

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface (PJe) for a civil process.

The main title bar reads: PJe ProceComCiv 0821547-58.2020.8.18.0140 □

The page header includes: MARIA SORRO GONCALVES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE... □

Left sidebar (Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 26/10/2020 10:29:45):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12711208 - CONTESTAÇÃO
 - 12711209 - CONTESTAÇÃO (2760004 CONTESTACAO 01)
 - 12711219 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12711223 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12711224 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12711226 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Central content area:

12711209 - CONTESTAÇÃO (2760004 CONTESTACAO 01)

downloadBinario.seam 1 / 10

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Right sidebar (status bar): PT 10:29 26/10/2020



Número: **0821547-58.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **27/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA SOCORRO GONCALVES (AUTOR)	GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12711 219	26/10/2020 10:29	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



NOME DO PACIENTE: MARIA DO SUCORRO GONÇALVES

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 507 143

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 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

OLETIM DE ENTRADA (BE)

NHEOg00100

Imp: 31/03/2019 21:25:33

(User: SALUSTIANO)

(Estação: ESTABILIZACAO001)

DOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES		Prontuário: 507143
Mae: URCULA SIMAO DE SOUSA		Pai: JOSE GONCALVES MOREIRA
End.Resid.: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 03/02/1948	Idade: 71alm28d	Sexo: Feminino Fone: 86-99536-2517
Responsável: FRANCISCO WELLINGTON		CNS: 898002932011458
Profissão:		Documento: RG: 2046657 - PI
Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)

DOS DO ATENDIMENTO:

Ap: 714877	Entrada: 31/03/2019 21:04:00	Convênio: S D S	Proced: 0301060061
Ivo da Procura			
Informa Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

nal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
eve História Clas. Risco:		

SVV:	(Hora: ____ : ____)			
SO: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU - ATROPELAMENTO - APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM MID ; TRAUMA FACIAL .
PACIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA.

TENSAS ISOCORICAS E FOTO +

ICP FISIOLOGICA

IBD FLACCIO SEM ESCORIAÇÕES, INDOLOR A PALPAÇÃO

PA 125/60 FC 70 SPO2 100 FR 12

Significado Inicial:	CID:
----------------------	------

xames Complementares:	+ TC crânio/neck Survey (Pain) RX MT.
-----------------------	--

Prescrição Médica:

FISIOLOGICO 0.9 1000 ML IIV AGORA

CATETER NASAL 4L/MIN

VALIACAO - CIR GERAL/ NEUROCIRURGIA/ ORTOPEDIA/ BUZO MAXILO

CD: AO CC

Objetivo da Alta/Encerramento:	
Observação (Adulto)	DATA: / / - HORA: : Colaborador: _____

Assinatura Fazitente ou Responsável

SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
3912 Em: 31/03/2019 21:25:30

Cirurgia Gen. 31/03/19. 21:45

Vítima de Atropelamento.

Abdome flácido, desvascularizado, ecdônico
Eupneia, MVO bilateral.

TC torax e Abdome normais.

Alto da circunferência aeréa.

A arteriografia (fratura exposta) Mesocôndilos

Dr. Mauro Alves
Cirurgia Geral / Endovascular
CRM-MG 14227

Pele ressecada: 31/03/19

intima de atropelamento

GSC 15, m/px

TC de rotina: normal

AC de coluna cervical: 8º grau de rotura faceta

Coluna operada acima de nível
alto da cervic

1/4/2019 (Varredura)

Dr. João Alfredo
Angiologista
Cirurgia Vascular e Endovascular

Findings Intra-operatório:

Fratura exposta Ptx - proximal clavicularmente na

parte D.

for lápnum PS 70 x 40 mmHg. FC 75 bpm

for lápnum PS 70 x 40 mmHg. FC 75 bpm

Anular de varas no fêmur inferior um pouco distal.

Pulso palpável +3/+3. Pulso distal não palpável.

Neurite com 1º bon aspecto, sangrante.

Neurite com 2º bon aspecto, sangrante.

Neurite com 3º bon aspecto, sangrante.





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

Município de São Paulo

15

Municipal
de Saúde

MÉDICO/CRM:

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 4

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA /0008

NOME DO PACIENTE:	Márcio Sálo [redacted]			PROTÓTIPO Nº:	507143
DIAGNÓSTICO:	Hipertensão arterial			CIRURGIA:	L.M.C
ANESTESIA:	Dre ALYNE			Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Dr. RICARDO			CPF Nº:	
AUXILIAR:	ACADEMIA			CPF Nº:	
ANESTESIA:	RAQUE			CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	ANA GLAYDES			CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 1,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 3,0	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	50		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	70		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
SCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	07	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	01		ESINUAS	—	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				MURIM	—	06	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				CREPOM	—	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				SULFA SE AZINA	—	80	
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	FABÍOLA LUCIANA		
PROLENE							





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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: Maria Sceno Gonçalves		Prontuário:	Data: 10.05.19
Sexo: () Masc. (x) Fem.	Idade: 31	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): LMC de punha D		Apto? () Sim () Não	
ANAMNESE			
1 - Patologias cardiocirculatórias	() Sim	() Não	
2 - Patologias respiratórias	() Sim	() Não	
3 - Antecedentes patológicos	() Sim	() Não	
4 - Convulsão	() Sim	() Não	
5 - Passado anestésico cirúrgico	(x) Sim	() Não	Fixador externo M/D n/a nequi
6 - Transfusão sanguínea	() Sim	() Não	
7 - Iso de medicação	() Sim	() Não	
8 - Alergia	() Sim	() Não	
9 - História familiar de complicações anestésicas	() Sim	() Não	
Observações: Tudo ok Ar. cardiológico em ótimo			
EXAME FÍSICO			
PA: 118 x 72	P脉: 95 () arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)	
1. Respiratório	() Normal	() Alterado	
2. Cardiovascular	() Normal	() Alterado	
3. Neurológico	() Normal	() Alterado	
4. Abdome	() Normal	() Alterado	
5. Vias aéreas	() Possível VAD		
extremidades	() Normal	() Alterado	
EXAMES COMPLEMENTARES			
HB	9.4	TP / RNI	Uréia 23
HT	29.8	TTPa	Creatinina 0.7
Plaquetas	573.000	Glicemia	RX Tórax
ECG:			
ECO:			
Assinatura: [Signature]			
ASA: II	Anestesia proposta: () Geral (x) Outro: Ra gasa		
OBSERVAÇÃO DE CRPA:			
Anestesiologista: Dra. Ana Paula Lima Melo Médica Anestesiologista CRM 14.7127	CRM:		
MOD. 076 - HUT			





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Mario Sobral (edg) (M)

Diagnóstico pré-operatório

infecção (M) (M)

Operação - Tipo

limpeza e seco

Cirurgião

DR. MARIO S. SOBRAL

1º Assistente

ACADÉMICA

2º Assistente

DR. MARIO S. SOBRAL

3º Assistente

Instrumentador(a)

DR. MARIO S. SOBRAL

Anestesiista

DR. ALYNE

Anestesia

Anestésico(a)

DR. MARIO S. SOBRAL

Data da Operação

10/05/19

Inicio

16:00

Fim 16:40

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Mário S. SOBRAL

DR.

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Aberto o abdômen
expondo colo do fígado
côlon, cônus
aberto e rotado o
côlon do lado e expõe
o vaso sanguíneo
côlon

DR. RICARDO VALERIO
Médico - Traumatologista
CRM-PI 2266 TEOF 11300

Mod. 76 HUT



HU	FICHA DE ANESTESIA			FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA									
Nome: <u>Maria Socorro Gonçalves</u>			Sala: <u>09</u>	Alergia: <u>o</u>	Data: <u>10.05.19</u>								
Procedimento: <u>LHC parna D</u>		Cirurgião: <u>Dr Ricardo</u>	Observações:										
Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Bupi Prede	mg	10											
2 Cevoforing	g	2											
3 Dicumarina	mg	5											
4 Dipirona	g	2											
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatile	%												
Acesso Vascular													
<input checked="" type="checkbox"/> Periférico <u>M5D</u>													
Cat. Venoso nº <u>4</u> G													
<input type="radio"/> Dificuldade aces. venoso													
Gaslos __ cateteres													
<input type="radio"/> Central _____													
Via Aérea													
150													
<input type="radio"/> Cateter nasal													
<input type="radio"/> IOT nº _____													
<input type="radio"/> LMA nº _____													
Monitorização:													
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscopia													
<input checked="" type="checkbox"/> PANI													
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso													
<input type="radio"/> ETCO2													
<input type="radio"/> Outros													
Anestesia:													
<input type="radio"/> Geral Venosa													
<input type="radio"/> Geral Balanceada													
<input checked="" type="checkbox"/> Raquianestesia													
<input type="radio"/> Peridural													
<input type="radio"/> Bloqueio Periférico													
<input type="radio"/> Outros													
Decúbito: <u>Pronad</u>													
SPO2 (%) <u>94 99 98</u>													
ETCO2 (mmHg)													
Aces. Venoso <u>SE 0,97 500</u>													
Aces. Venoso													
Diurese													
Perdas Sanguíneas													

Descrição da Anestesia: Puncão subaracnóide no técnico aseptico, mediane L3/L4, lírica e atranumática, com retorno do LCR claro, & quixes à injeção do anestésico.
Anestesia Durante 45.

DR. Ana A. Lima Melo
MÉDICA ANESTESESCOPISTA
CRM-PI 1123
Anestesiologista



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES		ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			APLICADO AS		EFEITOS		
					TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3						
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C° 36	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO						SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS						INCIDENTE - ACIDENTE CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							

MOD 76 - HUT





REQUISIÇÃO DE PARECER

NAME	Maria Ido Soárez Gonçalves	PRONTUÁRIO	507 143
DA CLÍNICA	Oftopedia	LEITO	2381259
À CLÍNICA	BILIO		

MOTIVO DA CONSULTA

fractura BOG.

Dr. Ricardo Valença
Oftopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEC: 11305
Tel: (86) 98884-0561

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

DATA: / /

PARECER

Paciente vítima de trauma em face. Ao exame clínico paciente apresenta fratura do condilo mandibular direito, luxação de dentes basais após o trauma.

As imagens radiográficas apresentam fratura do condilo direito, com hincadinhos de desaparecimento ambulatório.
Condução: Tratamento conservador e encaminhamento ambulatorial.
Atto do buco-máximo.

Dr. Wesley Lima Andrade
Especialista em Odontologia
Orto-Máximo Facial
CRM-4033 PI

04/04/2019

→ SIC

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

238603

R

203628

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	238603

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES	6 - Prontuário: 507143		
7-CNS: 898002932011458	8-Nascimento: 03/02/1948	9-Sexo: Feminino	RG: 2046657 - PI
11-Mãe: URCULA SIMAO DE SOUSA			12-Fone: 86-99536-2517
13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - 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:

- Infecção em perna

21 - Condições que justificam a internação:

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

3-Diagnóstico Inicial: Traumatismos superficiais múltiplos não especificados	24-CID Prin: T009	25-CID Sec.: _____	26-CID C.Ass.: _____
---	--------------------------	--------------------	----------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	29-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA	Tempo: 5
-----------------------------------	--	-----------------

29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 04/05/2019	35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM):
-----------------------	-------------------------------	-----------------------	--	--	--	---------------------------------

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora: _____	40-No. Boleto: _____	41-Série: _____
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa: _____	43-CNAE Empresa: _____	44-CBO: _____
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:	(<input type="checkbox"/>) Empregado	(<input type="checkbox"/>) Empregador	(<input type="checkbox"/>) Autônomo	(<input type="checkbox"/>) Desempregado	(<input type="checkbox"/>) Aposentado	(<input type="checkbox"/>) Não Segurado
---------------------------------	--	---	---------------------------------------	---	---	---

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
--	----------------------	---------------	--------------------	---------------------------------

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	usuário: FERNANDOGASTRO
	Consulta Local: 714877
	Consulta SUS: _____



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 203628 AIH: 2219100353789	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO			

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE MARIA SOCORRO GONCALVES		NASCIMENTO 03/02/1948	SEXO F	PRONTUÁRIO 507143
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE URCULA SIMAO DE SOUSA RESPONSÁVEL FRANCISCO WELLIGTON		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO 64000010 QD 06 C8 07			NUMERO / LOTE S/N	
BAIRRO	COMPLEMENTO ESPLANADA		MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
INFEÇÃO DE PERNAS D

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO
CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
CARATER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 04/05/2019	DURVAL TERCIO NUNES LEAL CRM: CRM:
DATA ADMISSÃO 04/05/2019 09:00	DATA ALTA 10/05/2019 17:02	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	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)) LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIA CPF: 09623442300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CRM: DATA ANÁLISE
DATA ANÁLISE: 09/06/2019 08:53:37	CRM: DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:
REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Maria Soárez González N° PRONT.: 507143 N° LAUDO: 231603

- ALTA HOSPITALAR
- PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
- PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
- PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
- TRANSFERÊNCIA
- DEVASÃO
- ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO



José Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

DATA: 10/05/19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maria do Socorro Gonçalves IDADE 71 anos DATA 04/05/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 40 min TIPO DE ANESTESIA()GERAL()RAQUE()BLOQUEIO()PERIDURAL()SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Lnc de MTD CIRURGIÃO J. Freitas

SINAIS VITais	HORÁRIO				
	ADMISSÃO	11:00	12:30	13:00	SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	74x46	84x46	96x61	107x60	112x59
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	73	72	62	58	54
SATURAÇÃO DE O2 (%)	97%	98%	98%	98%	98%
TEMPERATURA AXILAR (0°C)	-	-	-	-	-
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	-	-	-	-	-
NOME/ MATRÍCULA	<u>Anunciado</u>				

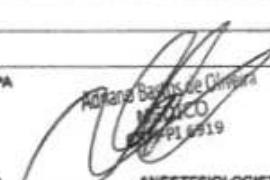
ÍNDICE DE ALDRETTEE KRouLIK

TIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	ADMISSÃO			SAIDA
			2	1	0	
RESPIRAÇÃO	Movimenta dois membros	1	1	1	0	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O2	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0	0
	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	5
ESCALA DE DOR ACTA	0	1	2	3	4	5
TOTAL	07					10
ASS.	Jairo Francisco de M. Freitas ENFERMEIRO COREN-PI 15739					J

() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOGIENASO
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:40 - Admitida em RPA no por do sol de MTD
 Converteu para ventilação espontânea, em ar ambiente, sem auxílio de
 ventilador (respiração hipotônica).
 Jairo Francisco de M. Freitas
 ENFERMEIRO
 COREN-PI 15739

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA HORÁRIO
	Horário: 08:00 Data: 04/05/2019 Assinatura: 

EMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

[] [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] MORT [] NEU [] CIR [] MÉD]



BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/05/19

NOME DO PACIENTE: <u>Maria do Socorro Gonçalves</u>		BRONTOUÁRIO Nº: <u>507143</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Hiran Meneses dos Santos</u> CRM 10722 - CPF: 014.546.173-49	CIRURGIA:
ANESTESIA:	<u>Dra. Cidiane EST-PI</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO:		CPF Nº:
AUXILIAR:		CPF Nº:
ANESTESIA:	<u>Rogério</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	<u>Benedita</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>7,0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>8,5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>03</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>300</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>150</u>		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>60</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE-NR <u>repon</u>	UNID.	<u>0,3</u>		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>03</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>elétricos</u>	"	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>Reparo</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON		<u>2-0 02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Berenice</u>			
PROLENE							





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Mário do Socorro Valenga		
Diagnóstico pré-operatório	Lesão das artérias Peronéas		
Operação - Tipo	Linfadenectomia		
Cirurgião	Dr. Ricardo Valenga	CRM: 3756 TEC: 11305	1º Assistente
2º Assistente			3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			

Data da Operação	04/05/19	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista	<i>(Handwritten signature)</i>		
Acidente Durante a Operação			

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
<i>Abordagem de relatores artérias celíacas espleno + Chilostomia enzima oper e fase 1 adi</i>			
<i>Dr. Ricardo Valenga Ortopedia - Traumatologia CRM: 3756 TEC: 11305</i>			

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

MOD 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691>
Número do documento: 20102610294378300000012024691

Num. 12711219 - Pág. 18



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 74048

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

213237

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES 5828856	Código c Internac 2404
4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES	6 - Prontuário: 507143
7-CNS: 898002932011458	8-Nascimento: 03/02/1948
9-Sexo: Feminino	RG: 2046657 - PI
11-Mãe: URCULA SIMAO DE SOUSA	12-Fone: 86-99536-251
13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON	14-Cor: Sem Informaç
15-Ender: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100
16-Munic: TERESINA	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Perdeu de sentimento em perna e pé D.R.

21 - Condições que justificam a internação:

A.S ALMA

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

ANAMSESE E EX. FÍSICO

23-Diagnóstico Inicial:

Outras afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo

24-CID Prim:

L988

25-CID Sec.:

26-CID C.Aux.:

Tensão S/B

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
-Cod.Proced.: 0401020029	27-Procedimento Solicitado: ENXERTO DERMO-EPIDÉRMICO	28-CID Prim:	29-CID Sec.:
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 657.421.173-53
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARCIO REGO DE ALMEIDA PASSOS	34-Data Solicitação: 05/06/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	Dr. Márcio R. A. Passos Cirurgião Plástico CRM - 3416

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico			
38-() Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CB0R:
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 30/10/19	48-Documento: CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Atend. CRM/PI CRM-PI 1039-CPF 7013032-8 CRN 20150040930004
--	----------------------------------	---------------------------	--------------------	--

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Vale Faz

Usuário: (VALDENICE MENDES)
Consulta Local: 714877

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 213237	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100438380	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		CNES 5828856	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		CNES 5828856	

CARTÃO SUS		NOME DO PACIENTE MARIA SOCORRO GONCALVES		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
DOCUMENTO CPF		TELEFONE	NOOME DA MÃE URCULA SIMAO DE SOUSA	NASCIMENTO 03/02/1948	SEXO F	PRONTUÁRIO 507143
CEP 64000010		ENDERECO - LOGRADOURO QD 06 CS 07		RESPONSÁVEL FRANCISCO WELLINGTON		NUMERO / LOTE S/N
BAIRRO ESPLANADA		COMPLEMENTO		MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PERDA DE SUBSTÂNCIA EM MID

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL L988 - OUTRAS AFECCOES ESPECIFICADAS DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0401020029 - ENXERTO DERMOEPIDERMICO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 05/06/2019	MARCIO REGO DE ALMEIDA PASSOS CRM: 63743/1733	
DATA ADMISSÃO 05/06/2019 15:00	DATA ALTA 24/06/2019 15:00	MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	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)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 888483291		NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA	
CRM:	DATA ANÁLISE: 09/06/2019 16:38:57	CRM:	DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

nk



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Maren Soares Góes</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Pérola da Subclínica em M/D</i>		
Operação - Tipo Cirurgião	Dr. Márcio R. A. Passos Cirurgião Plástico CRM-3416	
2º Assistente	1º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>05/06/10</i>	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Idem</i>		

Relatório Imediato do Patologista <i>Ribeiro</i>		
---	--	--

Acidente Durante a Operação		
-----------------------------	--	--

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

*Aspirado e Anseado
Retrato de Pele parcial com cotonete M/D com rendimento pequeno
Desbordamento de pele M/D
Nenhum
Colocando de pele parcial (cotonete) com prego com
pôlo nylon 4-0.
Curativo*

*Dr. Márcio R. A. Passos
Cirurgião Plástico
CRM-3416*





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/06/19

NOME DO PACIENTE:	Maria Sônia Góes	PRONTUÁRIO N°:	507143
DIAGNÓSTICO:	Perda de Sintoma	CIRURGIA:	Exame de placa
ANESTESIA:	Rogério	Nº DA SALA:	
CIRURGÃO:	Antônio Pappa DR. Márcio R. A. Passos CRM - 3016	CPF N°:	637421773-03
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESIA:	Dra. Antônia José	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Selenes	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

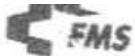
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 615.200 e 715	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 810 e 815	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	03		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	90	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	05	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	05	
JELCO N°	UNID.	03		Kepone	ee	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	4-0	08					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENE							



Descrição da Anestesia: Asfóxia + anti-asfóxia + bloqueio sub-aracnóide (BSA) L3-L4; punçã para mediana intra c/ agulha 26 g; LSC (impido);
A/ intubação
Dr Antônio José May

Dr. Antônio José Marreiros Melo
MÉDICO ANESTESEIOLOGISTA
CRM-RJ 14.222
Anestesiologista





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 236Ub3

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

4-CNES

5828856

236063

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES

6 - Prontuário: 507143

7-CNS: 898002932011458

8-Nascimento: 03/02/1948

9-Sexo: Feminino

RG: 2046657 - PI

11-Mae: URCULA SIMAO DE SOUSA

12-Fone: 86-99536-2517

13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

-Munic: TERESINA

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Vítima de Atropelamento expõe
 palpação miótico + lesão glaucomatosa.

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura exposta +
 Deslocamento não palpável perolado + P

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

50

24-CIT Princ.: 25-CIT Sec.: 26-CIT Sub.:

-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0415030013 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo: 002

9999

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 003.695.133-12

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

ANDRÉ LEAL DE VASCONVLELOS

31/03/2019

35-Ass.Carimbo Méd. Sol.: (CR)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-Nº.Bilhete:

11-Período:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-IBOK:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Pensionista

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47-Data Autorização:

Dr. EDNAN SOARES COUTINHO
 ADVOGADO
 CRM 166 - CRP 21350115
 CNS 9800160000036520

48-Documento:

49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Sérgio Perreira dos Santos

Usuário: SOLIMAR BRITO
 Consulta Local: 1460
 Consulta Rua:





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	236063

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES	6 - Prontuário: 507143		
7-CNS: 898002932011458	8-Nascimento: 03/02/1948	9-Sexo: Feminino	CPF: - - -
11-Mãe: URCULA SIMAO DE SOUSA	12-Fone: 86-99536-2517		
13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON	14-Fone: 86-99536-2517		
15-Ender: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
31-Cod.Procedimento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Solici-data: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		
38-Profissional Responsável: ANDRÉ LEAL DE VASCONVLELOS	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 01/04/2019	40-No.Doc. Méd. SOLIC.: 003.695.133-12	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura ext. di tibia

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg. Conselho)	

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria <i>Bruno</i>	51-Data Autorização: 16/04/19	52-CNS/CPF: <i>BRITTO</i>
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) <i>SOLIMAR BRITTO</i>	





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Nancy Socon, Gcm luy</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura exposta fclpo mao D+ Deslocamento parcial</i>		
Operação - Tipo <i>C1 Fratur exposta ab frctru (LMC + Fixar extens)</i>		
Cirurgião <i>Audel</i>	1º Assistente <i>Gcm luy</i>	2º Assistente <i></i>
Instrumentador(a) <i></i>	Anestesista <i></i>	3º Assistente <i></i>
Anestésico(a) <i></i>	Anestesia	
Data da Operação <i></i>	Inicio <i></i>	Fim <i>01/30/2017 8 - 1009</i>
Diagnóstico Pós-operatório <i></i>	<i>02/08/2017 8 - 5822 Lixodens</i>	
Relatório Imediato do Patologista <i>Obs: Sobrada lcr Visceral no ccc</i>		
Acidente Durante a Operação <i></i>		

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

- 1) PAC em decubito dorsal sob anestesia +
Aposicion de capsula estern
- 2) Abridura na punha D C1 LMC + Destruindo +
FE + sutura C obs grande perde area +
Deslocamento de area)
- 3) Sutura + Ponto de cunhado (Máscara
na punha Dimitra
Feito LMC na mao + Sutura

Nº 76 HUT



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: Maria Socorro Gonçalves N° PRONT.: 507143 N° LAUDO: 236063

- ALTA HOSPITALAR
 PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
 PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
 PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
 PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
 PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
 TRANSFERÊNCIA
 EVASÃO
 ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO



Justino Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

DATA: 12/04/19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR





Censo

NO DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	ORTOPÉDICA	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
Maria Socorro Guedes				2381259	
Erctina exposta flange + Dos lóculos + Erctina expostas têxteis + lesão Vascular ?		(fractura de hérnia)			
DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO					
1 SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN					
2 RANITIDINA 50mg – 1 AMP + AD EV 8/8 H					
3 CEFALOTINA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6H					
4 DIPIRONA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6 H					
5 TILATIL 20mg – 1 AMP + AD EV 12/12H					
6 TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN					
7 CURATIVO					
8 CCGG + SSW					
9 Greta Vascular D10 + SF 150g x 1 clx					
10 Trinque Quinta - Fazenda D. David					
11 Audiácia do Vascular: Pela sua idade					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					
101					
102					
103					
104					
105					
106					
107					
108					
109					
110					
111					
112					
113					
114					
115					
116					
117					
118					
119					
120					
121					
122					
123					
124					
125					
126					
127					
128					
129					
130					
131					
132					
133					
134					
135					
136					
137					
138					
139					
140					
141					
142					
143					
144					
145					
146					
147					
148					
149					
150					
151					
152					
153					
154					
155					
156					
157					
158					
159					
160					
161					
162					
163					
164					
165					
166					
167					
168					
169					
170					
171					
172					
173					
174					
175					
176					
177					
178					
179					
180					
181					
182					
183					
184					
185					
186					
187					
188					
189					
190					
191					
192					
193					
194					
195					
196					
197					
198					
199					
200					
201					
202					
203					
204					
205					
206					
207					
208					
209					
210					
211					
212					
213					
214					
215					
216					
217					
218					
219					
220					
221					
222					
223					
224					
225					
226					
227					
228					
229					
230					
231					
232					
233					
234					
235					
236					
237					
238					
239					
240					
241					
242					
243					
244					
245					
246					
247					
248					
249					
250					
251					
252					
253					
254					
255					
256					
257					
258					
259					
260					
261					
262					
263					
264					
265					
266					
267					
268					
269					
270					
271					
272					
273					
274					
275					
276					
277					
278					
279					
280					
281					
282					
283					
284					
285					
286					
287					
288					
289					
290					
291					
292					
293					
294					
295					
296					
297					
298					
299					
300					
301					
302					
303					
304					
305					
306					
307					
308					
309					
310					
311					
312					
313					
314					
315					
316					
317					
318					
319					
320					
321					
322					

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SPPA

NOME Maria do Socorro Gonçalves IDADE anos DATA 01/04/20
HORÁRIO DE ADMISSÃO 01 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA (GERAL) RAQUE(BLOQUEIO(PERIDURAL(SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA

ATIVIDADE REALIZADA		CIRURGIÃO	
SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	07:16	SAIDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	183 / 93	100 / 60	102 x 55
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	88	50	95
SATURAÇÃO DE O2 (%)	97	95 +	94
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		Coutinho 17-EMR	
NOME/ MATRÍCULA	Guilherme		

ÍNDICE DE ALDBETTEE KROUWIK

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK						ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2			
	Movimenta dois membros	1	1	1	1	1	1	1
ESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0	0	0
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1	1	1
CIRCULAÇÃO	Tem apnéia	0	0	0	0	0	0	0
	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1	1	1
CONSCIÊNCIA	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0	0	0
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1	1	1	1
SATURAÇÃO O ₂	Não responde	0	0	0	0	0	0	0
	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1	1	1
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0	0	0	0
	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ALTA	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
	13	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
TOTAL						Jo Ana Paula Coutinho 20251		
ASS.								

SONDA VESICAL DRENO DE SUÇÃO DRENO TORACICO DVE COLOSTOMIA SONDA NASOG NASOE

Enunciado de resultados

E ENFERMAGEM: 01:25 Admitida no PDS de tratamento cirúrgico de fratura de fáscia lata + fratura de fibula, sonolenta, com hematoma facial à direita na região do olho direito, respirando espontaneamente, seletivamente 97%, epm curativo tempo, em hidratação parenteral, fechando

07:25 Pode navegar devido ao voo de aves migratórias, que voam para o sul em direção ao Brasil.

08:40 ~~10/10/19~~^{10/10/19} do SPPA

PRESSCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Amanda Comes Vale Arech
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 4981

AMENTO | EXTERNO | SALA DE GESSO | IMAGENS E GRÁFICOS |



FOLHA DE ANESTESIA



Flávia

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Maria da Conceição</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA <i>31/03/19</i>	P. ARTERIAL <i>120/70</i>	PULSO <i>94</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO	<i>RCR am 27.</i>			ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	<i>fratura epífise tibial</i>			FISIOTERAPIA FÍSICA		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
<i>23:20 020 1.20</i>					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	<i>525</i>			<i>11AVP - Jelco 18</i>	
LÍQUIDOS	SO-UOTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	<i>500 ml</i>			<i>2) Monitorização</i>	
TEMPERATURA T	<i>37.5</i>	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	99.1	98.7	<i>3) PLM 64, Novo, 5% - 12.5m</i>	
P. ARTERIAL V O PULSO	38				<i>SEQUÊNCIA</i>	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					<i>1) Monitor 50mcs</i>	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					<i>2) 240g - 5lts,</i>	
RESPIRAÇÃO O					<i>3) Oferta gasosa</i>	
SÍMBOLOS				DURAÇÃO		
TÉCNICAS	<i>Raiquianestesia : PLM 64</i>			INCIDENTE - ACIDENTE <i>LCR lungi</i>		
OPERAÇÕES	<i>Tmf. crânio Fnt. tibial</i>			<i>. anágito 20g</i>		
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS	<i>Nelson</i>			CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
PARTICULARIDADES						

MOD 76 - HUT

Dr. Nelson Ribeiro Soares
Médico Anestesiologista
CRM - PI 1699 / CRM - MA 3746





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

236817

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	236872

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES	6 - Prontuário: 507143		
7-CNS: 898002932011458	8-Nascimento: 03/02/1948	9-Sexo: Feminino	RG: 2046657 - PI
11-Mãe: URCULA SIMAO DE SOUSA			12-Fone: 86-99536-2517
-Resp: FRANCISCO WELLINGTON			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - 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:

*Fratura exposta grau
grave, com perda óssea
de partes visíveis.*

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise da tibia	24-CID Prim: S822	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:
---	--------------------------	----------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Froced.: 0408050500	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	29-Clinica: 	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: 342.177.383-15	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: DURVAL TERCIO NUNES LEAL	34-Data Solicitação: 12/04/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM): Dr. Durval Tercio Nunes Leal CRM-PI 103-095
-----------------------------------	---	---------------------	-------------------------------	----------------------	--	---	---	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora: 	40-No.Bilhete: 	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa: 	43-CNAE Empresa: 	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46.- Nome do Profissional Autorizador: Celso Pires Ferreira Filho	47-Data Autorização: 28/04/19	Assessor de Autorização CRM-PB CRM-PB 103-095-0 CRM-PI 103-095-0 CRM-PI 103-095-0
48-Documento: () CMS () CPF	49-Num. Documento: 	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):

51 - ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Usuário: **(ANTONIO BURIVAN)**Consulta Local: **714877**Consulta SUS: **12711219-02-29**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 199805 AIH: 2219100283114
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828356
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE MARIA SOCORRO GONCALVES		NASCIMENTO 03/02/1948	SEXO F	PRONTUÁRIO 507143
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	RESPONSÁVEL FRANCISCO WELLINGTON	MUNICÍPIO TERESINA	
CEP		ENDEREÇO - LOGRADOURO QD 06 CS 07	NUMERO / LOTE S/N		
BAIRRO		COMPLEMENTO	UF PI		
ESPLANADA					

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
FRATURA DE TIBIA L.M.C.+FIXAÇÃO EXTERNA DE TIBIA. PERDA OSSEA E PARTES MOLES.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

DURVAL TERCIO NUNES LEAL
CPF: 343177738315

CRM:

CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 12/04/2019	
DATA ADMISSÃO 12/04/2019 09:00	DATA ALTA 20/04/2019 10:17	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO) CELSO PIRES FERREIRA FILHO CPF: 76356333791	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
CRM: DATA ANÁLISE: 26/04/2019 09:45:00	CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FMS

SUS

HUT

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

237348

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT2-CNES
5828856Código da
Internação:
2373484-CNES
5828856

5-Nome: MARIA SOCORRO GONCALVES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6 - Prontuário: 507143

7-CNS: 898002932011458

8-Nascimento: 03/02/1948

9-Sexo: Feminino

RG: 2046657 - PI

11-Mae: URCULA SIMAO DE SOUSA

12-Fone: 86-99536-2517

13-Resp: FRANCISCO WELLINGTON

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Inflamação articulária

Inflamação

A articulação

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:
Traumatismos superficiais múltiplos não especificados T00927-Procedimento Solicitado:
0413040178 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

Tempo ESE

3

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 342.177.383-1533-Nome Profissional Solicitante/Assistente:
DURVAL TERCIO NUNES LEAL

34-Data Solicitação:

20/04/2019

35-Ass.Care. Prof. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Tipico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vinculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

17/06/19

Celso Henrique Filho

Assessor de Administração

CRM-PI N.º: CR-201604-0001204

50-Ass.Care. (Rg.Conselho)

48-Documento:

49-Num. Documento:

Usuário: (FERNANDACASTRO)
Consulta Local: 714877
Consulta SUS:
Impressão: 23/04/2019 10:17:59

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Francisco Wellington Silva Santos

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 208088

AIH: 2219100354075

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	MARIA SOCORRO GONCALVES		03/02/1948	F	507143
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NAME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
			URCULA SIMAO DE SOUSA	FRANCISCO WELLIGTON	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE	
54000010	QD 06 CS 07			S/N	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
ESPLANADA			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE TIBIA L.M.C.+FIXAÇÃO EXTERNA DE TIBIA. PERDA ÓSSEA E PARTES MOLES

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRA/UMATOLÓGIA

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

CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO	DURVAL TERCIO NUNES LEAL	CRM:
URGÊNCIA	20/04/2019	CPF: 34217738315	
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	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))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09023442300 CRM:	DATA ANÁLISE: 09/06/2019 08:53:22 CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maria Suelza Gonçalves IDADE anos DATA 10/03/2019
 HORAÍRO DE ADMISSÃO 11 hs 55 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Lme frct da fibra CIRURGIÃO _____

SINAIS VITais	HORAÍRO		CIRURGIÃO
	ADMISSÃO	SAIDA	
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>99/59</u>	<u>122/66</u>	
FREQUÊNCIA CARDIÁCA (bpm)	<u>81</u>	<u>85</u>	
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>	<u>98</u>	
TEMPERATURA AXILAR (O C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>614</u>	<u>Eleanne</u>	

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK

ATIVIDADE	ADMISSÃO	ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		SAIDA
		2	1	
MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	1	2
	Movimenta dois membros	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1
	Tem apnéia	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1
	Não responde	0	0	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		
ESCALA DE DOR ATUAL		ASS.	Jairo Francisco de M. Freitas ENFERMEIRO COREN-SP 157397	

SONDA VESICAL	(<input type="checkbox"/>) DRENO DE SUCÇÃO	(<input type="checkbox"/>) DRENO TORÁCICO	(<input type="checkbox"/>) DVE	(<input type="checkbox"/>) COLOSTOMIA	SONDA: (<input type="checkbox"/>) NASOG (<input type="checkbox"/>) NASOE
14 hs <u>300</u> mL	hs	mL	hs	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:55 - Admitida em RPA no pós de Lme
 Fratura da fibula conservada, removido, rebatido e revascularizada, cirurgia, elje, náuseas, vômitos

Jairo Francisco de M. Freitas
ENFERMEIRO
COREN-SP 157397

PREScrição MÉDICA	ALTA SRPA	HORÁRIO	ANESTESIOLOGISTA

ENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Manoel Socorro Goncalves		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura exp. clavícula (2)		
Operação - Tipo	J.m.C		
Cirurgião	Drauzio Tercio Nunes Leal CIRURGIA TRAUMATOLOGIA CRM PI 1295 CRM MA 3536	1º Assistente	Bethânia Ke
2º Assistente	—	3º Assistente	—
Instrumentador(a)	Fabrício	Anestesista	Níspora
Anestésico(s)	Roxane		
Veta da Operação	20/04/19	Inicio	10:45
Final	11:40		
Diagnóstico Pós-operatório	Fratura clavícula (2)		

Relatório Imediato do Patologista

— U

Acidente Durante a Operação

WP

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pronto los tecos
Axial + supraclavicular (2)
Corpo (2), bala.
Pont (2) (suficiente)

Drauzio Tercio Nunes Leal
CIRURGIA TRAUMATOLOGIA
CRM PI 1295 CRM MA 3536

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20, 04, 19

NOME DO PACIENTE:	<u>M.º Socorro Gonçalves</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>507 143</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>L. M. C.</u>	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	<u>06</u>
CIRURGÃO:	<u>Renal Ercio</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Estudante</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Nylon</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Fabiola</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 710	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA RAQUE 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
SPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
SCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml RASCO	06		
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 20	UNID.	01		trova	03		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA elito do corpo cateter 02	05 02 01		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOPIL - nylon 30	01						
MONONYLON 2,0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Gulene</u>			
PROLENE							



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

H.U.T

NOME DO PACIENTE		M ^º Socorro Gonçalves		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO 507143	
DATA	10/04/19	P. ARTERIAL	103/60	PULSO	91	RESPIRAÇÃO	24
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO		HEMATIMETRIA		HEMOGLOBINEMIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO	P.e.r em 27.				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	Infeção f.O. Perme D				FÍSICOS ASA II		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS	
10/4/5 11:35							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	5 litros 11 MP - Jelco 20				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	SFH 15				2 monitorm 20	
TEMPERATURA T	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	31 PLM 134				3) Now, 5% - 10 min	
P ARTERIAL V O PULSO	38	SEQUÊNCIA (10m, 1 2 3 4 5 6 7 8 9)				Dumont - 31 20	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		(240%) - 3 64				4) Glocônio 5%	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		5) Glocônio 5%				5) Jelco 20	
RESPIRAÇÃO O		6) Glocônio 5%				DURADA	
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS	Raquaanestesia - PLM 134				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES	L.R.C.				Enven LCR lba Rbs, oregano 20g		
CIRURGIÕES	Buna Berão						
ANESTESISTAS	Nilson						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							
PARTICULARIDADES							
MOD 76 - HUT							

Dr. Nilson Roberto Soares
Médico Anestesiologista
CRM - PI 1999 / CRM - M- 1999



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: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a1m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937859 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184388 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURA NA BASE DA ÓRBITA DIREITA.
- HEMOSINUS MAXILAR DIREITO.
- CÉLULAS ETMOIDAIAS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIAS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/03/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353
Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 40



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: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a1m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937859 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184389 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES AXIAIS COM ESPESSURA DE 3 mm E INTERVALO DE 3 mm.

RELATÓRIO:

- ARTROSE CERVICAL.
- REDUÇÃO DIFUSA DOS ESPAÇOS DISCAIS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/03/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



**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: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)

Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a1m28d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877

Requisição: 937859 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO

Controle: 1184390 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE PELVE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 5MM DE ESPESSURA E 5MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ÚTERO E ANEXOS DE VOLUME E CARACTERÍSTICAS NORMAIS PARA A FAIXA ETÁRIA DA PACIENTE.
- BEXIGA DE VOLUME NORMAL, PAREDES LISAS E CONTEÚDO HOMOGÊNEO.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS OU DE LÍQUIDO LIVRE INTRAPERITONEAL.
- ALÇAS INTESTINAIS DE CALIBRE NORMAL NO SEGMENTO ESTUDADO.
- PELE E TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 31/03/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 42

**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: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)

Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a2m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877

Requisição: 937861 Solicitação: 31/03/2019

Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO

Controle: 1184393 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 31/03/2019

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:

- 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.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 03/04/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 43



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: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a2m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937863 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184395 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- OPACIDADES HETEROGENEAS APICAIS.
- ATEROMATOSES PARIETAL CAROTÍDEA.
- TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COLAPSO PARCIAL DE CORPOS VERTEBRAIS TÓRACO-LOMBARES.
- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL OSSEIA.
- ARTROSE DORSAL.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 03/04/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 44



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

FATTO - PI

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a2m0d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937863 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184396 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 31/03/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E PELVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- ATEROMATOSE PARIETAL AORTOILIACA.
- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÉNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS.
- COLAPSO PARCIAL DE CORPOS VERTEBRAIS TÓRACO-LOMBARES.
- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL OSSEA.
- ARTROSE LOMBAR.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 03/04/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 45



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: **MARIA SOCORRO GONCALVES** (Prontuário: 507143)
Endereço: QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/02/1948 Idade: 71a3m24d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 714877
Requisição: 937875 Solicitação: 31/03/2019 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1184418 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 31/03/2019

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente na falange distal do 3º quirodáctilo.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/05/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Revisado



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 46



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:	MARIA SOCORRO GONCALVES	(Prontuário: 507143)
Endereço:	QD 06 CS 07 - RES. ESPLANADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010	
Nascimento:	03/02/1948	Idade: 71a6m13d
Requisição:	937993	Solicitação: 01/04/2019
Controle:	1184632	Convênio: S U S
		Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236063
		Solicitante: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS
		CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 259

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 01/04/2019

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas na tibia e fibula proximais.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fraturas cominutivas na tibia e fibula proximais.
- Partes moles sem particularidades.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 16/08/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
 Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 47

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 191892	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100282905	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		CNES 5828856	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		CNES 5828856	

CARTÃO SUS	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
	NOME DO PACIENTE MARIA SOCORRO GONCALVES		NASCIMENTO 03/02/1948
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE URCILA SIMAO DE SOUSA	SEXO F
CEP 64000010	ENDERECO - LOGRADOURO QD 06 CS 07	RESPONSÁVEL FRANCISCO WELLINGTON	PRONTUÁRIO 507143
BAIRRO ESPLANADA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	NUMERO / LOTE S/N
			UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
VITIMA DE ATROPELAMENTO COM LESÃO EXPOSTA DO POLEGAR MÃO DIREITA + LESÃO GRAVISSIMA , NA Perna DIREITA COM FRATURA EXPOSTA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO COD/DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 31/03/2019	ANDRE LEAL DE VASCONCELOS CPF: 00369511312 CRM:	
DATA ADMISSÃO 31/03/2019 21:04	DATA ALTA 12/04/2019 09:00	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)						
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) AARAU CRUZ MENDES CPF: 13178547304 CRM:			NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO / AUDITORIA <i>Renato</i>		
DATA ANÁLISE: 01/04/2019 01:24:01			CRM	CPF	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01,04,2019

NOME DO PACIENTE:	<u>Maria Soárez Gonçalves</u>	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	Nº DA SALA:		
CIRURGIÃO:	CPF Nº:		
AUXILIAR:	CPF Nº:		
ANESTESIA:	CPF Nº:		
INSTRUMENTADORA:	<u>Conceição</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 75	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 80	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml FRASCO	09		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		S.F. 1.000 ml	UMS	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2,0		05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Francisco Monato			
PROLENE							





Braga & Braga

Importação e Exportação

0348

00:30

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198			
FABRICANTE :	Prontraíno. 507143				
PACIENTE:	Maria Soárez Gonçalves				
RG.HOSPITAL:	HUT				
DATA:	01/04/2019	ALTA: COD.SIG TAP:			
PROCEDIMENTO:	Trat. hibria (D)				
MEDICO:	Dr. Giordano Cronenberg				
Produtos Utilizados/Implantados:					
NOME	MODELO	TIPO	Série Lote		QTD

01 Fixador Externo		01
ORTOMINERÉ M.D. E COM. LTDA Ratl:047700 Lote:18F095252 FIXADOR LAT FIX O BARRA 090 FIXADOR EXTERNO LAT/FIX Registro ANVISA: 10222710025 Resp. Técnica: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 0001029673	ESTERIL. R 08/07/2019	

Responsável Pelo Preenchimento:	<i>Carolina Coutinho</i>
Data:	01/04/2019
Responsável pela Farmácia	responsável pelo Preenchimento



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES Data do acidente: 31/03/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE

Documentos complementares:

Observações: LAUDO MÉDICO NA PÁG.1 INDICA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE 95%

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES Data do acidente: 31/03/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MID). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES Data do acidente: 31/03/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: @1

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591-2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **32000 39630**

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **MARINA DA SILVEIRA RODRIGUES**

CPF do beneficiário: **04492603-22**

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (**DDD**)

Tel. Comercial: (**DDD**)

Tel. Residencial: (**DDD**)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe quais os documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

MONTA MAZ FRATUROU A TÍbia D. FOI UMA FRACTURA EXPONTA FEZ CIRURGIA COM USO DE FIXADOR ATROFIOU A PERNHA PERDEU MASSA MUSCULAR, TECIDO FICOU DEFORMADA TEVE PERDA FUNCIONAL DE 85%. É MUITO GRÁVE.

Local e Data

Francisco Wellington Silveira Santos

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

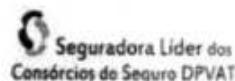
Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARIA SOCORRO GONCALVES : 014.492.603-22

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 55

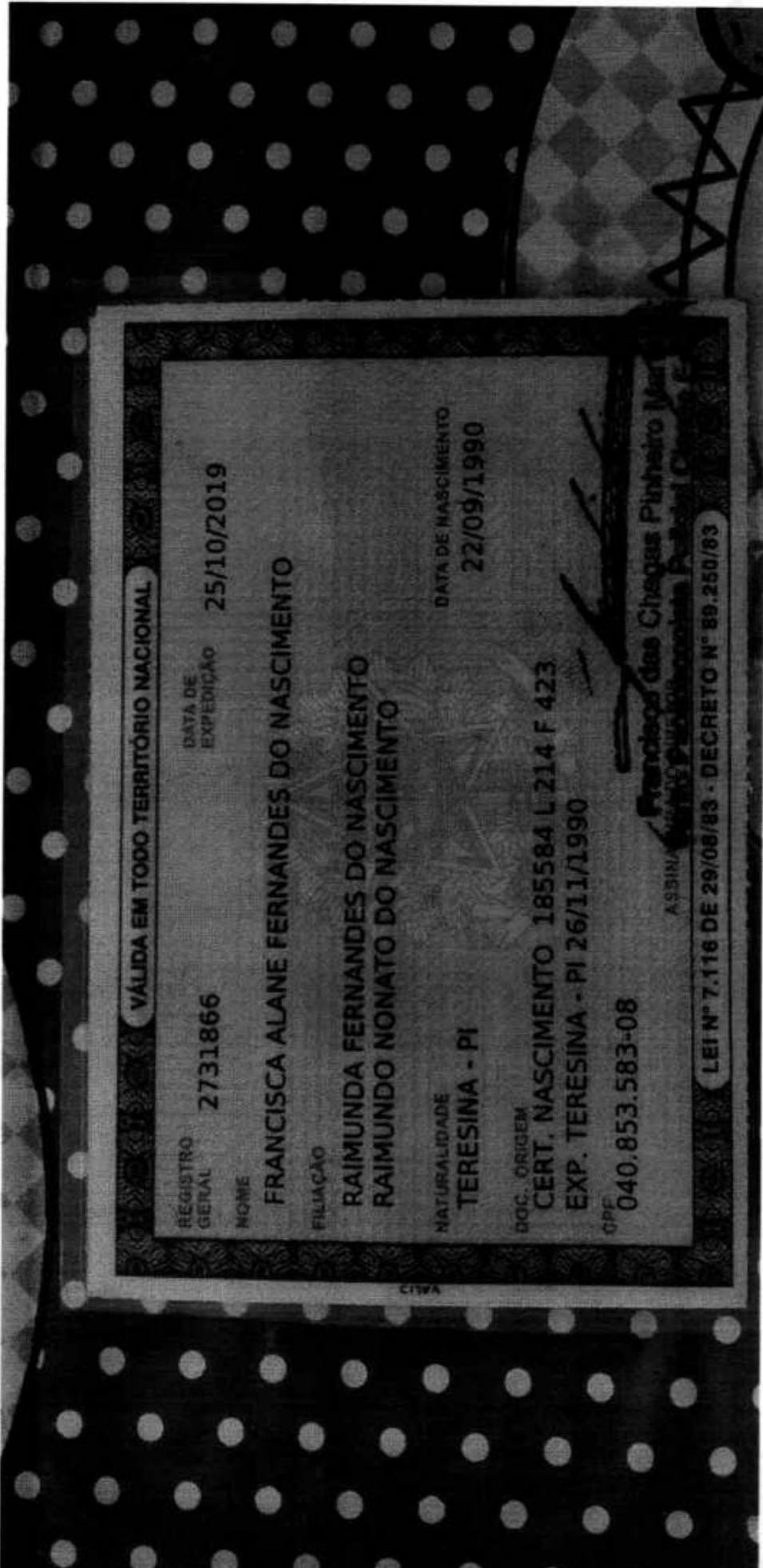


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 56

ÁGUAS DE TERESINA		CNPJ 27.157.474.0001/04 - I.E. 1999469784 Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040 Teresina - PI - ☎ 0800 223 2000 ou 155 / ☎ (86) 98124-3199			
		MATRÍCULA	FATURA Nº MÊS/ANO 1/2020		
NOME/ENDERECO MORADOR NELLE ROZE SOARES MARQUES AVE ANTONIO OLIVEIRA, 00462-GURUPI-TERESINA-PI-cep: 64091400		1.42.349 23756837-3	150154494		
LOCALIZAÇÃO 007-00002-001800		GRUPO 007	NÚMERO DO HIDROMÉTRICO A16F162496		
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS/ANO TIPO LIDO FATURADO 12-2019 Lido 25 36 01-2019 Lido 36 56 02-2019 Lido 34 34 03-2019 Lido 41 41 04-2019 Lido 19 18 05-2019 Lido 22 22		ECONOMIAS - CATEGORIAS/TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal			
DATA ANTERIOR 10/12/2019 1156 ATUAL 18/01/2020 1178		CONSUMO MÊS M3 22	LDI 12745000 PIS/PASEP 7,29*1,65% = 1,63 COFINS 9,20*7,68% = 7,03		
TABELA DE TARIFAS RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%) 0 18 3,662 99 18 28 5,712 99 28 99999 9,6618 99		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA VALOR REFERENTE ÁGUA - 99,20 > Residencial-Normal 22,0 m3 99,20			
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%) 0 18 3,662 99 18 28 5,712 99 28 99999 9,6618 99					
		VENCIMENTO 22/01/2020	TOTAL A PAGAR 99,20		
IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES					
MULTA A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.					
NOTIFICAÇÃO Após 30 dias do vencimento, o não pagamento dessa fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.245/2007, Art. 40, Inciso V e art. 8.827/95, Art. 8º, §3º, Inciso II.					
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)					
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2994	2988	6	1,33	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	3255	3238	17	4,47	Inferior a 15
PH	2177	2142	35	6,81	6,00-9,50
TURBIDEZ	3258	3230	28	1,21	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					
CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)					
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1371	1371	0	Ausência	Ausente
	-1371	1371	0	Ausência	Ausente
DATA DA EMISSÃO: 10/01/2020 HORA DA EMISSÃO: 08:55					





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 58

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLIGRÁFICO



- Alône Fernandes dos Nascimentos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDÊNTIDADE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691>
Número do documento: 20102610294378300000012024691

Num. 12711219 - Pág. 59



Em caso de dúvida em algum lançamento em seu extrato mensal, ligue para nossa Central de Atendimento.

ATENDIMENTO A ASSOCIADOS

4020-1234 0800-707-1234 0800-591-2019
Imperatriz e capitais Demais Localidades Ouvidoria

Atendimento 24 horas

MELHORES DIAS PARA COMPRA

28 A 09

LIMITES DE CRÉDITO

PARCELADO = R\$ 3.795,00

ROTATIVO = R\$ 2.530,00

* O limite parcelado é composto do limite ROTATIVO acrescido de 50%.
Este aumento é de uso exclusivo para compras PARCELADAS.

ENCARGOS

NO PERÍODO:

9.91 a.m.

MÁXIMOS PARA O PRÓXIMO PERÍODO:

10.91 a.m.

INDICOU, GANHOU!

Indique o cartão Credi-Shop a seus amigos e ganhe um brinde no preenchimento da proposta!

Seu código é: TQY1D

Associado

FRANCISCA ALANE FERNANDES DO

Número do Cartão

6031 36** **** 0140

Vencimento

10.01.2020

Saldo Anterior

1.172,60

Créditos

-

Saldo restante

1.172,60 =

Débitos

0,00

Saldo Atual

1.668,90 = R\$

Pagto Mínimo

1.370,00

OBRIGADO PELO PAGAMENTO DE R\$ 1.172,60

Página 1 de 2

DEMONSTRATIVO DE LANÇAMENTOS

Saldo Anterior

CRÉDITO

DÉBITO

91 - FRANCISCA NASCIMENTO

0140	13.06.2019	Ibyte - 20	Parcela 07/10	79,80
0140	14.09.2019	Fh Motos Peças	Parcela 04/04	46,25
0140	17.09.2019	Paraleo Baby Kids	Parcela 04/05	55,60
0140	22.09.2019	Armazém Paraíba - TES	Parcela 04/06	54,66
0140	18.10.2019	Casas Sampaio - Sete de Setembro	Parcela 03/03	299,66
0140	29.10.2019	O Boticário - Simplicio Mendes	Parcela 02/03	46,74
0140	29.10.2019	Belíssima	Parcela 02/03	38,11
0140	31.10.2019	Iap Cosméticos - 40	Parcela 02/02	31,17
0140	29.11.2019	O Boticário - Simplicio Mendes	Parcela 01/02	49,90
0140	29.11.2019	Mix Mateus - 60	Parcela 01/03	169,44
0140	01.12.2019	Lider Mercantil		28,14
0140	03.12.2019	Posto São Raimundo - 02		44,98
0140	03.12.2019	Teresina Self-Service		29,00
0140	03.12.2019	Shoppinho das Crianças	Parcela 01/02	82,50
0140	04.12.2019	Rei das Motos	Parcela 01/03	66,66
0140	07.12.2019	Terri Oficina		38,00
0140	09.12.2019	Pagamento		172,60
0140	09.12.2019	Pagamento		1.000,00

Composição dos Encargos: Custos do financiamento/garantia/administração financeira: 9,91% a.m.

ESTA VIA NÃO PRECISA SER LEVADA AO BANCO

BANCO DO BRASIL		001-9	FICHA DE CAIXA		RECIPO DO CLIENTE	
NR. DO DOCUMENTO	CREDI-SHOP S/A	CPF/CNPJ BENEFICIÁRIO	VENCIMENTO	ASSOCIADO	Nº CARTÃO	6031 36** **** 0140
3434-7 / 006772-5	31765980004379734	62.895.230/0001-13	10.01.2020	FRANCISCA ALANE FERNANDES	N/N*	31765980004379734
VALOR DO DOCUMENTO	23161168130	DATA DO DOCUMENTO	23.01.2020	VENCIMENTO	10.01.2020	
VALOR COBRADO	1.668,90	VALOR PAGO		SALDO ATUAL	1.668,90	
		VALOR PAGO R\$		PAGAMENTO MÍNIMO	1.370,00	
				VALOR PAGO R\$		
				VALOR PAGO R\$		

BANCO DO BRASIL 001-9 00190.00009 03176.598005 04379.734173 1 0000000000000000

PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA OU LOJAS DO PARAÍBA MESMO APÓS O VENCIMENTO				VENCIMENTO	
DATA DO DOCUMENTO	VALOR DO DOCUMENTO	TIPO DE CARTÃO	ACEITE	DATA DO PAGAMENTO	INSCRIÇÃO NOME
23.01.2020	6031 36** **** 0140	CREDI-CARTÃO	N	28.12.2019	31765980004379734
USUÁRIO SINTA	VALOR	ESTRÉIA	QUAIS	VALOR	VALOR DO DOCUMENTO
					1.668,90
1. PAGAMENTO MÍNIMO DE R\$ 1.370,00				DEVOLTO/ABATIMENTO	
2. OS ENCARGOS DECORENTES DO PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO DO EXTRATO SERÃO INCLUIDOS NO PRÓXIMO EXTRATO MENSAL.				MORA	
3. PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO VALOR COBRADO.				MULTA	
				(VALOR COBRADO)	
FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO				04085358308	
R REGENERACAO, 571 - PONTO REF: PROX AO RIO POTY HOTEL					
ILHOTAS					
64014-047 TERESINA-PI					

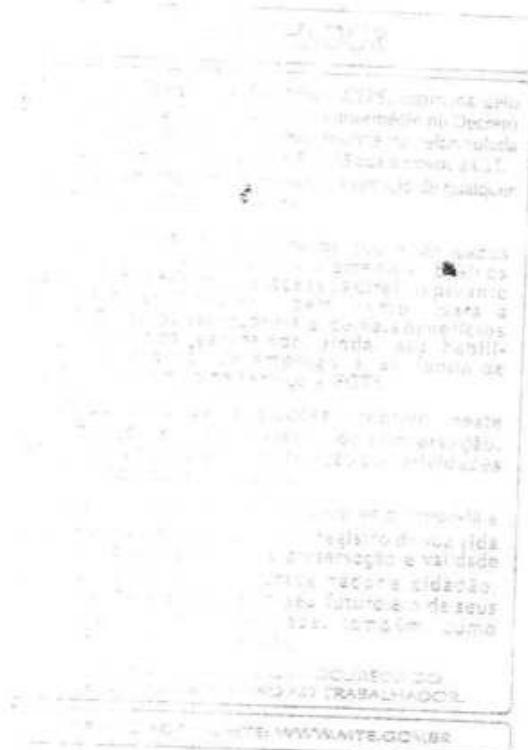


Autenticação Mecânica



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 60



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691>
Número do documento: 20102610294378300000012024691

Num. 12711219 - Pág. 61

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



FRANCISCO WELLINGTON SILVA SANTOS

FILIAÇÃO.....: MAURO PEREIRA DOS SANTOS FILHO

FRANCISCA DIAS DA SILVA

NASCIMENTO....: 18/08/1997 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: TERESINA - PI

DOCUMENTO....: R.G. 3903443 SSP PI 24/06/2015

LEI N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 072.152.913-59 CNH....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PI - 20/01/2016

Paulo Henrique Neves Neto

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

BRASIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44

<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102610294378300000012024691>

Número do documento: 20102610294378300000012024691

Num. 12711219 - Pág. 62



CNPJ 27.157.474.0001/06 - IE: 195965574
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - ☎ 0800 223 2000 ou 155 / ☎ (86) 98124-3199

MATRÍCULA FATURA Nº
MÊS / ANO 150216635
24162825-3 1/2020

NOME / ENDERECO MORADOR MARIA SOCORRO GONCALVES RUA PROJ QUATRO LOT PARO ESPLANADA, Q-006-CASA-007-ESPLANADA-TERESINA-PI-cep: 99999999					
LOCALIZAÇÃO 011-00001-005900			GRUPO: 011	NÚMERO DO HIDÔMETRO A05N265087	
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS / ANO TIPO LIDO FATURADO		ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal			
12-2019 Média 02 18 12-2019 Férias 00 12 12-2019 Média 09 18 09-2019 Média 08 18 08-2019 Média 08 18 07-2019 Férias 02 18					
DATA ANTERIOR 13/12/2019 245 ATUAL 16/01/2020 245		LEITURA CONSUMO MÊS M3 10 RS. PASEP 13.76x1.65= 8.22 CORRIS 13.76x7.68= 1.04	DESCRÍPCAO DOS SERVIÇOS DA FATURA		
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO RS/M3 E (%) 0 - 14 1.3450 36 15 - 25 5.7112 38 26 - 39 9.8618 39		DESCRÍPCAO VALOR REFERENTE ÁGUA - 13,45 > Resid social-Normal 10,0 m3 13,45 JUROS POR ATRASO 001/001 0,04 MULTA POR ATRASO 001/001 0,27			
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO RS/M3 E (%)		VENCIMENTO 28/01/2020 TOTAL A PAGAR 13,76			

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.

NOTIFICAÇÃO
No caso de vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.
Conforme Leis Federais nº 11.445/2006, Art. 40, inciso V e nº 5.937/66, Art. 6º, §3º, Inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLOURO LIVRE	2994	2988	6	1,33	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	3255	3238	17	4,47	Inferior a 15
pH	2177	2142	35	6,81	6,00-9,50
TURNOZÉS	3258	3230	28	1,21	Inferior a 5
COLIFORMES TOTais					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1371	1371	0	Ausencia	Ausente
	1371	1371	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 16/01/2020 HORA DA EMISSÃO: 09:16

43.340 18290116091647

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRÍCULA FATURA Nº
MÊS / ANO 150216635
24162825-3 1/2020

VENCIMENTO 28/01/2020 VALOR A PAGAR
13,76

82620000000-6 13761535000-6 00207015021-1 66350100104-9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 63





VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL.

REGISTRO GERAL	2046657	DATA DE EXPEDIÇÃO	30/12/2019
NAME	MARIA SOCORRO GONÇALVES		
RESIDÊNCIA	URSULA SIMÃO DE SOUSA JOSÉ GONÇALVES MOREIRA		
NATURALIDADE	CASTELO DO PIAUÍ - PI	DATA DE NASCIMENTO	03/02/1948
DOC. ORIGEM	CERT. CASAMENTO 14195 L 20 F 18 EXP. CASTELO DO PIAUÍ - PI 25/02/2013		
CPF	014.492.603-22		
Assinatura do Diretor			
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83			

Juarez Gonçalves de Carvalho
Perito Criminal



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 65



CLÍNICA MACHADO

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que fui atendido Socorro
Pouso Alegre, foi vítima de acidente de
trânsito, fato ocorrido Fale 310319
As 2104hs, ferido sofrido por trânsito
e que não causou óbito e feriu
exposta que libra orienta quanto
Cirurgicamente através do cirurgião
Dr. César Machado que fizemos
anteriormente o tratamento da fratura
do osso sacro, de forma definitiva, de inter-
esse de que possui perda óssea e
muscular, perda de firmeza, de intensa
limitação dos movimentos, com
desaceleração do envelhecimento do
decolto atrapado. Ossos coxim
enfraquecidos formando de 95%

Eduardo Machado

Dr. Eduardo Machado da Silva
Alergologista - Dermatologista
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1584-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

15.06.2020

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 66

**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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Socorro Gonçalves inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.492.603/22 do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima Maria Socorro Gonçalves inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.492.603/22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6565

Teresina, 23 de Janeiro de 2020

Local e Data

x Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

V001/2017



equatorial
ENERGIA

PARA PAGAR
MENSALMENTE
VENCIMENTO
SEU CÓDIGO
0051869-7

EQUATORIAL PAULISTA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Goulart, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 05.547.128/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-8
Nota Fiscal: Zona de 1ª Energia Elétrica - Série B-1
Regime tributário de menor incidência autorizada pela SEFAZ 06/98

CONTA MÊS

JANEIRO/2020

VENCIMENTO

30/01/2020

CONSUMO (kWh)

217

TOTAL A PAGAR (R\$)

217,42

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.006-235 - TERESINA

DADOS DA LEITURA

Akwh Atual: 22589 Anterior: 22372 Contante de Multa/Correção: 1.000 Consumo Médio: 217 Consumo Faturado: 217 Forma de Faturamento: NORMAL

ROT: 17.001.30.14.045400

DATAS DA LEITURA

Atual: 23/01/2020 Anterior: 24/12/2019

Prox Leitura: 21/02/2020 Emissão: 22/01/2020

Apresentação: 23/01/2020

Dias de Consumo: 30

Classe/Subclasse

COMERCIAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Ligada Número Medidor Posto Código Ref.

MONO A1418740 3.5.3.1 275

HISTÓRICO kWh's

Média consumo:

		DESCRIÇÃO DA CONTA	
DEZ/19	271	CONSUMO 217 A R\$ 0,897391 =	194,73
NOV/19	277	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	16,37
OUT/19	394	CORRECAO MONETARIA DA 12/19-00	0,01
SET/19	368	CORRECAO MONETARIA IG 12/19-00	0,22
AGO/19	285	MULTA POR ATRASO DE I 12/19-00	0,41
JUL/19	222	JUROS DE MORA ATRASO 12/19-00	0,04
JUN/19	205	MULTA POR ATRASO 12/19-00	4,91
MAI/19	204	JUROS POR ATRASO 12/19-00	0,73
ABR/19	178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	2,90
MAR/19	243		

TAB/PA SEM TRIBUTOS:

R\$ 217 - R\$ 0,527148

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 36C8.516B.3288.A381.CE87.9772.A512.2F0E
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	39,91	Base de Cálculo:	194,73	142,15
Energia:	77,12	Aliquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	13,04	Valor do ICMS:		
Entrega:	6,38	Valor do IPI:	52,57	
Tributos:	58,28	Valor do COFINS:	0,71%	1,02
			3,30%	4,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICR
Límite:	Mensal: 5,31 Trimestral: 10,63 Anual: 21,25	Mensal: 3,11 Trimestral: 6,23 Anual: 12,45	Mensal: 3,03	
Realizadas:	0,00	0,00	0,00	

Carência: TERESINA-MACAUBA

Período de agravamento: 11/2019 Euro: 98,08

ROT: 17.001.30.14.045400

equatorial
ENERGIA

SEU CÓDIGO
0051869-7

TOTAL A PAGAR - R\$

217,42

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

01/2020

30/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 033253861 FCAM

8364000002 9 17420017000 2 00000000051 3 86970120008 9



SEQ.: 00251 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 23/01/2020 T.ENTR.: 09

LEITURA: 22589 NORMAL TOTAL: 217,42 CARGA: 014

DT.VENC.: 30/01/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 2071



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.157.474.0003/06 - LE-19998574
Av. Prof. Camilo Filho, 2960, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - ☎ 0800 223 2000 ou 185 / ☎ (86) 98124-3199

MATRÍCULA

FATURA Nº

MÊS/ANO

150216635
1/2020

NOME/ENDEREÇO

MORADOR MARIA SOCORRO GONCALVES

RUA PROJ QUATRO LOT PARQ
ESPLANADA 0-006-CASA-007-ESPLANADA-TERESINA-PI-cep: 99999999

LOCALIZAÇÃO

011-00001-005900

GRUPO

NÚMERO DO HIDROMETRO

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO TIPO

01/2013 Faturado

02/2013 Faturado

03/2013 Faturado

04/2013 Faturado

05/2013 Faturado

06/2013 Faturado

07/2013 Faturado

08/2013 Faturado

09/2013 Faturado

10/2013 Faturado

11/2013 Faturado

12/2013 Faturado

01/2014 Faturado

02/2014 Faturado

03/2014 Faturado

04/2014 Faturado

05/2014 Faturado

06/2014 Faturado

07/2014 Faturado

08/2014 Faturado

09/2014 Faturado

10/2014 Faturado

11/2014 Faturado

12/2014 Faturado

01/2015 Faturado

02/2015 Faturado

03/2015 Faturado

04/2015 Faturado

05/2015 Faturado

06/2015 Faturado

07/2015 Faturado

08/2015 Faturado

09/2015 Faturado

10/2015 Faturado

11/2015 Faturado

12/2015 Faturado

01/2016 Faturado

02/2016 Faturado

03/2016 Faturado

04/2016 Faturado

05/2016 Faturado

06/2016 Faturado

07/2016 Faturado

08/2016 Faturado

09/2016 Faturado

10/2016 Faturado

11/2016 Faturado

12/2016 Faturado

01/2017 Faturado

02/2017 Faturado

03/2017 Faturado

04/2017 Faturado

05/2017 Faturado

06/2017 Faturado

07/2017 Faturado

08/2017 Faturado

09/2017 Faturado

10/2017 Faturado

11/2017 Faturado

12/2017 Faturado

01/2018 Faturado

02/2018 Faturado

03/2018 Faturado

04/2018 Faturado

05/2018 Faturado

06/2018 Faturado

07/2018 Faturado

08/2018 Faturado

09/2018 Faturado

10/2018 Faturado

11/2018 Faturado

12/2018 Faturado

01/2019 Faturado

02/2019 Faturado

03/2019 Faturado

04/2019 Faturado

05/2019 Faturado

06/2019 Faturado

07/2019 Faturado

08/2019 Faturado

09/2019 Faturado

10/2019 Faturado

11/2019 Faturado

12/2019 Faturado

01/2020 Faturado

02/2020 Faturado

03/2020 Faturado

04/2020 Faturado

05/2020 Faturado

06/2020 Faturado

07/2020 Faturado

08/2020 Faturado

09/2020 Faturado

10/2020 Faturado

11/2020 Faturado

12/2020 Faturado

01/2021 Faturado

02/2021 Faturado

03/2021 Faturado

04/2021 Faturado

05/2021 Faturado

06/2021 Faturado

07/2021 Faturado

08/2021 Faturado

09/2021 Faturado

10/2021 Faturado

11/2021 Faturado

12/2021 Faturado

01/2022 Faturado

02/2022 Faturado

03/2022 Faturado

04/2022 Faturado

05/2022 Faturado

06/2022 Faturado

07/2022 Faturado

08/2022 Faturado

09/2022 Faturado

10/2022 Faturado

11/2022 Faturado

12/2022 Faturado

01/2023 Faturado

02/2023 Faturado

03/2023 Faturado

04/2023 Faturado

05/2023 Faturado

06/2023 Faturado

07/2023 Faturado

08/2023 Faturado

09/2023 Faturado

10/2023 Faturado

11/2023 Faturado

12/2023 Faturado

01/2024 Faturado

02/2024 Faturado

03/2024 Faturado

04/2024 Faturado

05/2024 Faturado

06/2024 Faturado

07/2024 Faturado

08/2024 Faturado

09/2024 Faturado

10/2024 Faturado

11/2024 Faturado

12/2024 Faturado

01/2025 Faturado

02/2025 Faturado

03/2025 Faturado

04/2025 Faturado

05/2025 Faturado

06/2025 Faturado

07/2025 Faturado

08/2025 Faturado

09/2025 Faturado

10/2025 Faturado

11/2025 Faturado

12/2025 Faturado

01/2026 Faturado

02/2026 Faturado

03/2026 Faturado

04/2026 Faturado

05/2026 Faturado

06/2026 Faturado

07/2026 Faturado

08/2026 Faturado

09/2026 Faturado

10/2026 Faturado

11/2026 Faturado

12/2026 Faturado

01/2027 Faturado

02/2027 Faturado

03/2027 Faturado

04/2027 Faturado

05/2027 Faturado

06/2027 Faturado

07/2027 Faturado

08/2027 Faturado

09/2027 Faturado

10/2027 Faturado

11/2027 Faturado

12/2027 Faturado

01/2028 Faturado

02/2028 Faturado

03/2028 Faturado

04/2028 Faturado

05/2028 Faturado

06/2028 Faturado

07/2028 Faturado

08/2028 Faturado

09/2028 Faturado

10/2028 Faturado

11/2028 Faturado

12/2028 Faturado

01/2029 Faturado

02/2029 Faturado

03/2029 Faturado

04/2029 Faturado

05/2029 Faturado

06/2029 Faturado

07/2029 Faturado

08/2029 Faturado

09/2029 Faturado

10/2029 Faturado

11/2029 Faturado

12/2029 Faturado

01/2030 Faturado

02/2030 Faturado

03/2030 Faturado

04/2030 Faturado

05/2030 Faturado

06/2030 Faturado

07/2030 Faturado

08/2030 Faturado

09/2030 Faturado

10/2030 Faturado

11/2030 Faturado

12/2030 Faturado

01/2031 Faturado

02/2031 Faturado

03/2031 Faturado

04/2031 Faturado

05/2031 Faturado

06/2031 Faturado

07/2031 Faturado

08/2031 Faturado

09/2031 Faturado

10/2031 Faturado

11/2031 Faturado

12/2031 Faturado

01/2032 Faturado

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

014.492.603-22

4 - Nome completo da vítima:

maria Sicciano Gonçalves

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

5 - Nome completo:

maria Sicciano Gonçalves

6 - CPF:

014.492.603-22

7 - Profissão:

Aposentada

8 - Endereço:

Rua Proj. Justo

9 - Número:

base

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:
PI

14 - CEP:
64000-000

15 - E-mail:

edusenseguer.com.br

16 - Tel. (DDD):
8699534-6545

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Banco do Brasil (001)

Itaú (341)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 37634

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

22 - 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 Lider para verificação da existência e quantificação 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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

34 - Nome legível de quem assina à rogo/a pedido

Francisco Wellington Silveira Santos

072.152.913-59

35 - Nome legível de quem assina à rogo/a pedido

Francisco Wellington Silveira Santos

36 - CPF legível de quem assina à rogo/a pedido

Francisco Wellington Silveira Santos

37 - (*) Assinatura de quem assina à rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: Wellington Marques Botelho

CPF: 059.919.763-05

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Francisco Alane Fernandes dos

CPF: 040.853.583-09

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 23/01/2020

X



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>5001</i>	02 Data da chamado <i>31/10/11</i>	03 PRO (código) <i>2708</i>	04 Saída do P. <i>0,00</i>	05 Chegada ao local <i>20:30</i>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>10:45</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>21:02</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Paciente	10 Endereço <i>BR 316</i>	11 Bairro	12 Município-UF <i>Teresina</i>	Código IBGE		
Ocorrência	13 Ponto de referência <i>Polícia Federal</i>					
Paciente	14 Nome <i>Maria Socorro Gonçalves</i>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado				
Ocorrência	16 Idade <i>22/02/48</i>	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Índices de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 01		
Transporte	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança		
Físico	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERBAL 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais-Vitais Pulso Resp. PA. TAX. Sat02 <i>94</i>	25 Local da lesão 	
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	29 Dor 	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa			
	27 Pulso Radial 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	30 Fratura 1- Sim 2- Não	Exposta Fechada	3- Suspeito		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/curta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	56,091.	Não Removido
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino <i>HOT</i>					
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	1-Sim 2-Não			
Observações Interdisciplinar	<i>Vítima de atropelamento por veículo com lesões ósseas expostas em membros superiores direita, na pele de fratura de mandíbula e facies queimadura da área fronto-oral.</i>					
	Socorristas Médico ACMO	Enfermeiro Condutor <i>Mapde Antônio Quinto</i>				
	Responsável pela recuperação					
	são: 27.11.2011					





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012560/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/12/2019 10:31 Data/Hora Fim: 09/12/2019 10:46
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 31/03/2019 19:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: BR 316

Bairro: Santo Antônio

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO POSTO DA POLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO WELLINGTON SILVA SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 18/08/1997
Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Francisca Dias da Silva Nome do Pai: Mauro Pereira dos Santos Filho

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 072.152.913-59

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: Q-06 C-07
Complemento: PARQUE DAS ESPLANADAS
Bairro: ESPLANADA

Vínculo	Envolvido(a)	Tempo da Relação
Neto(a)	Maria do Socorro Gonçalves	0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

Nome Civil: MARIA DO SOCORRO GONÇALVES (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Castelo do Piauí Sexo: Feminino Nasc: 03/02/1948
Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Urçula Simão de Sousa Nome do Pai: José Gonçalves Moreira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 014.492.603-22

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: Q-06 C-07
Complemento: RES. ESPLANADA
Bairro: ESPLANADA



Delegado de Polícia Civil Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 09/12/2019 10:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 72



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012560/2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Descrição: NÃO IDENTIFICADO

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

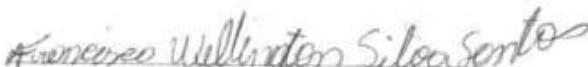
Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

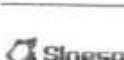
RELATA QUE A VITIMA ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PEDESTRE E QUE CAMINHAVA PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE TRAFEGAVA PELA MESMA VIA ATROPELOU A MESMA. QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU (5001) E LEVADA PARA O HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT, CONFORME PRONTUÁRIO 507143. É O REGISTRO. O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT.

ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Junior
Agente de Polícia
Matrícula 0094781
Responsável pelo Atendimento


Francisco Wellington Silva Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (a) (a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei (rei), conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 09/12/2019 10:48
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 73

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

014.492.603-22

4 - Nome completo da vítima:

maria Soárez Gonçalves

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

5 - Nome completo:

maria Soárez Gonçalves

6 - CPF:

014.492.603-22

7 - Profissão:

Aposentada

8 - Endereço:

Rua Proj. Quatros

9 - Número:

6000

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64000-000

15 - E-mail:

edusenseguros@hotmai.com

16 - Tel.(DDD):

(86) 99534-6545

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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: 0029

CONTA: 37634

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

22 - 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 Lider para verificação da existência e quantificação 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vainascer):

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

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.

NAO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

072.152.913-59

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF: 059 197 763 05

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: 040.853.583-06

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 23/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

lo Representante Legal (se houver)





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, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200039630 Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

Data do Acidente: 31/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). MARIA SOCORRO GONCALVES

Informamos que o pagamento da inden

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50



Recebedor: MARIA SOCORRO GONCALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000037634-5

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, retorno 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

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, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200039630 Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

Data do Acidente: 31/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). MARIA SOCORRO GONCALVES

Informamos que o pagamento da inden

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidz Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: $52,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 7.087,50

Recebedor: MARIA SOCORRO GONCALVES

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000037634-5

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, retorno 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

Seguradora Líder DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 014.492.603-22 4 - Nome completo da vítima: maria Sárceno Gonçalves

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

5 - Nome completo: maria Sárceno Gonçalves 6 - CPF: 014.492.603-22
 7 - Profissão: Aposentada 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Set Pqg Esplanada 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
 15 - E-mail: eduardo.sarceno20@hotmail.com 16 - Tel.(DDI): (86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 37634 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

22 - 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val/nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.



34 Francisco Wellington Silveira Souto

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

072.152.913-59

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Francisco Wellington Silveira Souto

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: Wellington Marques Batista

CPF: 059.997.763-05

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Francisco Alvaro Fernandes de Souza

CPF: 040.853.583-06

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Teresina - PI 23/01/2020

+

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

a do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 78



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, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200039630 Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

Data do Acidente: 31/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA SOCORRO GONCALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
--------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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

Pag. 00623/00624 - carta_03 - INVALIDEZ



00060312

Carta nº 15423999



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 79



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, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200039630 Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

Data do Acidente: 31/03/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). MARIA SOCORRO GONCALVES

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, contados 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

Carta n° 15412871



B22 00788/00780 - Carta 01 - INV/IDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711210 Pág. 80

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Número do Sinistro: 3200039630

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/03/2019

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/06/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 81

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/03/2019

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARIA SOCORRO GONCALVES : 014.492.603-22

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033433/20

Número do Sinistro: 3200039630

Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES

CPF: 014.492.603-22

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/03/2019

Titular do CPF: MARIA SOCORRO GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARIA SOCORRO GONCALVES : 014.492.603-22

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/02/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 84

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES Data do acidente: 31/03/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME @P1 DR. EDIMAR MACHADO DA SILVA CRM 1584 PI DATA 15/06/2020.
VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA GRAU INTENSO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES Data do acidente: 31/03/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE

Documentos complementares:

Observações: @1 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039630 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SOCORRO GONCALVES Data do acidente: 31/03/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE DISTAL DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO). DEMAIS, CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA. P6,8,21,26

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

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



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: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SOCORRO GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000037634-5

Nr. da Autenticação AAB3742CF2415970



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 88

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: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SOCORRO GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000037634-5

Nr. da Autenticação 0523009E3DCE1967



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 26/10/2020 10:29:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261029437830000012024691>
Número do documento: 2010261029437830000012024691

Num. 12711219 - Pág. 89