



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 516001965	Nº REGULAÇÃO: 60423	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5973457 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO - (86) 3217-3267		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: CIRURGIA GERAL		
PACIENTE: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA		NASCIMENTO: 09/06/1993

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE DE 26 ANOS DEU ENTRADA NA UNIDADE VITIMA DE TCE APOS ACIDENTE COM MOTOCICLETA. AO EXAME: ACV EM 27. BNFAP MV + SEM RAPA: 160 X 110 MMHG PRESENÇA DE MÚLTIPLAS LESÕES CORTO-CONTUSAS EM REGIÃO CEFÁLICA E FACE COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

DIAGNÓSTICO(CID): OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABEÇA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 160x110(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 104bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:**

GLICEMIA: 163mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATODIPIRONA

DATA: 10/02/2019 23:50:37

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

OBS:

O paciente continua com vaga reservada no estabelecimento de origem até a data 11/02/2019 e horário 03:37h. Caso seja necessário internar o paciente no estabelecimento de destino, o mesmo deve contactar o estabelecimento de origem para registro da alta.



17.577.205/0002-18
HOSPITAL MARIANO CASTELO BRANCO
Alameda Francisco Nogueira S/N - Santa Rosa
CEP: 64012-000
Teresina - PI

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 516001965	Nº REGULAÇÃO: 60423	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5973457 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO - (86) 3217-3257		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DR. TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: CIRURGIA GERAL	NASCIMENTO: 09/06/1993	
PACIENTE: FRANCISCO CLEITON FERREIRA LIMA		

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE DE 26 ANOS DEU ENTRADA NA UNIDADE VITIMA DE TCE APOS ACIDENTE COM MOTOCICLETA. AO EXAME: ACV EM 2T, INFA? MV - SEM RAPA: 105 X 110 MMHG PRESENÇA DE MULTIPLAS LESÕES CORTO-CONTUSAS EM REGIÃO CEFÁLICA E FACE COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

TOMOGRAFIAS DE CRÂNIO

DIAGNÓSTICO(CID): OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABEÇA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 160x110(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 104bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:**

GLICEMIA: 163mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 1 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATODIPLOMA



DATA: 10/02/2019 23:50:37

Joelma da Silva Barbosa

Médico

CRM - PI 3532

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ENCAMENTAMENTO / CARIMBO

9:30. 130X90 mm





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS



253289
06.522.917/0029-70
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA
PROF. ZENON ROCHA
Rua Dr. Otto Tito, Nº 1820
Redenção - CEP: 64.017-770
Teresina - PI

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta		Especialidade	
Nome do Paciente (preencher sem abreviar)		Nº Cartão SUS	
Belo. Nobile		8980034L552712	
Nome do Paciente (preencher sem abreviar)		Raça/Cor	
Francisco Kleber Ferreira Lima			
Nascimento	Idade	Sexo	RG / CPF
09/06/1983	35 anos	☒ Masc. ☐ Fem.	
Nome da Mãe		CEP	
Lora Cadeiro Ferreira Lima		64000-010	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)		Complemento	
Rua Manoel Nepomuceno 1127			
Bairro	Município		
Santa Maria Cadipe	Teresina		
UF		Fones	
PI		(86) 99482-3002	
Dados Clínicos			
Fratura de condilo (Tratamento conservador).			
Encaminhamento Ambulatorial			
Data	Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde		
14/02/2019	Esp. Cirurgia Maxilofacial		
Dados do Agendamento		Local do Atendimento	
Local do Atendimento		FICV	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)			
Nome do Profissional de Saúde			
Antônio Henrique Bages Filho			
Data e Hora do Comparecimento		Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento	
14/02/2019 às 13:30		Dr. Wesley Lima Andrade	
		Esp. Cirurgia Maxilofacial	
		BOL. Cirurgia Maxilofacial	
		CRP-4033 PI	

CARO USUÁRIO,

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha se houver atendimento.
Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.
Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.

Nº DA AUTORIZAÇÃO

Formulário II / 2017

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

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

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuario:

198681

Internação:

232852

Nome: **FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA**

End. Resid.: RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIFI

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:

Masculino

Nascimento:

09/06/1993

Idade:

25a8m2d

Estado Civil:

União Estável

Profissão:

SERVENTE

Internação

Alta

Permanência

Data

Hora

Data

Hora

11/02/2019

17:36

14/02/2019

10:30

Diagnósticos: Fratura de mandíbula (condito).

Cod. CID:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa morte:

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

Exatidão em face suturada, e associação em face.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Fratura de condito, com manuseio de tratamento definitivo.
Fratura consolidada.

MEDICAÇÕES:

Amoxicilina 500mg / Clindamicina 100mg / Dipirona 500mg.

CIRURGIA: Data: 11/02/2019 Tipo:

Redução e sutura da fratura na face após hemostase.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Encaminhamento Ambulatorial, Encaminhamento para Otorrinolaringologista.

Tipo de Alta: () Curado (x) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
 () Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Wesley Lima Andrade
 Especialista em Traumatologia
 Buro Maxilo Facial

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

CRQ 4033/PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 455 Loja 6
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

14/02/2019

Comprovante de Agendamento

FUNCAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAO DE CONSULTAS/EXAMES

Ctrl: 1003e1d-da8366f4-3947edf2-a1c56ced

Cadastro: 14/02/2019 12:57:27

Agenda: 12454331

Usuario: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Cartao SUS: 708505327143878

Local de Atendimento: HOSPITAL UNIVERSITARIO HU

Endereco: CAMPUS UNIVERS MINIST PETRONIO

PO-TELA, S/N

Fones: (06) 228-5148

Profissional: CARLOS EDUARDO MENDONCA BATISTA

CBO: CIBURGIAO DENTISTA TRAUMATOLOGISTA BUCOMAXILOFACIAL

Emissao: 14/02/2019

Autorizacao: 3174211905

Nascimento:

09/06/1993

Telefone:

(86)9482-3001

Município:

TERESINA

Bairro: ININGA

Procedimento(s):

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO
ESPECIALIZADA EXCETO MEDICO Qtde: 1

Comparecimento Data, Hora): Segunda, 25 de Fevereiro de 2019 as 07:00

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Nao assine nada em caso de nao haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

Assinatura/Carimbo Responsavel pelo Agendamento



**SUS****Central de Regulação de Consultas**

Ficha para Agendamento de Consulta	
Especialidade Bulmonaxilapexial	Nº Cartão SUS 8980034LS51712
Nome do Paciente (preencher sem abreviar) Francisco Klinton Farias Lima	
Nascimento 09/06/1993	Sexo ☒ Masc ☐ Fem
Nome da Mãe Rosa Eudine Marques LL27	
Endereço (Logradouro, Número/Lote) Rua Hummel Marques LL27	
Bairro Santa Maria Cedipi	Complemento
Município Teresina	UF PI
Fones (86) 99482-3001	
Dados Clínicos Paciente quinta leucocitose em face e perda de substância, sintomas do conduto. Enviado para cardiologia.	
Data: 14/02/2019	Carimbo/Assinatura do Profissional de Saúde Esp. Cardiologia R. Wladimir
Dados do Agendamento	
Local de Atendimento	
Endereço (Logradouro, Número/Lote)	
Nome do Profissional de Saúde	
Data e Hora p/ Comparecimento 11 às :	Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento
Nº DA AUTORIZAÇÃO	

CARO USUÁRIO:

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.

Só entregue esta ficha se houver atendimento.

Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

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

Nº 0206928

05.522.91710072-12

Hospital de Urgência de Teresina

Dr. Zénon Rocha

Rua Dr. Otto, 1826 - Rod. 100

CEP: 64.017-776

Teresina - PI



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

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

NOME DO PACIENTE: Francisco Kleyton F. Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 198.681

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".

DATA DO CHAMADO <i>11/02/19</i>	Nº DO CHAMADO <i>1525</i>	CÓDIGO PRO <i>2912</i>	SAÍDA DO PA <i>10:40</i>	CHEGADA 1º HOSPITAL <i>11:10</i>
SAÍDA 1º HOSPITAL <i>11:24</i>	CHEGADA 2º HOSPITAL <i>11:50</i>	SAÍDA 2º HOSPITAL	RETORNO 1º HOSPITAL	CHEGADA AO PA

HOSPITAL DE ORIGEM <i>Hospital Municipal de Parnaíba</i>	TIPO DE OCORRÊNCIA ☒ Transferência ☐ Realização de Exame ☐ Já Removido	☐ Neonato ☐ Pediátrica ☐ Obstétrica ☐ Adulto
HOSPITAL DE DESTINO <i>HUT</i>		

NOME <i>Francisco Kleiton Fátima Lima</i>	IDADE <i>24a</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>09/06/93</i>	SEXO ☒ M ☐ F
CONTATO			

ALERGIA ☐ Sim ☒ Não	DOENÇA PRÉ EXISTENTE	MEDICAMENTO DE USO
---	----------------------	--------------------

ESTADO GERAL ☒ Hidratado ☐ Desidratado	RESPIRATÓRIO ☒ Eupnéico ☐ Dispneico	PELE ☒ Integra ☐ Feridas ☐ Fraturas	DIURESE ☒ Espontânea ☐ Dispositivo	SINAIS VITAIS Pulso <i>104</i> bpm Sat O2 <i>98</i> % PA <i>130 x 99</i> mmHg Respiração _____ rpm Temperatura _____ °C	DISPOSITIVOS ☐ VM ☐ AVC ☒ AVP ☐ SNG ☐ SVD ☐ Dreno do tórax
NEUROLÓGICO ☒ Consciente ☐ Inconsciente	ABDOMEN ☒ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Gravidico	NUTRIÇÃO ☐ Zero ☐ Ofertado	GLICEMIA <i>163</i>		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM ☐ Débito cardíaco diminuído ☐ Desobstrução de vias aéreas ineficaz ☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Risco de glicemia instável ☐ Confusão mental ☐ Risco de infecção ☐ Risco de trauma ☐ Dor aguda	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM ☐ Avaliar/Monitorar nível de consciência/sedação ☐ Manter a cabeceira do leito elevada _____ graus ☐ Verificar/Monitorar e anotar SSVV ☐ Aspirar vias aéreas S/N ☐ Ofertar O2 ☐ Assegurar e testar a permeabilidade dos acessos venosos	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 10 MAI 2019 GEMES SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - N.º CEP: 64.000-000 Parnaíba - PI
--	--	---

VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: <i>Paciente com TCE após acidente motorcyclista, presença de múltiplas lesões contusivas na região cervical e torácica, com comprometimento da mobilidade. Exame físico pelo corpo e relato da história.</i>	TRIPS Inicial ☐ TRIPS Final ☐ Glasgow <i>15</i> RASS <i>1</i> Dor ☐ Sem dor ☐
--	--

PROCEDIMENTOS REALIZADOS ☐ Aspiração ☐ Oxigênio ☐ Contenção ☐ KED ☐ Prancha Longa ☐ Colar Cervical ☐ Assistência Obstétrica ☐ Imobilizações ☐ Reanimação Cardio Pulmonar ☐ Acesso Venoso: ☐ Glicemia:	Medicação em Uso:
---	-------------------

PRESCRIÇÃO MÉDICA	CONDIÇÕES DE ENTREGA ☐ Melhorado ☐ Piorado ☐ Inalterado	ÓBITO ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ No Transporte
-------------------	---	--

RELATÓRIO MÉDICO:

Responsável pela Recepção <i>Selma Lúcia C. Enfermeira</i> COREN-PI 207.590	MÉDICO <i>Guilherme</i> TÉCNICO EM ENFERMAGEM	ENFERMEIRO <i>Christiane</i> CONDUTOR
---	---	---

ENCAMINHADA P/ SUTORA

NEURO ☒

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

C. Plástica

BUCA ☒
C. GERAL

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

NHEO 11:10
12/2/19

Imp: 11/02/2019 12:06:13

(User: WILLIAM MACHADO)

(Estação: CONSUL/AG)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA		Prontuário: 198681	
Mãe: ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA		Pai: ANTONIO DOCA FERREIRA	
End.Resid.: RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 09/06/1993	Idade: 25a8m2d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9482-3001
Responsável: ANTONIO		CNS: 898003415517812	
Profissão: SERVENTE		Documento: RG: 3418214 - SSP PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: União Estável	
End.Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 707198	Entrada: 11/02/2019 11:49:36	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA ONTEM, NAO USAVA CAPACETE, TRAUMA DE FACE, COM PERDA DE SUBSTANCIA, REFERE DOR ABDOMINAL, CEFALIA E NAUSEAS. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. ECG:15		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 11/02/2019 11:57:20

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: ____ bpm	Pressão: ____ mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA ONTEM HÁ CERCA DE 16 HORAS, NAO USAVA CAPACETE, TRAUMA DE FACE, COM PERDA DE SUBSTANCIA, REFERE DOR ABDOMINAL EM PONTO DE ESCORIAÇÃO.

A - VAP
B - MMVV+ AHT, BOA EXPANSIBILIDADE,
C - BNF RR 2T SS, FC 101, ABDOME INOCENTE, PELVE ESTÁVEL, ;
D - ECG 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SEM SINAIS DE LATERALIZAÇÃO;
E - ESCORIAÇÕES EM ABDOME, COTOVELO DIREITO, LESÕES FACE E CRANIO

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADADr. Felipe José de Paulino Neto
Proctologia / Cir. Geral
CRM - PI: 3128

Diagnóstico Inicial:	EXAME: <u>crânio 12-22-19</u>	CID:
	DATA: <u>11/02/19</u>	

Exames Complementares: (1152834) - T.C. DE CRANIO (1152836) - TORAX PA

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)	DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ : ____
---------------------	--------------------------	-------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 11/02/2019 12:06:13



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 11/02/2019 12:06:15
(WILLIAM MACHADO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA			Prontuário:	198681
Mãe:	ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA		Pai:	ANTONIO DOCA FERREIRA	
End.Resid.:	RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	09/06/1993	Idade:	25a8m2d	Sexo:	Masculino
Responsável:	ANTONIO			Fone:	86- 9482-3001
Profissão:	SERVENTE			CNS:	698003415517812
G. Instrução:	Fundamental Incompleto			Documento:	RG: 3418214 - SSP PI
End.Local.:	-			E.Civil:	União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	707198	Data:	11/02/2019 11:49:36	Clas. Cor:	Laranja
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Condição:

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 11/2/19 : ESPECIALISTA: VCA

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

TCP
TC Causa Sem lesões que
máquina conduta vca
causa sem conduta vca

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/_/_ : _

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: _/_/_ : ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Avaliação da cirurgia Plástica. Paciente com lacerações na face. Encaminhado ao Centro Cirúrgico para procedimento

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 11/02/19 13:37

#CTBMA

PACIENTE APRESENTANDO LACERAÇÃO EM REGIÃO DO HEMI-FACE (E) SEM SANGUINAMENTO ATIVO NO MOMENTO. AVALIAÇÃO DE BOCA LIMITADA (EXAME CLÍNICO LIMITADO). AO EXAME DE TC DE FACE APRESENTA FRATURAS (E) (FMT. 9114).

(D) ENVIADO P/ SUTURA; INTERAÇÃO P/ NOVA CIRURGIA.
→ AVALIAÇÃO LIG. DENT. ESPECIALISTAS

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Consulta: 707198

Imp: 11/02/2019 12:06:15

<u>Nome:</u> FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA		<u>Prontuário:</u> 198681		<u>Local:</u>	<u>Leito:</u>
<u>Tipo Sanguíneo:</u>	<u>Fator RH:</u>	<u>Peso (Kg):</u> 0,00	<u>Altura (M):</u> 0,00	<u>IMC (Kg/m2):</u> 0,00	
<u>ITEM:</u>		PRESCRIÇÃO MÉDICA.			

[illegible]

RAIS-X PERMANENTE
DATA 11.02.19
TECNICO

CONFIDENTIAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME Franisco Ailton Ferreira Lima IDADE anos DATA 11/02/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 18 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Reconstrução de face CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS

	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>134x83</u>	<u>126/65 (95)</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>98</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>94</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Paula</u>	<u>Iguateme</u>

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002-470
Teresina - PI

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE	ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2
Movimenta dois membros	1	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1
Tem apnéia	0	0
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2
Desperta, se solicitado	1	1
Não responde	0	0
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0
TOTAL	<u>09</u>	<u>10</u>

ASS. Martha Jazdesma de Oliveira
Enfermeira
COREN-PI 484.148

SCALA DE DOR () MISSÃO ()

SCALA DE DOR () TA ()

SONDA VESICAL () DRENO DE SUÇÃO () DRENO TORACICO () DVE () COLOSTOMIA () Sonda () NASOG () NASOE ()

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POE
Reconstrução de face; segue monitorado; ar ambiente.

CRIAÇÃO MÉDICA

AMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

O () () () () () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD ()

HORÁRIO

Dra. Alyn A. Melo
Médica Anestesiologista
CRM-PI 7123
ANESTESIOLOGISTA

217 / 162



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

65 176590

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	232852

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA	6 - Prontuário: 198681
7-MS: 898003415517812	8-Nascimento: 09/06/1993
9-Sexo: Masculino	RG: 3418214 - SSP PI
11-Mãe: ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA	12-Fone: 86- 9482-3001
13-Resp: ANTONIO	14-Cor: Sem Informação
15-End: RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM EXTENSA LACERAÇÃO DE FACE
21 - Condições que justificam a internação: AS ACIMA.
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): EXAME CLÍNICO.
23-Diagnóstico Inicial: Ferimentos envolvendo a cabeça com o pescoço
24-CID Prim: T010
25-CID Sec.:
26-CID C.Ass.:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	Tempo ST
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.: CPF	000.392.023-21
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: VANESSA ROCHELE SOARES COSTA	34-Data Solicitação: 11/02/2019	35-Ass.Carimbo Med.SOL. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CHOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:
		() CNS () CPF	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: (AMPARO LEAL) Consulta Local: 707198 Consulta SUS: Impressão: 26/02/2019 17:43:25	

01/03/19
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor FMS - Teresina
CPF 176590-00001
Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 176590
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL		AIH: 2219100103770

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO	CNES 5973457
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS R98003415517812	NOME DO PACIENTE FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA	NASCIMENTO 09/06/1993	SEXO M	PRONTUÁRIO 198681
DOCUMENTO CPF 86994823001	TELEFONE 86994823001	NOME DA MÃE ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA	RESPONSÁVEL ANTONIO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA SAMUEL MESQUITA	NUMERO / LOTE 1133		UF PI
BAIRRO SANTA MARIA DA CODIPI	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA EVOLUINDO COM EXTENSA LACERAÇÃO NA FACE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EXAME FÍSICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.062-470
Teresina-PI

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TRAUMA DE FACE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

T010 - FERIMENTOS ENVOLVENDO A CABEÇA COM O PESCOÇO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

12/02/2019

VANESSA ROCHELE SOARES COSTA

DATA ADMISSÃO

11/02/2019 11:49

DATA ALTA

14/02/2019 11:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CPF: 00039202321

CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

Acidente de Trânsito

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

CPF: 07939400363

CRM:

DATA ANÁLISE: 26/02/2019 16:32:43

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Francisco Kleyton Ferreira Lima
Diagnóstico pré-operatório Laceração na face
Operação - Tipo Reconstrução de face
Cirurgião Dr. Vanessa 1º Assistente Estudante
2º Assistente _____ 3º Assistente _____
Instrumentador(a) Nelida Anestesista Adriano Anestesia Geral
Anestésico(a) _____
Data da Operação 10/02/19 Início 17:00 Fim 18:00
Diagnóstico Pós-operatório _____

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico.
- ② Antissepsia + colocação de campos.
- ③ Desbridamento e sutura de lesões na face após hemostasia.
- ④ Curativo



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N°
Proc. N°
Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Fco Kleyton Ferreira DATA: 11/02/19
DIAGNÓSTICO: Politraumatizado PRONTUÁRIO N°: 19868
ANESTESIA: geral (cicatriz da face)
CIRURGIÃO: Vanessa N° DA SALA: 01
AUXILIAR: Estudante CPF N°:
ANESTESISTA: Adriano CPF N°:
INSTRUMENTADORA: Wekda CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA N° 710	PAR	01	
AGULHA 40x12	UNID.	01		LUVA N° 645	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL 14	UNID.	01	
JELCO N° 20	UNID.	01		escova	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:	05		
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				leito do	01		
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				crepom			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 5.0	04						
FITA UMBILICAL							
VICRYL				ENFERMARIA:			
PROLENE				CIRCULANTE:	Guilene		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Lapa C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina, PI

FOLHA DE ANESTESIA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

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

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Francisco Kleiton Fereira		Nº DE REGISTRO																																																																	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO																																																																
31/02/19																																																																					
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA																																																																
EXAMES DE URINA					DOS. URÉIA																																																																
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA																																																																					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA																																																																	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONquite																																																																
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO																																																																	
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	OUTROS																																																																
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS																																																																	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS																																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>OXIGÊNIO</th> <th colspan="2">TOTAL DE DOSES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 100% O₂</td> <td>17:30</td> <td>1) Monit. ECG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 100% O₂</td> <td>18:00</td> <td>2) Venoclise</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 100% O₂</td> <td></td> <td>3) Indução</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>4) Manobra de Laryngeal</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>5) 5,0</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>6) 5,0</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>7) 5,0</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>8) 5,0</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9) 5,0</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>10) 5,0</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>11) 5,0</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>12) 5,0</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>13) 5,0</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>14) 5,0</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>15) 5,0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES		1. 100% O ₂	17:30	1) Monit. ECG		2. 100% O ₂	18:00	2) Venoclise		3. 100% O ₂		3) Indução				4) Manobra de Laryngeal				5) 5,0				6) 5,0				7) 5,0				8) 5,0				9) 5,0				10) 5,0				11) 5,0				12) 5,0				13) 5,0				14) 5,0				15) 5,0	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES																																																																			
1. 100% O ₂	17:30	1) Monit. ECG																																																																			
2. 100% O ₂	18:00	2) Venoclise																																																																			
3. 100% O ₂		3) Indução																																																																			
		4) Manobra de Laryngeal																																																																			
		5) 5,0																																																																			
		6) 5,0																																																																			
		7) 5,0																																																																			
		8) 5,0																																																																			
		9) 5,0																																																																			
		10) 5,0																																																																			
		11) 5,0																																																																			
		12) 5,0																																																																			
		13) 5,0																																																																			
		14) 5,0																																																																			
		15) 5,0																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>TÉCNICAS</th> <th>INCIDENTE - ACIDENTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>General balanceado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Intubação de traqueia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cirurgias</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANESTESISTAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Adriano - Rego (R2)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PARTICULARIDADES</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						TÉCNICAS	INCIDENTE - ACIDENTE	General balanceado		Intubação de traqueia		Cirurgias		ANESTESISTAS		Adriano - Rego (R2)		PARTICULARIDADES																																																			
TÉCNICAS	INCIDENTE - ACIDENTE																																																																				
General balanceado																																																																					
Intubação de traqueia																																																																					
Cirurgias																																																																					
ANESTESISTAS																																																																					
Adriano - Rego (R2)																																																																					
PARTICULARIDADES																																																																					

Dra. Regina Bezerra
Médica
CRM/PI 5920



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA** (Prontuário: 198681)
Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 09/06/1993 Idade: 25a8m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 707198
Requisição: 920676 Solicitação: 11/02/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
Controle: 1152834 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 11/02/2019

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.

RELATÓRIO:

- AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DE PARTES MOLES NA REGIÃO TEMPORAL E PERIORBITÁRIA À ESQUERDA.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

OBS: FRATURA OBLÍQUA NO CÔNDILO MANDIBULAR À ESQUERDA.

(UIS CÉZAR)

TERESINA - PI 11/02/2019



MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

Prontuario:

198681

Internação:

232852

Nome: **FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA**

End. Resid.: RUA LOURIVAL MESQUITA 1127 - SANTA MA. CODIPI

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:

Masculino

Nascimento:

09/06/1993

Idade:

25a6m2d

Estado Civil:

União Estável

Profissão:

SERVENTE

Internação

Alta

Permanência

Data

11/02/2019

Hora

17:36

Data

14/02/2019

Hora

10:30

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

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

Diagnósticos: *Fratura de mandíbula (condilo).*

Cod. CID:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

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

lesão em face anterior e maxila superior.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Fratura de condilo, sem necessidade de tratamento cirúrgico, tratamento conservador.

MEDICAÇÕES:

Amoxicilina 500mg / Clamoxil 100mg / Dipirona 500mg.

CIRURGIA: Data: *14/02/2019* Tipo:

Redução e sutura da fratura maxila superior.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Encaminhamento Ambulatorial, encaminhamento para Otorrinolaringologista.

Tipo de Alta: () Curado (x) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa () Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

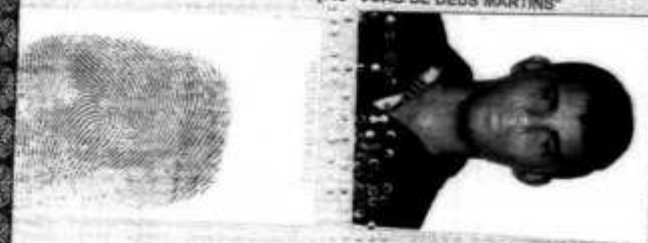
Nome:

Dr. Wesley Lima Andrade
Especialista em Traumatologia
Bucco Maxilo Facial
CRM 4032 PI

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Francisco Kleyton Ferreira Lima
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

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

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.418.214 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/02/19

FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

FILIAÇÃO ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA
ANTONIO DOCA FERREIRA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 09/06/1993

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 235800 L A292 F 339
EXP TERESINA-PI 16/04/96
066.059.163-44

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476253

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 529 L 81/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170281302 Nº 013404777424
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD-RENAVAM 182575969 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
DORISVAL GUILHERME COSTA

CPF / CNPJ 70567824349 PLACA NIP-2108

PLACA ANT. UF CHASSI 9C2JC4110AR553567

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLO/NEHUMA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 002P/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

PAGA PVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO SEGU PAGO OBRIGATORIO

A/FIDOCUMADMINISTRADORA DEI CONSENHO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA DATA 7/8/2018

ASSINATURA DO REPRESENTANTE
DIRETOR-GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013404777424 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 2018 DATA EMISSÃO 7/8/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 70567824349 PLACA NIP-2108

RENAVAM 182575969 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2009 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C2JC4110AR553567

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) 81,28 DENATRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 COTA A SER PAGO (R\$) 185,50

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 03/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

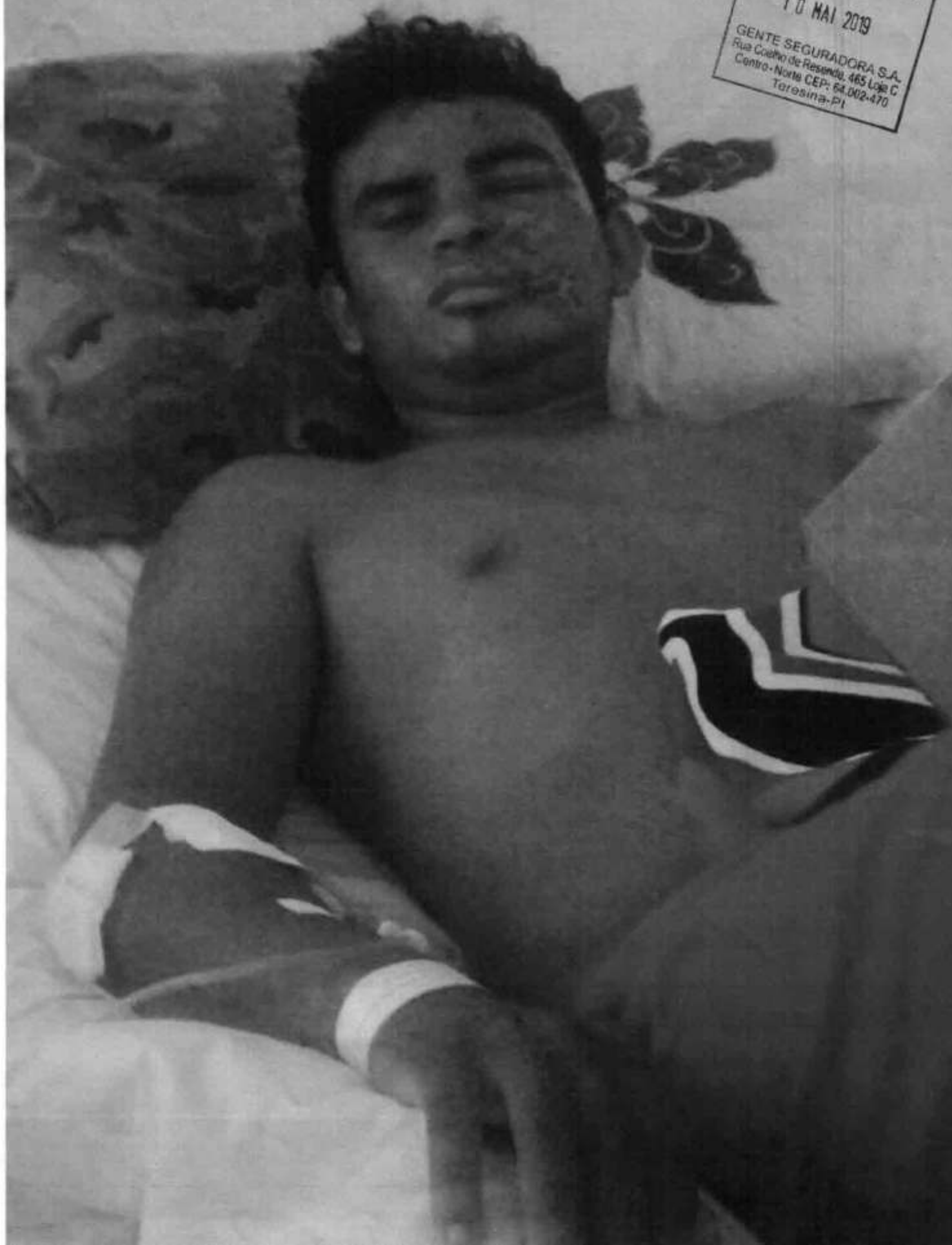
10 MAI 2019

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Celso de Rezende, 465 Lapa C
Centro - Niterói CEP: 64.002-470
Teresópolis - RJ

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317171 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-TRAUMA FACIAL
-LACERACOES E ESCORIAÇOES
-FRATURA OBLIQUA NO CONDILO MANDIBULAR A ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM FACE, COM CEFALIA, COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

Resultados terapêuticos: ASSIMETRIA FACIAL E ALTERACAO ANATOMICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/05/2019

Conduta mantida:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317171 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-TRAUMA FACIAL
-LACERACOES E ESCORIAÇOES
-FRATURA OBLIQUA NO CONDILO MANDIBULAR A ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM FACE, COM CEFALIA, COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

Resultados terapêuticos: ASSIMETRIA FACIAL E ALTERACAO ANATOMICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317171 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA MANDIBULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317171 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA MANDIBULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME: Francisco Kleyton Ferreira Lima			
RG: 3.418.214	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 19/02/19	
CPF: 066-05916344	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Sargento	
ENDEREÇO: Rua Lourival Mesquita			Nº: 1133
COMPLEMENTO: casa		BAIRRO: Sta Maria da coelha	
CIDADE: Teresina	ESTADO: PI	CEP: 64	TELEFONE: 995346565

NOME: <i>Nelle Roze Soares Marques</i>			
RG: <i>4.119.262/0</i>	ORG. EMISSOR: <i>SSP/RS</i>	D. EXPEDIÇÃO: <i>23/09/14</i>	
CPF: <i>84017317391</i>	ESTADO CIVIL: <i>Solteira</i>	PROFISSÃO: <i>Recusante</i>	
ENDEREÇO: <i>Rua 24 de janeiro</i>			Nº: <i>544</i>
BAIRRO: <i>Centro norte</i>	CIDADE: <i>Terezina</i>	UF: <i>PE</i>	CEP: <i>64.000-238</i>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

Data do acidente de trânsito: 30/02/2019

Cobertura da vítima : Invalides

LOCAL / DATA: Tessina fuori 25/03/19

* Francisco Klodian Ferreira Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)

**CARTÓRIO 52 - OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS**
Rua Barroso, 91/Sul - Centro
Teresina-Piauí - (86) 3221-6665
Marta Luiza Moreira Tojo Melo
Tábita Interina

RECONEHCEDO POR AUTENTICIDADE A FIM DE: FRANCISCO ALEXTON
FERREIRA LIMA DOU FE. EM TEST. DA VERDADE
TERESINA-PJ, 23/03/2019. Eml: 13.85. Tjfo-77
Selo: 0,26 Telf: 1.98 Selo: BR 1.199. F40DP31
FMP: 0,11

CARTÃO DE OFÍCIO DE NOTAS
E PROTOCOLOS
Plataforma de Trabalho
Escritório de Trabalho
Tecnologia de Trabalho

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0157546/19

Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

CPF: 066.059.163-44

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 10/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO KLEYTON
FERREIRA LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA : 066.059.163-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/05/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/05/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

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: 06/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000092976-9

Nr. da Autenticação F16236E5ADF9CF35

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190317171

Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190317171

Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190317171

Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190317171

Vítima: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000092976-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	066.059.163-44	Francisco Kleyton Ferreira Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		
Francisco Kleyton Ferreira Lima		
Profissão:	Endereço:	CPF:
Servente	Rua Lúcia de Jesus	066.059.163-44
Bairro:	Cidade:	Número:
STÁ Maria da Piedade	Teresina	1133
E-mail:	Estado:	Complemento:
	PI	Casa
	CEP:	
	64012-430	
	Tel.(DDD):	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0004 ☐ CONTA: 92976 ☐ 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário em atendimento

Local e Data, Teresina - Piauí 29/05/19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU
DATA: 27/05/2019 HORA: 10:29:18
TERMINAL: 20041026 CONTROLE: 200410260209

AGENCIA: 2004 - AREOLINO DE ABREU,
CONTA: 013.00092976-9
CLIENTE: FRANCISCO KLEITON F LIMA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ÚLTIMOS 30 DIAS

MOVIMENTAÇÃO			
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR

SALDO ANTERIOR

RESUMO EM 24/05
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO DISPONÍVEL
SALDO BLOQUEADO
SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 JUN 2019

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 066.059.163-44 Nome completo da vítima: Francisco Kleyton Ferreira Lima

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

Nome completo: Francisco Kleyton Ferreira Lima CPF: 066.059.163-44
Profissão: Servente Endereço: Rua Lomival Mesquita Número: 1133 Complemento: Casa
Bairro: STª Maria de Lódipi Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64012-430
E-mail: _____ Tel. (DDD): 186 99534-6568

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2004 ☐ CONTA: 92976 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, por invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Teresina - Piauí 22/04/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
Teresina-PI

**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

Número do Sinistro: 3190317171
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Kleyton Ferreira Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Lourival Mesquita, 1133
Santa Maria da Codipi Teresina PI CEP: 64012-430
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3418214
Data local do acidente: [10/02/2019]
Data local do exame: [21/05/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-TRAUMA FACIAL
-LACERACOES E ESCORIAÇOES
-FRATURA OBLIQUA NO CONDILO MANDIBULAR A ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: RECONSTRUCAO CIRURGICA EM REGIAO DE FACE
Complicações: DANOS FACIAIS
Data da Alta: 10/03/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PACIENTE EVOLUI COM DOR EM FACE, COM CEFALEIA, COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DANO FACIAL COM DOR EM FACE, COM CEFALEIA, COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME. APRESENTA ÍNDICE DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO LEVEMENTE PREJUDICADO, COM DOR NA MOVIMENTAÇÃO DA MANDÍBULA DURANTE UM MOVIMENTO, DOR NA ATM A PALPAÇÃO LATERAL E ALTERAÇÕES NA FUNÇÃO DA ATM A PALPAÇÃO DOS MÚSCULOS MASTIGATORIOS.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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 sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente 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):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% 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 |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001071/2019-06

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 22/03/2019 - 10:16

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. POTY VELHO, Nº:

Complemento

51 8847

Data/Hora

10/02/2019 - 22:00

Bairro

POVOADO

Ponto de Referência

CHURRASCARIA ANCHIETA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CLEIDIANE FERREIRA LIMA

RG: 2995365 PI

Mãe: ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA

Pai: ANTONIO DOCA FERREIRA

Endereço: Q-108, C-20, Nº

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8852-6305

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA

RG: 3418214 PI

Mãe: ROSA CORDEIRO FERREIRA LIMA

Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA, Nº 1133

Bairro: SANTA ROSA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA



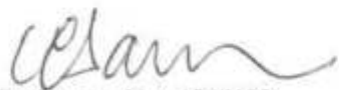
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE, IRMÃ DA VITIMA, RELATA QUE A VITIMA CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA NIP-2108-PI, COR PRETA, RENAVAM 182575969, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO CAIU AO DESVIAR DE ANIMAIS NA PISTA. FOI SOCORRIDO POR CARLOS HENRIQUE VAZ DA SILVA, QD-108, CS-20, JACINTA ANDRADE, E LEVADO PARA O HOSP. MARIANO GAYOSO C. BRANCO, DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HUT. (PRONT. 198681). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


CLEIDIANE FERREIRA LIMA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 516001965	Nº REGULAÇÃO: 60423	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 5973457 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO - (86) 3217-3267		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: CIRURGIA GERAL		
PACIENTE: FRANCISCO KLEYTON FERREIRA LIMA		NASCIMENTO: 09/06/1993

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE DE 26 ANOS DEU ENTRADA NA UNIDADE VITIMA DE TCE APOS ACIDENTE COM MOTOCICLETA. AO EXAME: ACV EM 2T, BNFAP MV + SEM RAPA: 160 X 110 MMHG PRESENÇA DE MULTIPLAS LESÕES CORTO-CONTUSAS EM REGIÃO CEFÁLICA E FACE COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

DIAGNÓSTICO(CID): OUTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DA CABECA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 160x110(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 104bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:**

GLICEMIA: 163mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATODIPIRONA



DATA: 10/02/2019 23:50:37

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

OBS: O paciente continua com vaga reservada no estabelecimento de origem até a data 11/02/2019 e horário 03:37h. Caso seja necessário internar o paciente no estabelecimento de destino, o mesmo deve contactar o estabelecimento de origem para registro da alta.

17.577.205/0002-18
HOSPITAL MARIANO CASTELO BRANCO
Avenida Francisco Nogueira S/N - Santa Rosa
CEP: 64012-000
Teresina - PI

DADOS DO CLIENTE

MORADOR: ANTONIO DOCA FERREIRA DA SILVA
RUA LOURIVAL MESQUITA, 1133-STA MARIA DA CODIPI-TERESINA-PI-
cep.64012430

MATRÍCULA: 13694944-4

GRUPO: 18

LOCALIZAÇÃO: 018-00038-001120

HIDRÔMETRO: Y14N302281

ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial Normal

HISTÓRICO DE CONSUMO

Referência	Tipo	Leitura	Lido	Faturado	Data
06/2018	Lido	1284	23	23	
07/2018	Lido	1306	22	22	
08/2018	Lido	1334	28	28	
09/2018	Lido	1356	22	22	
10/2018	Lido	1383	27	27	
11/2018 (Anterior)	Lido	1407	24	24	27/11/2018
12/2018 (Atual)	Lido	1426	19	19	26/12/2018
Data Aprox. Próx. Leitura					28/01/2019

Dias de Consumo: 29

Média Consumo Diário (m³): 0,8621

Média Consumo Mensal (m³): 25

FATURAS PENDENTES

Referência	Vencimento	Valor (R\$)
------------	------------	-------------

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

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

DESCRIÇÃO DOS ITENS FATURADOS

	Valor (R\$)
VALOR REFERENTE AGUA - 72 22	
> Residencial Normal 19m³	72,22
JUROS DE FINANC. PARCELAMENTO 002	4,93
JUROS DE PARCELAMENTO 002/005	3,35
MULTA DO PARCELAMENTO 002/005	1,58
PARCELAMENTO 002/005	93,59

Demais Lançamentos

0,00

TOTAL A PAGAR

175,67

MENSAGEM

Conforme Art. 2º da Lei 12.741 de 08/12/2012, informamos que sobre o valor da fatura incide os seguinte tributos: PIS e COFINS.

A ÁGUAS DE TERESINA DESEJA UM FELIZ NATAL E UM PROSPERO ANO NOVO!..

LEI 12.741/2012

PIS/PASEP = $0,00 \times 1,65\% = 0,00$

COFINS = $0,00 \times 7,60\% = 0,00$

*** NOTIFICAÇÃO ***

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art.6, §5, inciso II.

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIAS/MES	VALOR PERMITIDO
Cloro Livre	3.122	3.100	22	1.33	0,2-5,0 mg/L
Cloro Aparente	3.102	3.094	8	3.19	inferior a 1,5
pH	3.119	3.074	45	6.82	6,00-9,50
Turbidez	3.128	3.101	27	0.99	inferior a 5
Conformes To	993	992	1	Ausência	Ausente

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIAS/MES	VALOR PERMITIDO
Escherichia Coli	993	993	0	Ausência	Ausente

O pagamento desta fatura após o vencimento implicará em aplicação de multas e juros que serão cobrados na próxima fatura.



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de energia autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO...

SEU CÓDIGO

019573937

Nº de Nota Fiscal 019573937

A Taxa Social de Energia Elétrica - TSE, foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

DATA MÊS

MARCO/2019

VENCIMENTO

02/04/2019

CONSUMO (kWh)

243

TOTAL A PAGAR (R\$)

250,50

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

CENTRO NORTE

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	19968	Atual:	26/03/2019
Anterior:	19725	Anterior:	22/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/04/2019
Consumo Medido:	243	Emissão:	25/03/2019
Consumo Faturado:	243	Apresentação:	26/03/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
Código de Irregularidade:	FCAM		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	201

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
FEV/19 297	CONSUMO 243 A R\$ 0,927609 =	225,40
JAN/19 365	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	18,18
DEZ/18 57	CORRECAO MONETARIA IG 02/19-00	0,01
NOV/18 0	MULTA POR ATRASO 02/19-00	5,68
OUT/18 96	JUROS POR ATRASO 02/19-00	1,23
SET/18 299		
AGO/18 232		
JUL/18 184		
JUN/18 208		
MAI/18 211		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 243 - 0,623668

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAI 2019

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

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 25/03/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO	18A4.D38B.602A.C8BF.8015.0A8B.8C3D.47FE
COMPOSIÇÃO DA CONTRA - R\$	
Distribuição:	43,75
Energia:	84,50
Transmissão:	14,30
Encargos:	9,01
Tributos:	73,84
IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Base de Cálculo:	225,40
Aliquota ICMS:	27,00%
Valor do ICMS:	60,85
Valor do PIS:	1,41%
Valor do COFINS:	6,49%
	10,67

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rize Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Kleyton Ferreira Lima inscrito
(a) no CPF sob o Nº 066.059.163/44 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima
Francisco Kleyton Ferreira Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.059.163/44 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019
GFA Líder - DPVAT
RUA COELHO DE RESENDE, 465 LOJA C
CENTRO-NORTE CEP: 64.002-470
TERESINA - PI

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua 24 De Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Terresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 99534-6565</u>

Terresina, 22 de Abril de 2019
Local e Data

Nelle Rize Soares Marques
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Dorisval Guilherme Costa

RG nº 1.341.502, data de expedição 04/08/17

Órgão Secretaria de Segurança, portador do CPF nº 70567824349

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua - Braz Honorio, nº 1328

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Francisco Kleyton Ferreira Lima, cujo o condutor era

Francisco Kleyton Ferreira Lima

Veículo: motocicleta Modelo: Honda/CG 125 FANTAS Ano: 2009/2010

Placa: NFP 2108 Chassi: 9C2JC4110AR553567

Data do Acidente: 10/02/19

Local e Data: Teresina 19/02/19

x Dorisval Guilherme Costa
Assinatura do Declarante

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio de Albuquerque, 1021 - Centro - CEP: 64020-000 - Teresina-PI - Fone: (085) 3211-0119 - E-mail: atendimento@cartoriopiaui.com.br
Endereço: Antônio Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DORISVAL GUILHERME COSTA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 19/02/2019.
www.tjpi.jus.br/portalexta. Selo: AAB12557-BFFK

JUDITE DE CASTRO CARDOSO, Escrevente Autorizada
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FIMOP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 295
DECLARAÇÃO

3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Comprossada
Teresina - PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 MAI 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI