

# 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: 13/10/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000029634-4

---

Nr. da Autenticação FB81BFB63665CF7C

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150837425 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO ALVES DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 08/06/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/10/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO ( TTO CIRÚRGICO )

**Resultados terapêuticos:** DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL /50% DE 25% = 12,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2015

Carta nº: 8022194

A/C: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

Sinistro: 3150837425  
Vítima: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO  
Data Acidente: 08/06/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000029634-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



*João Alves de Araújo Neto*

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.264.150 DATA DE EMISSÃO 01/10/10

NOME JOÃO ALVES DE ARAUJO NETO

FILIAÇÃO EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO  
JOSÉ CESÁRIO GOMES DE ARAUJO

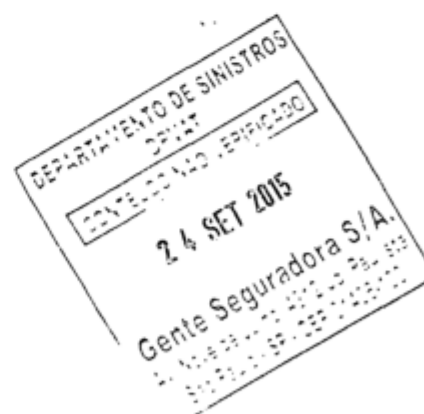
NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 04/05/1973

CERT. CASAM. 13213 L 348 F 224  
EXP TERESINA-PI 13/12/94

TERESINA-PI

517.274.553-04

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

0120110000602 8923686619  
93747605500

0655358b3e807ecdc1e509e55e4b4019fef926110110

1 273792644

MARCELO RIBEIRO DA SILVA

CJ DIRCEU ARCOVERDE II QD 00000  
DIRCEU ARCOVERDE II PI

00488212332 NIT-8829

JOTAL LTDA

9C2KC1670BR329974

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	ALCO/GASOL
HONDA/CG 150 FAN ESI	2010 2011
02P/0149CC	PARTIC VERMELHA

0 PBT: 000.30

ALIENACAO FIDUCIARIA  
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

TERESINA

10/01/2011

WELLINGTON LIMA SOARES  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI





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

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

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




DADOS DO PACIENTE:

5.522.917/0022-02  
Núcleo Hosp. Santa Rosa NRE  
Visto em 13/06/96  
Mônica Brito

END: 06/06/2015 16:26:51

User: MARLENE SIGUEBA

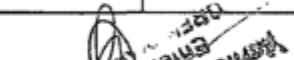
(Estado: ACCB22)

<u>Nome:</u> JOAO ALVES DE ARAUJO NETO				<u>Prontuário:</u> 341132
<u>Mãe:</u> EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO		<u>Pai:</u> JOSE CESARIO GOMES DE ARAUJO		
<u>End.Resid.:</u> QUADRA 13 CASA 18 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
<u>Nascimento:</u> 04/05/1973	<u>Idade:</u> 42a:1m:4d		<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 86-8862-2670
<u>Responsável:</u> EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO			<u>CNS:</u> 700007675914702	
<u>Profissão:</u> PRETISTA			<u>Documento:</u>	
<u>E. Instrução:</u> Fundamental Incompleto			<u>E.Civil:</u> Casado(a)	
<u>End.Local.:</u> - - -				

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 475576	<u>Data:</u> 08/06/2015 16:22:47	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU		
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR				<u>Convênio:</u> S U S
<u>Acid.Trab.:</u> Não	<u>Caso Policial:</u> Não	<u>Pl.Saúde:</u> Não	<u>Trauma:</u> Não	<u>Maus Tratos:</u> Não

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u> QUEIMADURAS	<u>Evento Principal:</u> Dor moderada	<u>Destino:</u> CONSULTORIO GERAL	<u>Classificação:</u> Amarelo
<u>Breve História:</u> PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM COLISÃO POR CARRO. EM USO DE CAPACETE. COM RELATO DE DOR EM OMBRO, TRAUMA EM MIE E ESCORIAÇÕES. ECG: 15.		<div style="text-align: right;">  </div>	
Ass.Profissional Acolhimento:		Ass.Profissional Acolhimento:	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 16:50)

Paciente vítima de acidente motociclistico na shera. (A) vias aéreas  
permeáveis (B) FR=26irpm, ausculta pulm. sem alterações, SatO2=97%  
(C) OK; (D) ECG=15, dificuldade de movimentação em ombro (E)  
(E) = Apresentando fratura não exposta em perna (E)  
Abdomem sem alterações. DEPARTAMENTO DE SINISTROS

1A _____ X _____ mmHg	Pulso: <u>82bpm</u>	FC: <u>24-867-2015</u>	Temp.: <u>36.5</u>
-----------------------	---------------------	------------------------	--------------------

Diagnóstico Inicial:

Polinauro

# Three of Four Ref by J.D. J.D.

CONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

② Solicito Rx de ombino E. e. e. e. e.

ТТО Селавина

**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

DATE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

HORA: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_.

Se Internação, indique o Procedimento e CID

0 40 80 50 500

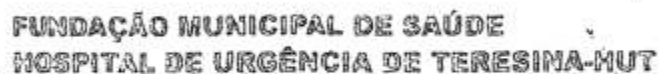
### Procedimento

CID

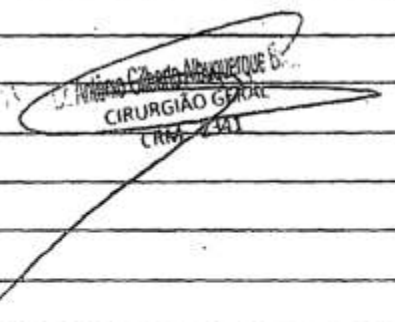

Adriana Kelmias N. Araújo  
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Carlos de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 3054

Assinatura CRMP 13054 Profissional Médico



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
					HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
		PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO				
11/06						
						

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AIH : 221510147179-2

Orção Emissor: H221100001

UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

IDEI

JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

D.LIBERA: 23/06/2015

PROCED.: 0408050543

OP.SIST: LUPINHA

CID : 9823

DT. LAUDO: 08/06/2015

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

Márcio de Sá Nepeça

Responsável

NASCIMENTO  
04/05/1973da  
ação:

5836

132

5-Nome: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

7-CNS: 700007675914702 8-Nascimento: 04/05/1973 9-Sexo: Masculino

11-Mãe: EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO

12-Fone: 86-8862-2670

13-Resp: EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO

14-Cor: Parda

15-End: QUADRA 13 CASA 18 - CONJ. SANTA FE - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente de trânsito com trauma em perna E.

21 - Condições que justificam a internação:

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

24-CID Prim:

S823

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408050543

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

Tempo SUS

4

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

776.327.023-34

Dr. Marcos Vaz

CRM: 3061

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

08/06/2015

DEPARTAMENTO DE ORTODONTIA E CIRURGIA VASCULAR

CONTEUDO DE ASS. Carimbo Med.Sol.(CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

Gente Seguradora

41-Serie:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

23/06/15

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

Marcelo Martins S. Moura  
Médico Auditor - FMS - Teresina  
CRM-PI 1260 - CNS 17026395120001

50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Mãe do Suparo José

Usuário: (AMPAROLEAL)

Consulta Local: 475576

Consulta SUS:

Impressão: 19/06/2015 17:31:09





## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA

09/06/15

NOME DO PACIENTE:	Edo Alves de Azevedo Neto	PRONTUÁRIO Nº:	341332
DIAGNÓSTICO:	Fratura do Tíbio Esq.	CIRURGIA:	RAP1
ANESTESIA:	Rome	Nº DA SALA:	08
CIRURGIÃO:	Dr. Edo Vaz de O. Neto	CPF Nº:	
AUXILIAR:	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM RJ 3054	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Inez	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	08		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	01		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		crepom 24 SFT 2015	unid	08	
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	20	04					
FITA UMBILICAL							
VICRYL	0	02					
PROLENE							

HUT-SAMU  
CONFERE COM O ORIGINAL  
TERESINA, 08/07/15.  
SERVIDOR: [Assinatura]

ENFERMARIA:  
CIRCULANTE:  
Tereza Azevedo

# SUMÁRIO DE ALTA



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

**Prontuario:**  
 341132  
**Internação:**  
 136033

<b>Nome: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO</b>				
<b>End. Resid.: QUADRA 13 CASA 18 - CONJ. SANTA FE</b>				
<b>Cidade: TERESINA - PI</b>			<b>CEP: 64000-010</b>	
<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nascimento:</b> 04/05/1973	<b>Idade:</b> 42a:1m:7d	<b>Estado Civil:</b> Casado(a)	<b>Profissão:</b> FRENTISTA
<b>Internação</b>		<b>Alta</b>		<b>Permanência</b>
<b>Data</b> 11/06/2015	<b>Hora</b> 08:37	<b>Data</b> ___/___/___	<b>Hora</b> __:__	

## Diagnósticos:

<b>CID Principal:</b>	<i>Fratura humero radial E</i>	<b>Cod.CID:</b>	<i>S</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
<b>CID Secundário:</b>						
<b>CID Causa Morte:</b>						

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

*2013*

## EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*2013*

## MEDICAÇÕES:

**CIRURGIA:** Data: *11/06/15* Tipo: *osteotomia do*

*unho* *(E)* / *fratura de* *deformidade* *de Ethilord*

## PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

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

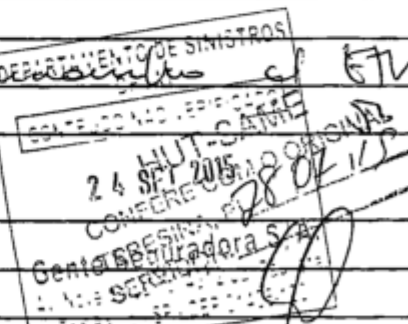
## TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: \_\_\_\_\_ Transporte: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Dr. Leonardo Ponce Leal  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PI 2608





AIH : 221510145240-0  
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Orgão Emissor: R221100001 (AIA)

**MODELO PARA SOLICITAÇÃO DE APROVAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

NASCIMENTO  
04/05/1973

D.LIBERA: 16/06/2015

DT. LAUDO : 11/06/2015

PROCED. : 0408060190 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

OP.SIST: LUPINHA

CID : S422

Assessor de Auditoria  
CRM-PI 877 - CPE 15/05/2015  
CNS 1006288110

Assinatura do Responsável

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

136033

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: JOAO ALVES DE ARAUJO NETO

6 - Prontuário: 34113

7-CNS: 700007675914702

8-Nascimento: 04/05/1973

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO

12-Fone: 86-8862

13-Resp: EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO

14-Cor: Parda

15-Ender: QUADRA 13 CASA 18 - CONJ. SANTA FE - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 6400

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

1- Principais sinais e sintomas clínicos:

Transtorno no membro (E) da mão  
e fratura da mão

21 - Condições que justificam a internação:

de cura

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

Exame físico

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408060190

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 33-Data Solicitação:

Ortopedia

02

01

CPF

167.786.998-41

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

LEANDRO PONCE LEAL

34-Data Solicitação:

11/06/2015

HUT-SAME  
CONFERE COM ORIGINAL  
TERESINA, PI  
SERVIDOR:

24-Cod. Sec. 1

25-Cod. Sec. 2

26-CID C.Ass.: 3

24 SET 2015

Gente Seguradora S/A

Dr. Leandro Ponce Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 12608

35-Ass. Carambo Med. Sol. (CRM)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36-( ) Acidente de Trânsito

37-( ) Acidente Trabalho Típico

38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No. Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

16/06/15

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

Marcondes Martins S. Moura  
Médico Auditor - FMS - Teresina  
CRM-PI 12608 - CNS 17026395120001

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Leandro Ponce Leal

Usuário: (CATIANNY)

Consulta Local: 475576

Consulta SUS:



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11 / 06 / 15

NOME DO PACIENTE: João Alves de Araújo Neto	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO: Fratura omo humeral E	CIRURGIA: Osteotomia de Omo
ANESTESIA: Bloqueio	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO: Dr. Leonardo	CPF Nº: 167 786 998-41
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Armando	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Jucacilene	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3-0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: Rosemary			
PROLENE							



IAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
NCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE							
JOÃO ALVES DE ARAUJO NETO		341132	42	Ortopédica	229	218								
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES								
DI: 09/06/2015	FRAT. TIBIA + ÚMERO					07:30' - Paciente de alta por indicação médica.								
12/06/15														
1	Dieta oral livre													
2	SG 5% _ 1000ml EV +- 35 gts/min													
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h													
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs													
5	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs													
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN													
7	Nubain _ 01 amp + AD EV 8/8hs S/N													
8	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N													
9	Cuidados gerais e sinais vitais													
<div>CONFERE COPIA ORIGINAL TERESINA, PIA SERV. ADCR HUT-S-AME 24 SET 2015 DEPARTAMENTO DE SINISTROS Gerente Seguradora S/A</div>														
Dr. Giordano Camargos / Dr. Yuri Rivalto Félix / Dr. Fernando Couto de Oliveira / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Durval T. N. Leal														
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia														
CRM3415-TEOT10025 CRM/PI2308 CRM3467-TEOT11913 CRM3766-TEOT11305 CRM1995-PI/CRM3636-MA														





FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente		SOM ALVES DE ANTONIO KEN	
Diagnóstico pré-operatório		FURCULA OMO HUMERUS (E)	
Operação - Tipo		Osteotomia do omo (E)	
Cirurgião	1º Assinante	2º Assinante	
2º Assinante	3º Assinante	CAP 78	
Instrumentador(a)	Anestesiologista	Anestesia	
Siracilene	W. Romarinho	Blaquero	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
15/6/15			
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)			
Osteotomia do omo			
Suturas do tendão maior			
2 pontos			
Suturas			
Cura			

Dr. Leandro Pontes Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 2608

## FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>João Alves de Araujo Neto</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA <u>11/06/15</u>	P. ARTERIAL <u>12x8</u>	PULSO <u>80</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICÓIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		QUANTIDADE				TOTAL DE DOSES
1						① Oxigenação 2x4 - 2
2						② efedrina - 3
3						③ fentanyl - 2ml
LÍQUIDOS	SO-LITO 500					
	400					
	SANGUE 300					
	200					
	OUTROS 100					
TEMPERATURA T	38	260				
		240				
		2				
P. ARTERIAL V O PULSO		200				SEQUÊNCIA
		180				1
		160				2
		140				3
		120				4
		100				5
		80				6
		60				7
		40				8
		20				9
		10				10
						11
						12
						13
						14
						15
SÍMBOLOS						DURAÇÃO <u>1:50</u>
TÉCNICAS <u>Choque de Broussier</u>		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS <u>Amirando Rocha Pinto</u>						
Dr. Amirando Rocha Pinto						
MÉDICO - ANESTESIOLOGIA						
CRM 1341						
PARTICULARIDADES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
		3				

HUT - GAMA  
CONTROLE DE QUALIDADE  
TERESOPOLIS - RJ  
08/06/15



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <b>João Aluísio de Farias Neto</b>			
Diagnóstico pré-operatório <b>fratura do fêmur Bx (Pilo 7) met</b>			
Operação - Tipo <b>Artroscopia</b>			
Cirurgião <b>Dr. Caio Vaz de O. Neto</b>		1º Assinante	
2º Assinante <b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>		3º Assinante	
Instrumentador(a)		Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação <b>09/05/15</b>	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
<b>Realizado em ambulatório, com anestesia geral, fêmur direito, fratura fechada, redução e fixação com placa e parafusos, drenagem e fechamento.</b>			
Assinado por <b>Dr. Caio Vaz de O. Neto</b> <b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>CRM-PI 3.054</b>			



# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE				Nº DE REGISTRO		
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
09.06.15	130/75	88				
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DCS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO		MIDA 20L/min 15p				
LÍQUIDOS		NEO ORINO 0,5g				
		Remissão 15mg				
		Fenacetil 30mg				
		Etila 20mg 02h				
TEMPERATURA T	Cº	AROPINO 0,2mg				
P. ARTERIAL V O PULSO		Etila 20mg				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		SEQUÊNCIA				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		Mantimento 0,1mg				
RESPIRAÇÃO O		Mantimento 0,1mg				
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						

HUT - FÁTIMA  
COMPLEXO CIRÚRGICO  
FACULDADE DE MEDICINA  
MDC 10

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO ALVES DE ARAUJO NETO** (Prontuário: 341132)  
Endereço: QUADRA 13 CASA 18 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/05/1973 Idade: 42a:1m:7d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 135836  
Requisição: 537850 Solicitação: 11/06/2015 Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL  
Controle: 679208 Convênio: S U S P.A. TEMPORÁRIO (TRANSFERÊNCIA) ÚNICA (TRANSF.) LEITO ÚNICO

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 11/06/2015

**OMOPLATA OU OMBRO**

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura alinhada no aspecto lateral da cabeça umeral esquerda.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 11/06/2015

**WILSONNEY HOLANDA LEAL**

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO ALVES DE ARAUJO NETO** (Prontuário: 341132)  
Endereço: QUADRA 13 CASA 18 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/05/1973 Idade: 42a:1m:5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 135836  
Requisição: 537235 Solicitação: 09/06/2015 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO  
Controle: 678491 Convênio: S U S P.A. TEMPORÁRIO (TRANSFERÊNCIA) ÚNICA (TRANSF.) LEITO ÚNICO

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 09/06/2015

**PERNA**

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

- Exame para controle pós-operatório de osteossíntese metálica em diáfise da tíbia.

(LUIS CEZAR)

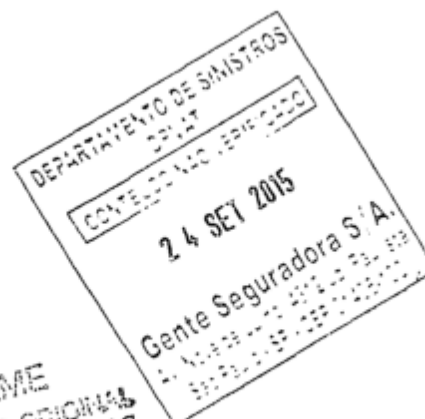
TERESINA - PI 09/06/2015

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

HUT-SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
TERESINA, PI 28/07/15  
SERVIDOR:



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO ALVES DE ARAUJO NETO** (Prontuário: 341132)  
 Endereço: QUADRA 13 CASA 18 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 04/05/1973 Idade: 42a:1m:4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 135836  
 Requisição: 537057 Solicitação: 08/06/2015 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO  
 Controle: 678287 Convênio: S U S P.A. TEMPORÁRIO (TRANSFERÊNCIA) ÚNICA (TRANSF.) LEITO ÚNICO

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 08/06/2015

**T.C. DE OMBRO - ESQUERDO**

O EXAME TOMOGRÁFICO COMPUTADORIZADO DO OMBRO REALIZADO COM CORTES AXIAIS EM PADRÃO DUPLO HELICOIDAL COM ESPESSURA DE 2,0MM, USANDO FILTROS DE ALTA RESOLUÇÃO E DE ALTA DEFINIÇÃO ÓSSEA.

- AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DAS PARTES MOLES DO OMBRO.
- PEQUENO DERRAME ARTICULAR GLENO-UMERAL.
- FRATURA COMINUTIVA NO UERO PROXIMAL ENVOLVENDO A GRANDE E PEQUENA TUBEROSIDADES.
- RELAÇÕES ARTICULARES GLENO-UMERAL E ACROMIO-CLAVICULAR PRESERVADAS.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/06/2015

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO ALVES DE ARAUJO NETO** (Prontuário: 341132)  
Endereço: QUADRA 13 CASA 18 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/05/1973 Idade: 42a:1m:23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 475576  
Requisição: 537031 Solicitação: 08/06/2015 Solicitante: SAMUEL LEMOS PEREIRA  
Controle: 678255 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 08/06/2015

**PERNA**

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

- FRATURAS OBLÍQUAS RECENTES DESALINHADAS NA DIÁFISE DOS OSSOS DA PERNA.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/06/2015

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HUT-SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
TERESINA, PI 28/07/15  
SERVIDOR:



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO ALVES DE ARAUJO NETO** (Prontuário: 341132)  
Endereço: QUADRA 13 CASA 18 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/05/1973 Idade: 42a:1m:23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 475576  
Requisição: 537031 Solicitação: 08/06/2015 Solicitante: SAMUEL LEMOS PEREIRA  
Controle: 678254 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 08/06/2015

**OMOPLATA OU OMBRO**

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA RECENTE NA TUBEROSIDADE UMERAL.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

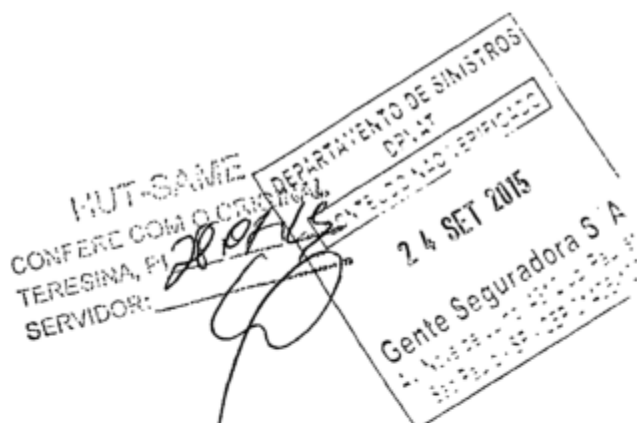
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/06/2015

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO ALVES DE ARAUJO NETO** (Prontuário: 341132)  
Endereço: QUADRA 13 CASA 18 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/05/1973 Idade: 42a:1m:19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 475576  
Requisição: 537032 Solicitação: 08/06/2015 Solicitante: SAMUEL LEMOS PEREIRA  
Controle: 678256 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 08/06/2015

**COLUNA CERVICAL**

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/06/2015

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HUT-CAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
TERESINA, PI  
SERVIDOR: *[Assinatura]*



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO ALVES DE ARAUJO NETO** (Prontuário: 341132)  
Endereço: QUADRA 13 CASA 18 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 04/05/1973 Idade: 42a:1m:19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 475576  
Requisição: 537032 Solicitação: 08/06/2015 Solicitante: SAMUEL LEMOS PEREIRA  
Controle: 678258 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 08/06/2015

**PELVE SIMPLES**

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFESE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/06/2015

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**CPF: 133.903.173-88 CRM PI 1341  
Profissional Responsável

HUT-SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
TERESINA, PI 28/06/2015  
SERVIDOR:





JOÃO ALVES DE ARAUJO NETO

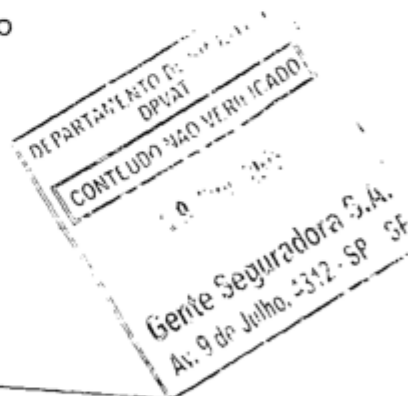
### RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA GRAVE NA PERNA ESQUERDA E OMBRO ESQUERDO.  
DIAGNÓSTICO DE FRATURA COMINUTIVA DA TIBIA ESQUERDA E GRANDE TUBEROSIDADE DO UMERO PROXIMAL ESQUERDO.  
REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PERNA ESQUERDA, FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO UMERO PROXIMAL ESQUERDO.  
EVOLUI COM SINAIS DE INFECÇÃO LOCAL NA PERNA ESQUERDA E RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO.  
MANTÉM TRATAMENTO CLÍNICO, MEDICAMENTOSO E FISIOTERÁPICO DE REABILITAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

CID: S82.2 + S42.2 + M84.2 + M86.4

Teresina, 15/10/2015

Dr. CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO  
ORTOPEDIA - CRM 3054



### **MEDICAL LESTE**

Av. Aviador Irapuã Rocha, 1430. 3º Andar. Jóquei. Teresina-PI  
64048-232 Tel: (86) 3301-2510. [osteonmedicalleste@gmail.com](mailto:osteonmedicalleste@gmail.com)



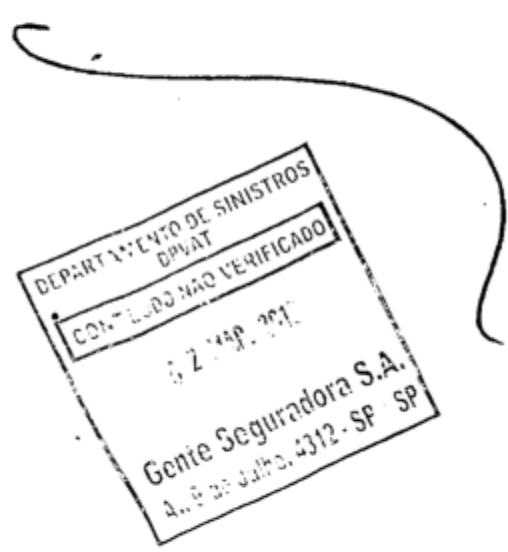
João Alves de Araújo Neto, vítima de acidente de trânsito em 08/06/15 com fratura do úmero proximal E e da diáfise da tíbia E.

Realizado tratamento cirúrgico.

Evoluiu com limitação do movimento de elevação do braço E e dor à mobilização da perna E.

Perda funcional MSE  $\rightarrow$  60%.

Perda funcional MIE  $\rightarrow$  60%.



Ana Paula M. Vale e Silva  
Médica  
CRM-PI 2781

29/01/16



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



**'BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.001699/2015-72**

Complementar ao BO Nº: 100255.001698/2015-28

Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 29/07/2015 - 09:54

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora

08/06/2015 - 15:40

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

TANCREDO NEVES

Endereço

SÃO FRANCISCO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DEPOSITO DA NESTLÉ

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: JOÃO ALVES DE ARAUJO NETO

RG: 1264150 SSP/PI

Mãe: EULINA PEREIRA DA SILVA ARAUJO

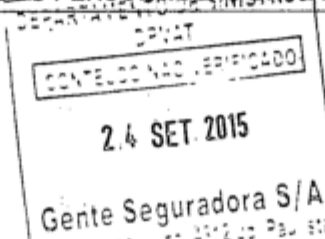
Pai: JOSE CESÁRIO GOMES DE ARAUJO

Endereço: QUADRA 13 CASA 18, Nº

Bairro: SANTA FÉ

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante



**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

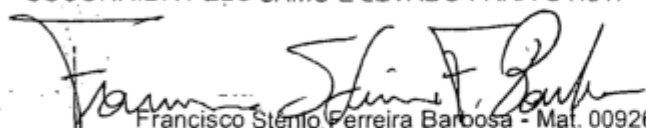
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AV SÃO FRANCISCO, SENTIDO NORTE/SUL, CONDUZINDO A MOTO HONDA/CG 150 FAN, COR VERMELHA, ANO 2010/11, PLACA NIT-8829, RENAVAM 273792644 DE PROPRIEDADE DE MARCELO RIBEIRO DA SILVA, E NAS PROXIMIDADES DO DEPOSITO DA NESTLÉ, TEVE SUA PASSAGEM OBSTRUIDA POR UM VEÍCULO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, QUE EVADIU-SE DO LOCAL, FICANDO O INFORMANTE COM LESÕES NA PERNA E BRAÇO ESQUERDOS, SEGUNDO PRONTUÁRIO MÉDICO. APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT.



  
Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681  
AGENTE DE POLÍCIA

  
JOÃO ALVES DE ARAUJO NETO - Noticiante  
Responsável pela Informação

JETAN PINHEIRO BARBOSA  
Delegado de Polícia



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

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



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 1292	02 Data do chamado 08/06/15	03 PRO (código) 2896	04 Saída do PA 15:55	05 Chegada ao local 16:05
	06 Saída do local 16:15	07 Chegada ao 1º. hospital 16:30	08 Saída do 1º. hospital 11	09 Chegada ao 2º. hospital 11	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. São Francisco	11 Bairro Cj Tancredo	12 Município-UF T-HE	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Naves - próximo do depósito da Nestlé				
Dados do Paciente	14 Nome João Alves de Ananjo Neto	15 Sexo <input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Ignorado			
	16 Idade 04/05/73 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	<input checked="" type="checkbox"/> 01 - Acidente de transporte <input type="checkbox"/> 02 - Agressão física-espantamento <input type="checkbox"/> 03 - Agressão física-FAF <input type="checkbox"/> 04 - Agressão física-FAB <input type="checkbox"/> 05 - Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> 06 - Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> 07 - Envenenamento <input type="checkbox"/> 08 - Afogamento <input type="checkbox"/> 09 - Queimadura <input type="checkbox"/> 10 - Choque elétrico <input type="checkbox"/> 11 - Queda <input type="checkbox"/> 12 - Urgência clínica <input type="checkbox"/> 13 - Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> 14 - Transferência <input type="checkbox"/> 15 - Exames complementares <input type="checkbox"/> 16 - Outros <input type="checkbox"/> 17 - Já removido <input type="checkbox"/> 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado				
	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Ano 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado				
Exame Físico	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado				
	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança				
Assistência	23 Glasgow = <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> A voz <input checked="" type="checkbox"/> A dor <input type="checkbox"/> 1-Nenhuma RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientada <input checked="" type="checkbox"/> Confusa <input type="checkbox"/> 3-Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2-Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1-Nenhuma RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input checked="" type="checkbox"/> Localiza dor <input type="checkbox"/> 4-Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 3-Flexão anormal <input type="checkbox"/> 2-Extensão anormal <input type="checkbox"/> 1-Nenhum				
	24 Sinais Vitais Pulso 87 Resp 20 TA 13x9 TAX 96 SatO2 96				
Hospital de Destino	25 Local da lesão 				
	26 Pupilas <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Iguais <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais 27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> 2 - Fino <input type="checkbox"/> 3 - Ausente 28 Sangramento <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não				
Observações Interdisciplinar	29 Dor <input type="checkbox"/> ZSCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Muito Intensa 10 30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Suspeito <input type="checkbox"/> 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica 32 Hospital de Destino HULT <input type="checkbox"/> Não Removido 33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado 34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
	35 Observações Interdisciplinar Paciente vítima de queda de moto colisão com muro, apresentando escoriações, fratura de tibia perna e + luxação de ombro e consciente orientado.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE Raimundo		Enfermeiro Condutor P. M. M. A.	



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOÃO ALVES DE ARAÚJO NETOPORTADOR(A) DO RG Nº 1.264.150EXPEDIDO POR SSP - RJEM 03/10/10 ECPF 517274553-04 /CNPJ \_\_\_\_\_PROFISSÃO DENTISTA

E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOÃO ALVES DE ARAÚJO NETO. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

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

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1989 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 29634-4

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

TERESINA, 31 de JULHOde 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

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

