontuário: 410400)
 Endereço: LOCALIDADE CUPINS - ZONA RURAL - INHUMA - PI CEP: 84535-000
 Nascimento: 05/07/1957 Idade: 58a:11m:28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 553886
 Requisição: 652028 Solicitação: 03/07/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 816376 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 03/07/2016

US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, contendo imagem de cálculo em seu interior, medindo 0,8 cm.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Colelitíase.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(DANIEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/07/2016

03.07.16
 Kláudio Joazeiro Pimentel Cavalcante
 Matrícula: 69004
 SAME-HUT
 Contato com Origem

DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE

CPF: 566.189.643-34 CRM 3389

Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 JUL 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho do Rego, 400 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4972

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE JOSINO DA SILVA** (Prontuário: 410400)
 Endereço: LOCALIDADE CUPINS - ZONA RURAL - INHUMA - PI CEP: 64535-000
 Nascimento: 05/07/1957 Idade: 58a:11m:28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 553886
 Requisição: 652043 Solicitação: 03/07/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 816391 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 03/07/2016

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL À ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- ALARGAMENTO DIFUSO DOS SULCOS CORTICAIS, FISSURAS SYLVIANAS E CISTERNAS CEREBRAIS, COM ECTASIA DO SISTEMA VENTRICULAR, POR EFEITO EX-VÁCUO. ("REDUÇÃO VOLUMÉTRICA ENCEFÁLICA DIFUSA").
- DISCRETO PNEUMOENCFALO À ESQUERDA.
- TÊNUE MATERIAL HEMORRÁGICO NA CISTERNA AMBIENS À DIREITA.
- ATEROMATOSE PARIETAL CALCIFICADA EM ARTÉRIAS CARÓTIDAS INTERNAS E EM VERTEBRAL ESQUERDA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 07/07/2016
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 458 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-476

(JOAO ANTONIO)

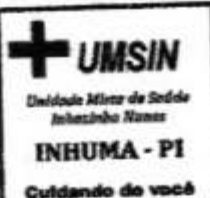
TERESINA - PI 03/07/2016

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

03-07-16
 Klaus Antonio Romualdo Cavalcante
 Matrícula: 89904
 SAME-HUT
 Confere com Original



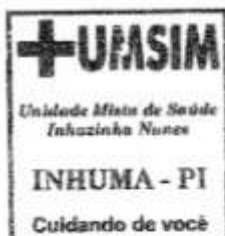
PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
UNIDADE MISTA DE SAÚDE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI
CEP: 64.535-000 Fone: (89) 3477-1643



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde Nome do Estabelecimento Solicitante: <u>U.M.S. Inhazinha Nunes</u>		2 - CIES: <u>2312412153</u>
3 - ENDEREÇO EXECUTANTE: <u>Rua Cel. Cícero Portela, 463</u>		4 - CNPJ: _____
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: <u>Jose Souno da Silva</u>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>71010100119131310131910105</u>		8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>05/07/1957</u>
9 - SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		10 - RACIA/DOR: <u>Parda</u>
11 - NOME DA MÃE: <u>Adelina Rosa da Silva</u>		12 - TELEFONE DE CONTATO: <u>819 99987-8922</u>
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: <u>Jose da Silva Borges Gomes</u>		14 - TELEFONE DE CONTATO: _____
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u>Rua Cel. Cícero Portela</u>		16 - CID: _____
17 - CID 10 PRINCIPAL: <u>2204704T</u>		18 - CID 10 SECUNDÁRIO: <u>1645351000</u>
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: _____ 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: _____ 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): _____		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: _____ 24 - CID 10 PRINCIPAL: _____ 25 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____ 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____
29 - CLÍNICA: _____	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____	31 - DOCUMENTO: _____
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: _____		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA: _____
40 - Nº DO BILHETE: _____		41 - SÉRIE: _____
42 - CNPJ EMPRESA: _____		43 - CNIE DA EMPRESA: _____
44 - OBOR: _____		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: _____
46 - () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR: _____
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>22/07/2016</u>		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____		53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
UNIDADE MISTA DE SAÚDE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI
CEP: 64.535-000 - Fone: (89) 3477-1643



FOLHA DE ADMISSÃO

Nome do(a) Paciente: João José da Silva
Endereço (Rua, Av. Nº, Bairro): Por. Cupim
Município: Inhuma CEP: 64.535-000 UF: Piauí
Pai: Antonio Ferreira de Sousa
Mãe: Odontina Rosa da Silva
Data do Nascimento: 05/10/1957 Registro: _____
Sexo: Masc. (☒) Fem. (☐) Raça/Cor: Parda Enfermaria: 03 Leito: 02
Nº Cartão SUS: 700 004 933 03 9005 Nº Cartão SIS - Pré-Natal: _____
Nº RG: _____ CPF: 022.500.673-17
Responsável: Zilma da Silva Borges Gomes

CPF MÉDICO SOLICITANTE	PROCED. SOLICITADO	C. A.	CPF DIRETOR CLÍNICO	ASS. MÉDICO RESP.

CLÍNICA	1 - CIRÚRGICA ()	4 - PSIQUIÁTRICA ()
	2 - OBSTÉTRICA ()	5 - PEDIÁTRICA ()
	3 - MÉDICA (X)	6 - OUTRAS ()

DATA DE INTERNAÇÃO: 22/07/16 AS _____ H DATA DA ALTA: 22/07/16 AS _____ H

Diagnóstico Inicial: _____

Procedimento Solicitados: _____ CID 10 _____



Assinatura do Médico Solicitante Examinador

CRM

RESULTADO DA ALTA

CONDICÕES DA ALTA:	CURADO: ()	MELHORADO: ()	TRANSFERIDO: (X)
	INTERNADO: ()	A PEDIDO: ()	POR EVASÃO: ()
	ÓBITO - 24H: ()	24 A 28H: ()	ÓBITO: ()



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA
UNIDADE MISTA DE SAÚDE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cicero Portela, 463 - Centro - Fone: (89) 3477-1643

Nome: José Jefino da Silva

Prontuário:

Data: 22, 07, 2016 Ent. Leito:

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		UMS Inhaizinha Nunes		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
# 10 de Inhaizinha Nunes - Id.				SINAIS VITAIS			
				Temp.	P.	R.	PA.
1) Nota da enfermeira:							
2) SF 0,3% - 2000 ml EV p/ 24h;				35,4	74	81	
3) Lupa 200g/100ml - 2g. EV 42/24h;				24			
4) Injeção 5000 UI/0,25ml SC 20/24h;				06			
5) Injeção - 40g. EV + AD 20/24h;							
6) Injeção - 40g. EV + AD 6/6h, 5N;							
7) Injeção - 40g. EV + AD 18h, 5N;							
8) PA e TAX 6/6h;							
9) SIV + CCG.							
10) Exeto contato com cateter							
de oxigenação e monitorar a							
pressão. Não administrar no HVT - THE.							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 AGO 2016

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CE 7 - 64.002-70



CLÍNICA

Antonio Bomfim

TECNOLOGIA A SERVIÇO DA SAÚDE

Sau Teuso da Silva

"Atentado (tendo)"

Atentado por o bandido que
o possuído como apresenta
requerimento de direção de
plataforma para o andamento de
verificação (S&S)

Realizado tratamento cirúrgico
ortopédico + fisioterapia reles
no momento da liberação de
ortopedia com perda de 60% da
função de falha (S)

(S) = 583 + 1213 071133

131031017

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13926

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone (89) 3465-1201 - Valença do Piauí
e-mail: clinicaantonibomfim@hotmail.com

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DP/VAT
CONTEÚDO N.º VERIFICADO
7 AGO 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CE 7: 64.092-670

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Não Alfabetizado

0723740

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TER



0012

08/10/15

REGISTRO
GERAL

2.177.499

NOME

JOSÉ JOSINO DA SILVA

FILIAÇÃO

ODONTINA ROSA DA SILVA
ANTÔNIO FERREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE

PIMENTEIRAS.-PI

DATA DE NASCIMENTO

05/07/1957

DOC. ORIGEM

MATRICULA: CERT.NASC.

07838601551980100012179000312245

EXP PIMENTEIRAS-PI 25/09/15

CPF

022.500.673-17

VERESSIA - PI

MANUSCRITO DO DIRETOR DE ASSESSORIA
Diretor do IIC de P. M. J. D. Martins

LEI Nº 7.118 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

022.500.673-17

Nome

JOSE JOSINO DA SILVA

Nascimento

05/07/1957

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE MINISTROS
GPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

7 AGO 2011

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-70



ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07/04/2011
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja G Centro - Norte CEP: 64.002-70

NOME: JOSE JOSE DA SILVA CPF: 022.500.073-17
FILIAÇÃO: MÃE: DEBATA ROSA DA SILVA
DATA DE NASC. 05/07/1957 SEXO: MASC. ESTADO CIVIL: DELTREIRO
ENDEREÇO: TRV. CURIA S.

EXAME CLÍNICO / DIAGNÓSTICO:

De início de sintomas por malária + febre com T_{ax} + malária +
febre variada.

PROCEDIMENTOS:

Análise, análise variada em MTD, encaminhada ao HUT para
análise de sangue.

DATA: 02/04/11

MÉDICO

ASS. RESPONSÁVEL: Elina da Silva R. Gomes



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

LIVRO N.º 62

FLS. N.º 159

CARTÓRIO RIVADANIA SOARES


2.º Ofício Registral, Notas e Mapas Antigos de Valença do Piauí - PI.
CNPJ: 07.471.550/0001-38

PROCURAÇÃO QUE FAZ

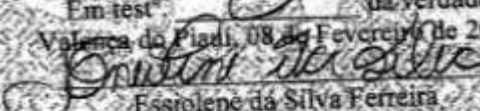
SAIBAM os que este público instrumento de procuração bastante Virem que, aos 08 (oito) dias do mês de Fevereiro do ano de 2017, nesta Cidade de Valença do Piauí, Estado do Piauí, perante mim, Escrevente, Compareceu(ram) como outorgante(s)

JOSE JOSINO DA SILVA, brasileiro, solteiro, aposentado conforme declarou, portador da Cédula de Identidade RG- 2.177.499-SSP/PI e CPF-022.500.673-17, residente e domiciliado no Povoado Bacamarte, zona rural de Lagoa do Sitio - PI.

Reconhecido(s) como o(s) próprio(s) através de documento a mim apresentado. E respondendo as perguntas feitas e que, por este público instrumento nomeava(m) e constituía(m) seu(s) bastante procurador(es).

GRACIANE PIMENTEL DE SOUSA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PI sob nº 5809 e CPF/927.580.103-72, com escritório profissional na Rua São João, nº 207, centro em Valença do Piauí, a quem o(a) outorgante confere poderes para que, ela outorgado, proceda com requerimento e/ou acompanhamento de processo de solicitação do seguro DPVAT, junto à qualquer Seguradora, em especial junto a seguradora LIDER, em decorrência de acidente de trânsito; podendo ainda a seguradora LIDER dos consórcios do seguro DPVAT, a efetuar o crédito a conta poupança, CAIXA ECONOMICA FEDERAL agência 3887 op. 013 conta 18571/3. Como também declaro sob as penas da lei, que estou impossibilitada de representar o laudo do instituto medico legal IML, porque a cidade não existe IML, podendo contratar advogado, propor ação, assinar termos, declarações, requerimentos, documentos afins, apresentar e/ou solicitar documentos e o que mais preciso for, efetuar saques de quantias em dinheiro do seguro, junto a seguradora, ou em qualquer agência Bancária autorizada, enfim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, o que tudo dará por bom firme e valioso. Assim o disseram me pediu este instrumento que lhes lavrei e lhes li. Ficam dispensadas as testemunhas instrumentarias nos termos do parágrafo 5º, art. 215, do Código Civil Brasileiro, Lei nº 10.406/2002 e da Lei Federal nº 6.962/81. E como assim o disse (ram), do que dou fé. Assinando a rogo por ser o outorgante analfabeto: Alencar Correia da Silva, portador do CPF-156.332.388-50 e RG-23620456 - SP, residente na Cidade de São Paulo - SP, dou fé. Transladada hoje, confere com a original. Eu,  Escrevente do Cartório do 2º Ofício, o digitei e subscrevi.

Em test. da verdade.
Valença do Piauí, 08 de Fevereiro de 2017.


Escrivente do Cart. 2º Ofício



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07.1.2017

GENTE SEGURO S.A.
Rua Celso de Resende, 111 - Loja C
Centro - Niterói - RJ - CEP: 24020-000

Escrivente da Silva Ferreira

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, JOSE JOSINO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.177.499 EXPEDIDO POR SSP/PI EM 08/10/15 E

CPF 022500673-17 CNPJ _____, PROFISSÃO RECUSOU

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE JOSINO DA SILVA, 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** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- 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 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 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3887 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 18571-3

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.

VALENÇA DO BRAVÉ 03 de JULHO de 2017 X

LOCAL E DATA



SINISTRO 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 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 135585.000002/2017-50

Unidade de Registro: DP DE PIMENTEIRAS

Resp. pelo Registro: Alexandra Alysson Nogueira Ramos

Data/Hora: 07/02/2017 - 07:50

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável:

DP DE INHUMA

Via

VIA PÚBLICA

Município

INHUMA

Endereço

PI 227 INHUMA A SÃO JOSÉ DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

POVOADO CUPINS

Data/Hora

02/07/2016 - 20:00

22.67.65

Bairro

PREJUDICADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ JOSINO DA SILVA

RG: 2177499 SSP/PI

Mãe: ODONTINA ROSA DA SILVA

Pai: ANTÔNIO FERREIRA DE SOUSA

Endereço: POVOADO BACAMARTE, Nº S/N

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: LAGOA DO SÍTIO - CEP: 64308-000

Tip. Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA COMPARECEU A ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA DA CIDADE DE VALENÇA DO PIAUÍ, PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA NO SEGUINTE TEOR: QUE NO DIA E HORA ACIME MENCIONADO QUE O SENHOR JOSÉ JOSINO DA SILVA, SOFREU UM ATROPELAMENTO, QUANDO ESTAVA CAMINHADO NA SENTIDO DE QUEM VAI PRA INHUMA, QUANDO UMA MOTO VEIO A COLIDIR COM A VITIMA E O MESMO SÓ VEIO ACORDAR QUANDO JÁ ESTAVA SENDO ATENDIDO NO HOSPITAL DA CIDADE DE INHUMA. A VITIMA NÃO FOI SOCORRIDA PELO PESSOA QUE PROVOCOU O ACIDENTE, SENDO QUE O CAUDADO DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL. TODOS O DADOS DE INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DO HOSPITAL E PRONTUARIO ESTÃO DE POSSE DA VITIMA. ERA O QUE EU TINHA A RELATAR.

Alexandre Alysson Nogueira Ramos - Matr. 2868113
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ JOSINO DA SILVA - Matr. 2868113
Responsável pela Notificação

Delegado de Polícia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 135585.000002/2017-50

Unidade de Registro: DP DE PIMENTEIRAS

Resp. pelo Registro: Alexandre Alysson Nogueira Ramos

Data/Hora: 07/02/2017 - 07:50

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE INHUMA

02/07/2016 - 20:00

Local

VIA PÚBLICA

Município

Bairro

INHUMA

PREJUDICADO

Endereço

PI 227 INHUMA A SÃO JOSÉ DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

POVOADO CUPINS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ JOSINO DA SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2177499 SSPPI PI

Mãe: ODONTINA ROSA DA SILVA

Pai: ANTÔNIO FERREIRA DE SOUSA

Endereço: POVOADO BACAMARTE, Nº S/N

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: LAGOA DO SÍTIO - CEP: 64308-000

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA COMPARECEU A ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA DA CIDADE DE VALENÇA DO PIAUÍ, PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA NO SEGUINTE TEOR: QUE NO DIA E HORA ACIME MENCIONADO QUE O SENHOR JOSÉ JOSINO DA SILVA, SOFREU UM ATROPELAMENTO, QUANDO ESTAVA CAMINHADO NA SENTIDO DE QUEM VAI PRA INHUMA, QUANDO UMA MOTO VEIO A COLIDIR COM A VITIMA E O MESMO SÓ VEIO ACORDAR QUANDO JÁ ESTAVA SENDO ATENDIDO NO HOSPITAL DA CIDADE DE INHUMA. A VITIMA NÃO FOI SOCORRIDA PELO PESSOA QUE PROVOCOU O ACIDENTE, SENDO QUE O CAUDADO DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL. TODOS O DADOS DE INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DO HOSPITAL E PRONTUARIO ESTÃO DE POSSE DA VITIMA. ERA O QUE EU TINHA A RELATAR.

Alexandre Alysson Nogueira Ramos - Mat. 2858113
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ JOSINO DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Notificação

Delegado de Polícia



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE INHAZINHA NUNES
Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

NOME: JOSE SOBRINHO DA SILVA CPF: 022.500.073-17
FILIAÇÃO: MÃE: ODONTINA ROSA DA SILVA
DATA DE NASC. 05/07/1957 SEXO: MASC. ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
ENDEREÇO: POV. CURINS

EXAME CLÍNICO / DIAGNÓSTICO:

Pt. vítima de atropelamento por motocicleta + fratura em Tibia D + luxação +
trauma craniano.

PROCEDIMENTOS:

Análise, curativos compressas em MID, encaminhado ao HVT para o
controle de ferimentos.

DATA: 02/07/16

Dr. Daniel Gonçalves de Freitas

MÉDICO

ASS. RESPONSÁVEL: Zilmada Silva R. Gomes

