

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00243-7

CONTA: 000010028550-3

Nr. da Autenticação 23F1D5437D2E01B4

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180427611 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS JADHAYSON DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.
TEIXEIRA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO, CURSANDO COM ÁREAS DE CONTUSÕES HEMORRÁGICAS EM REGIÃO FRONTAL E FRATURAS DOS OSSOS DA FACE, ALÉM DE TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM FRATURA DO PLATÔ TIBIAL E DA FÍBULA PROXIMAL.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTESA DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIANO. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO, OSTEOSÍNTESE COM UTILIZAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS, EVOLUINDO COM DOR EM JOELHO DIREITO, COM REDUÇÃO NA AMPLITUDE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO.
PACIENTE APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO DIREITO, REFERE DOR AOS MOVIMENTOS, COM REDUÇÃO INTESA NA AMPLITUDE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO.
SEM SEQUELA CRANIOFACIAL.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/10/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: VICTOR EMMANUEL DE SOUSA FERREIRA

CRM do médico: 4669

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180427611**

Nome do(a) Examinado(a): **LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **LC BELA FONTE n° 0 - ZONA RURAL - UNIAO/PI**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 0427964220112 - SSP**

Data e local do acidente: **05/05/2018 UNIAO/PI**

Data e local do exame: **01/10/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIANO, CURSANDO COM ÁREAS DE CONTUSÕES HEMORRÁGICAS EM REGIÃO FRONTAL E FRATURAS DOS OSSOS DA FACE, ALÉM DE TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM FRATURA DO PLATÔ TIBIAL E DA FÍBULA PROXIMAL.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIANO, TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO, OSTEOSÍNTESE COM UTILIZAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS, EVOLUINDO COM DOR EM JOELHO DIREITO, COM REDUÇÃO NA AMPLITUDE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PACIENTE APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO DIREITO, REFERE DOR AOS MOVIMENTOS, COM REDUÇÃO INTENSA NA AMPLITUDE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO. SEM SEQUELA CRANIOFACIAL

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **JOELHO DIREITO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

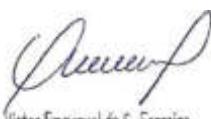
Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: VICTOR EMMANUEL DE SOUSA FERREIRA CRM:4669/PI


Victor Emmanuel de S. Ferreira
MÉDICO
CRM-PI: 4669

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LAMRINDO TEIXEIRA NETO

RG nº 921-465, data de expedição 18.07.84.
Órgão SSP-MT portador do CPF nº 395.931.263-68 com
domicílio na cidade de COELHO YLETO, no Estado de
MARANHÃO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA JOSE BONATO n° 51,

complemento de Quares, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ACASIDRAHAYSB DA S. TEIXEIRA cujo o condutor era

LUCAS JADDE BESOU DA SILVA TEIXEIRO

Veículo: VAMPIRA / FATOR VBR-125 K, PRETA

Models: 2013

Model: 7012
Ang: 9641

Placa:

Placa: 400P-1880
Chassi: 9S6KE15

Data do Acidente: 25-05-2018

Local e Data:

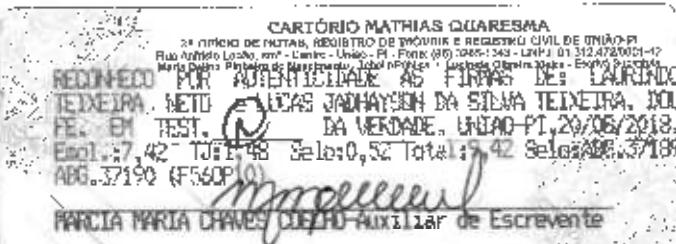
Locate Data: 2 00 01

Assinatura do Declarante

EDUCATIONAL
EXCHANGES

Page 3 of 3

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





HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
 RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
 Fone (086) 3265 1116
 CNPJ: 18.488.308/0001-93
 E-mail: direcaohospital.hmtu.pi@gmail.com

Treinamento
as 8:30:30

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE:

SERVIDOR: Osmarina

DATA: 05/05/2018

HORA: 18:27

DADOS DO PACIENTE.

NOME DO PACIENTE: Lucas Jardayson da Silva Teles
 NOME DA MÃE: maria Raimunda dos Santos

CNS: 708 1048 534 7038 RG:

CONTATO:

ENDERECO: Assentamento bela fonte CEP: 64 120 600

BAIRRO: Zona rural

CIDADE: União

UF:

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

DEMANDA ESPONTANEA CENTRO DE SAÚDE SAMU PM BOMBEIRO OUTROS

ANOTações DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MÓVIL DA PROCURA:

TRAUMA

CLÍNICO

PEDIÁTRIA

S. VITais/FC: PA: SAT.02: T: DOR: ECG: GLICEMIA: PESO: ALTURA:

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

ANOTações Fratura tibíferenosa D+ erupções na face,
 visíveis em face:

VERMELHO LARANJA AMARELO VERDE AZUL

HORÁRIO:

ENFERMEIRO(A):

CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO

Paciente apresentando

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 06/05/18

Assinatura

ANTONIA R. VIANA DA SILVA

04. EXAMES COMPLEMENTARES

 LABORATORIAL RX US

DIAGNÓSTICO

Padid consequentes ao acidente
 facial.

14 SET 2018

05. PRESCRIÇÃO MÉDICA

O SFP 14. nesse
 O Traumatismo + Fd. Ev.
 O Marom + M. Ev.
 Hdd + m / Throtis
 500

07. CONDUTA

 ALTA ÓBITO EVASÃO

TRANSFERIDO PARA:

 INTERNACAO OUTRA UNIDADE CENTRO DE SAÚDE URGÊNCIA EMERGÊNCIA NÃO URGÊNCIA

08. HORA/SAÍDA

PACIENTE:

MÉDICO CRM:

ENFERMEIRO(A)/COREN:

None Valente Sousa
COREN-PI 669MÉDICO
CRM:Médico de Atendimento
MÉDICOENFERMEIRO(A)
COREN

Comun. de



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o **Mr. Lucas Jadhayson da Silva Teixeira** deu entrada neste hospital no dia 05 de maio de 2018, às 18h27min, vítima de acidente de motocicleta. O mesmo chegou ao hospital na ambulância do SAMU.

União - PI, 06 de agosto de 2018.

EPJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 SET 2018

DPVAT

Antônia Raimunda Viana da Silva

Antônia Raimunda Viana Silva

Servidora do HMU



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNI. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA-DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSPARENCIA

DATA 05/05/18 HORA: _____ Nº DO FONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE H. M. V. MUNICÍPIO União

MÉDICO: José Tomás CRM: 543

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DE SOLICITAÇÃO

Nome: Lucas Jadayson da Silva Teixeira

Data de Nascimento: 24/05/94 Idade: 23 anos Sexo: () Masculino () Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde 708 1045 1534 7038

Município de Procedência União

HDA: Intérva de acetato de acetato de etila, Politreptano. Agitado. Acometido. Desorientado. Algo agitado. Pupilas 120-oculos. Fotonegativa; fundo na retina + fíbris D; retinopatia hiperdensa na face. Hi Polidistretado.

ESCALA DE GLASGOW 14

ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea

3 - Comandos

2 - À dor

1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

5 - Orientado

4 - Confusa

3 - Palavras inapropriadas

2 - Palavras incompreensíveis

1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

6 - Obedece a comandos

5 - Localiza dor

4 - Movimento de retirada

3 - flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Nenhuma

14 SET 2018

ORVAT

SINAIS VITAIS

T ex 36,5°C P: 70 bpm R: 20 mm PA: 140 x 80 mmHg As: O: 95 Glicemia: 200 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio () Hidratação Venosa ?FIO,9%; Diurepsm 10mgf + Aciperetil.

() Aspiração () Medicação (especificar) Bacitridina, Floni, Traumadol.

() Curativo () Outros Lipíiana.

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

RX pelo tere.

Assinatura e carimbo do médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clinica/Posto: _____ Senha: _____

:10 : 25/11/18 AUT: 219936813



Prefeitura de
Teresina

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) paciente LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA (RG:042795422011-2) foi admitido neste serviço no dia 05/05/2018 às 21:26h e encontra-se internado sem previsão de alta no momento.

Teresina, 07 maio de 2018

[Signature]
C.R.S - Conselho de Conselhos 2018/2
Assistente Social
CRESS 22ª Região nº 640
Assistente Social

CONSELHO
DE SÉGUROS

14 SET 2018

COVAT



Rua Otto Tito, 1620, Bairro Edeméia,
Teresina-PI, CEP 64017-775.
CNPJ 17.577.205/0008-03



86 3218-5199



diretor@alhut@gmail.com



NOME DO PACIENTE:

Lucas Jothayson da

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

425 726

Silva

Lucas
Silva
de Oliveira
de Oliveira

14 SET 2018

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



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

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

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

NHC 020518 09:30hrs

NEUROCIURGIA - DK

ORTOPEDIA

CIR. GERAL

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA		Prontuário: 475726
Mãe: MARIA RAIMUNDA DA SILVA BASTOS	Pai: LAURINDO TEIXEIRA NETO	
End. Resid.: ASSENTAMENTO BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIÃO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento: 24/05/1994	Idade: 23 Anos	Sexo: Masculino Fone: 86-99563-5646
Responsável: MARIA SUELANE	CNS: 008104515347038	
Profissão: NAO INFORMADO	Documento: RG: 0427964220112 - SPP PI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 663612	Data: 05/05/2018 21:26:39	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S e S	
Cid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Anid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Mecanismo do trauma significativo	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, MOTOCICLISTICO, COM TCE, BLEEARHEMATOMAS, ESCORIAÇÃO NA FACE, SANGUE EM VÓMITOS, DESORIENTAÇÃO E FRATURA EM Perna Direita. EVENTO OCORRIDO POR VOLTA DE 17h. ECG:3+3+5-11.		Profissional Clas. Risco: MARCO ANTONIO VERAS ROCHA COREN: 274043	
		Em: 05/05/2018 21:34:50	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Paciente vítima de acidente motociclistico há ± 4 horas apresentando PNC (paciente medicado com sedativo), edema periorbital bilateral e vomitos com sangue. (A) não acha parar, sem colar cervical e um braço rígido (B) MVA em RHTK apontando sinal de traumização em hombro D. (C) Sem sangramento ótico, AC: sem alterações. Abdome: Náusea, DHA+, sem abaulamentos hipotensionico (D) Paciente sob efeito de sedativo, pupilas inconexas, mióticas. (E) Escoriações em M53, M10

PA X mmHg	P脉: DATA: 05/05/18	RADIO X REALIZADO: IUT DR. ZENON FONSECA
Diagnóstico Inicial:	Técnico: LVERANDO	EXAME: COAGULOG+FACE

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- (1) Solicito Rx de torax, pulmões, M10
- (2) Solicito TC de face, coluna cervical, tórax
- (3) Solicito US de abdome

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / . HORA: : IMPACT	Se Intubação, Indique o Procedimento e CID
	03.340032 Procedimento J263 - CID

Lúcio Teixeira Síndrome de Ehlers-Danlos
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Marcus Vinícius O. dos Santos
Neurocirurgião
CRM: 3950

Assinatura Profissional Médico



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA		Prontuário: 475726
Mae:	MARIA RAIMUNDA DA SILVA BASTOS	Pai: LAURINDO TEIXEIRA NETO
End.Resid.:	ASSENTAMENTO BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI - CEP: 64120-000	
Nascimento:	24/05/1994	Idade: 23a:11m:11d
Responsável:	MARIA SUELANE	
Profissão:	NAO INFORMADO	
G. Instrução:	Não informado	
End.Local.:	---	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 663612	Data: 05/05/2018 21:26:39	Clas. Cor: Laranja
MOTIVO da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênios U.S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: ___/___/___ : ___	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Nuvilho. 22:20h Acidente de moto com TCE (12) Erg: 8: homem	

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___ : ___	 Tubo c/te falso pntel com agmato falso exaustivo do rosto agmato cor - brilho excessivo do rosto agmato
--	---

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: ___/___/___ : ___	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: PJOCA BEMESTRICO	

M. Marcus Vinícius O. dos Santos
Neurocirurgião
Assinatura solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___ : ___	 Tubo pntel falso pntel Pntel progressivo CD: paroxismo gasto pntel after the neurologia
--	---

José Valde Vasconcelos
Carimbo Assinatura da Mão
re: Prof. Parecer
Ortope 17/05/2018
TEOT 17/05/2018

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
708104515347038	LUCAS JADASON DA SILVA TEIXEIRA	24/05/1994	M	475726
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
			MARIA RAIMUNDA DOS SANTOS	MARIA SUELANE
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				ZN
BAIRRO	COMPLEMENTO		MENICIPIO	UF
ZONA RURAL			UNIAO	PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO/PTCE

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

TRATAMENTO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

IC DE CRANIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SAIG8 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

03031400012 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MEDIO

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/DO CONSELHO)
NEUROCIURGIA	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS CPF: 361280603X2 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 05/05/2018

DATA ADMISSÃO 05/05/2018 21:26	DATA ALTA 12/05/2018 10:10	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/DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
MARCOS DENE SANTOS SANTOS MOURA CPF: 07093916056 CRM:	DATA ANALIST: 0000-00-00-00-00-00 CPF: CRM: DATA ANALIST:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA		24/05/1994	M	4758726
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	86995615644		MARIA RAIMUNDA BASTOS	MARIA SUELANE	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE	
				50	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
BAIRRO ZONA RURAL			UNIAO	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA TIBIA

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAMES CLÍNICOS + RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S821 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408090500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

CRM: 84127562115

CRM:

CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO
URGÊNCIA	10/05/2018

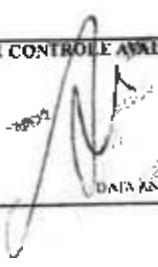
DATA ADMISSAO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
11/05/2018 10:00	12/05/2018 09:00	MELHORADO

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 "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVILAÇÃO / AUDITORIA
JOSÉ DE BRANALD SANTOS FILHO CRM: 37320613200	 CRM: 84127562115 DATA ANÁLISE: 15/05/2018 08:56:21

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11/05/16

NOME DO PACIENTE:	<u>Júlio Cesar Tadraçan de Souza Teixeira</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>4757-26</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>06</u>		
CIRURGIÃO: <u>Flávio</u>	CPF Nº:		
AUXILIAR:	CPF Nº:		
ANESTESIA: <u>Raque</u>	CPF Nº:		
INSTRUMENTADORA: <u>Eduardo</u>	CPFNº:		

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>9,5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>9,0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>400</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>—</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>30</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>—</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>—</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>01</u>	
FORMOL	ML	<u>—</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>—</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>—</u>		<u>Elitídeos</u>	UNID.	<u>05</u>	

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Escorva — Caudal.</u>
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Creperm — Caudal.</u>
CAT. GUT. CROMADO C/AG				
CAT. GUT. CROMADO S/AG				
ALCOFIL				
MONONYLON	<u>2,0</u>	<u>02</u>		
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:
VICRYL	<u>0</u>	<u>2</u>		CIRCULANTE: <u>Edilene</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

Terezas Jardimayson da Silva Teixeira

Diagnóstico pré-operatório

Fretu me ell. fikre direita

Operação - Tipo

Osteomise de fibra

Cirurgião

Fábio

1º Assistente

Dr. Glaucon Nascimento
Ortopedia/ Traumatologia
CRM-PI 2775 / TEOT 10604

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Fábio

Anestesista

Hiran Meneses dos Santos

Anestesia

Anestésico(s)

Hiran Meneses dos Santos
100% SEVOFLURANO

Data da Operação

11/05/18

Início 10:00

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Não

Acidente Durante a Operação

Não

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Pavimento no b. empror esterno
- ② Intra em pano direita
- ③ Fíbre
- ④ RAF - retinna da fibra
com placa e parafuso
- ⑤ Sutura + curativo

Dr. Glaucon Nascimento
Ortopedia/ Traumatologia
CRM-PI 2775 / TEOT 10604



EDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
SÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/TURA CÓDIGO	PREScriÇÃO MÉDICA			Ortopédica	235	245	OBSERVAÇÕES
DI : 05/05/2018 / LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA		475726	23				
DATA/TURA CÓDIGO				HORÁRIOS			
12/05/18							
	1 Dieta oral livre						
	2 Jetco salinizado						
	3 Dipirona _ 01 amp + AD EV 5/6hs						
	5 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
	6 Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN						
	7 Plasti _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N						
	8 Ranitidina 150mg _ 1comp VO 8/8hs						
	9 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
	10 Curativos diários						
	11 Cuidados gerais e sinais vitais						

FOLHA DE ANESTESIA

100

UNIDADE DE SAÚDE



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA** (Prontuário: 475726)
 Endereço: **ASSENTAMENTO BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIÃO - PI CEP: 64120-000**
 Nascimento: 24/05/1994 Idade: 23a11m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 663612
 Requisição: 835591 Solicitação: 05/05/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1033224 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 05/05/2018

US DE ABDOME TOTAL

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

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocoliédo: integros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares integros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

(DANIEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 05/05/2018

DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE

CPF: 506.189.643-34 CRM 3389

Profissional Responsável

Hacienda Gómez - As 10:10h #

Paciente apresentava um leve estado gástrico, comineado, pouco
orientado para o tempo. Refere infecção persistente e dor
torácica palpável em grande zona inferior direita, sem dispneia
ou dor abdominal. Pode arfar.

CD: 1) Seta conduta de vigilância de Cintia Gómez

Dr. Leonardo J. Gómez de la
Casa - P.R.B.



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: **LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA** (Prontuário: **475726**)
 Endereço: **ASSENTAMENTO BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIAO - PI CEP: 64120-000**
 Nascimento: **24/05/1994** Idade: **23a11m13d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **663612**
 Requisição: **835594** Solicitação: **05/05/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1033229** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010079

Data Exame: 05/05/2018

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:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL BIFRONTAL E PARIETO-TEMPORAL À DIREITA.
- DISCRETAS CONTUSÕES CORTICais HEMORRÁGICAS BIFRONTais.
- FOCO HEMORRÁGICO FRONTAL DIREITO, SUGERINDO L.A.D.
- TÊNUE MATERIAL HEMORRÁGICO NA FOICE CEREBRAL.
- GRANULOMA CALCIFICADO RESIDUAL TEMPORAL À ESQUERDA.
- FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL MEDIANA, ENVOLVENDO SEIOS FRONTais E ÓRBITAS.
- FRATURA NO CORPO DO ESFENÓIDE.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/05/2018

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 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.912/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	LUCAS JADNAYSON DA SILVA TEIXEIRA (Prontuário: 473726)		
Endereço:	ASSENTAMENTO BELA FONTE - ZONA RURAL - UNIÃO - PI CEP: 64120-000		
Nascimento:	24/05/1994	Idade:	23a11m13d
		Sexo:	Masculino
		Origem:	URGÊNCIA/EMERG
Requisição:	835595	Solicitação:	05/05/2018
Controle:	1033230	Convenção:	S U S
		Solicitante:	FABIO MARCOS DE SOUSA

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 05/05/2018

T.C. DE FACE

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

- AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DAS PARTES MOLES FACIAIS, SOBRETUDO NA FRONTE, COM ENFISEMA ASSOCIADO.
- HEMOSSINUS DIFUSO.
- FRATURA AFUNDAMENTO, COMINUTIVA FRONTAL MEDIANA, ENVOLVENDO PAREDES DOS SEIOS FRONTAIS, COM EXTENSÃO ETMOIDAL E AOS TETOS E PAREDE MEDIAL DA ÓRBITA DIREITA.
- FRATURA NO CORPO DO ESFENOÍDE.
- FRATURA NO PALATO DURO À DIREITA.
- FRATURAS NOS TETOS, PAREDES ANTERIORES E LATERAIS DOS MAXILARES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/05/2018

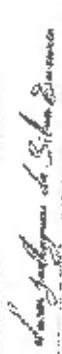
MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 CRM

Profissional Responsável

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE SÃO PAULO	
MUNICÍPIO DE SANTOS	
REGISTRO DE Nascimento	
Nº 04279642011-2	
Data de Emissão 29/11/2013	
Nome: LUCAS JADRAYSON DA SILVA TEIXEIRA	
Sexo: Masculino	
Laurindo Teixeira Neto e Maria Raimunda	
da Silva Bastos	
Nascido em 24/05/1994	
Cidade: Rio Preto - SP	
CPF: 00000000000	
NASC.: N. 0034516 FLS.221 LIV.00077	
CNPJ: 608824213-28	
P-75	
Assinatura do Titular	
Cartilha de Identidade	
Data de Emissão 15/05/2013	
VIA-02	





PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 SET 2018

DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.327.176	DATA DE EXPEDIÇÃO	11/09/13
NAME	ANTONIO DA SILVA BARROS		
SILVACAO			
MARIA COUTINHO DA SILVA BARROS		DATA DE NASCIMENTO	
JOÃO MENEZES BARROS			
UNIÃO-PI	27/07/1973		
DOC. ORIGEM			
CERT.NASC. 1402 L 42 F 252.			
CPF EXP UNIÃO-PI 08/09/05			
TERESINA - PI			
496.923.053-18	NATURAL DO PIAUÍ		
LEI Nº 7.116 DE 29/06/88 - DECRETO Nº 89.250/88			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

116004574772572

DETRAN - MA

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013577509154

DATA DA EXPEDIÇÃO: 15/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2019

PLACA: 01-469499575

SEGURADO: LUIZ EDUARDO DA SILVA NETO
ENDERECO: RUA MARQUES DE SANTOS, 1234 - BLOCO A
CIDADE: MARACAJÁ - MA
UF: MA
CEP: 66300-000

VEÍCULO: YAMAHA MOTOR 01/2018

Nº CHASSIS: 4E4KE1520C0080470

DATA DA EXPEDIÇÃO: 15/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2019

PLACA: HXP1885

LUIZ EDUARDO DA SILVA NETO

YAMAHA MOTOR 01/2018

000062P/0124 C1

SEGURADO: LUIZ EDUARDO DA SILVA NETO
ENDERECO: RUA MARQUES DE SANTOS, 1234 - BLOCO A
CIDADE: MARACAJÁ - MA
UF: MA
CEP: 66300-000

VEÍCULO: YAMAHA MOTOR 01/2018

Nº CHASSIS: 4E4KE1520C0080470

DATA DA EXPEDIÇÃO: 15/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2019

PLACA: HXP1885

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORAORAILDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

DATA DA EXPEDIÇÃO: 15/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2019

PLACA: HXP1885

DATA DA EXPEDIÇÃO: 15/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2019

PLACA: HXP1885

DATA DA EXPEDIÇÃO: 15/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2019

PLACA: HXP1885

DATA DA EXPEDIÇÃO: 15/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2019

PLACA: HXP1885

DATA DA EXPEDIÇÃO: 15/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2019

PLACA: HXP1885

DATA DA EXPEDIÇÃO: 15/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2019

PLACA: HXP1885

DATA DA EXPEDIÇÃO: 15/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2019

PLACA: HXP1885

DATA DA EXPEDIÇÃO: 15/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2019

PLACA: HXP1885

DATA DA EXPEDIÇÃO: 15/03/2018

DATA DE VENCIMENTO: 15/03/2019

PLACA: HXP1885

PJ CORRÊA
DE SEGUROS

14 SET 2018

DPVAT

BILHETE DE SEGURO DPVAT

CHP 000062P/0124 C1

000062P/0124 C1

CONTRATO DE SEGURO DPVAT

000062P/0124 C1

000062P/



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mae, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

608.824.213-28

Nome completo da vítima

Lucas JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
LUCAS JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA	608.824.213-28	Receusa
Endereço	Número	Complemento
R. BELA FONTE	310	
Bairro	Cidade	Estado
B-RUNGR	UNIÃO	PAUT
Email	CEP	Telefone (DDD)
	64-120.000	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BRANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA DN CONTA DN
Nº. 0243 7 23.550 1
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA Nº. _____ DN CONTA NRO. _____ DN
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

união-pb de Setembro de 2018
Local e Data

DPVAT
DE SEGUROS

14 SET 2018

Lucas JADHAYSON DA SILVA TEIXEIRA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISAB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
20/08/2018 - Autoatendimento - 08:30:08
024372366 1473

EXTRATO DE POUPIANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPIANCA OURO/POUPEX

AGENCIAS: 0243-7
CONTA: 28.550-1
VARIACAO: 51
CLIENTE: LUCAS J SILVA TEIXEIRA

DATA CT.BS HISTORICO	VALOR
Julho/2018	
3127 Saldo ant.	[REDACTED]
Agosto/2018	
3208 02 DEP.DINHEIRO	[REDACTED]
0608 06 DEP.DINHEIRO	[REDACTED]

DISPONIVEL	[REDACTED]
VLR. BLOQUEADO	[REDACTED]
SALDO TOTAL	[REDACTED]

SALDO PDR DATA BASE

02	[REDACTED]
06	[REDACTED]
21	[REDACTED]

MENSAGENS DIVERSAS
SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 SET 2018

TOPWAT



Prefeitura Municipal de União - PI
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimentos Móvel de Urgência - SAMU
Travessa Filinto Rêgo Nº 99 Centro.
União - PI - CEP: 64120.000 - Fone: (86) 3265-2187



SAMU

192

5/5/18

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nome do Solicitante:	
Contato do Solicitante:	
SAIDA DO PA: 17:13	CHEGADA AO LOCAL: 17:35
CHEGADA AO HOSPITAL: 18:20	SAÍDA DO HOSPITAL: SAÍDA DO LOCAL: 19:50

NOME DO PACIENTE: Berlus J. da Silva Texeira

SEXO: () MAS () FEM IDADE: 24.5.7393

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Presidente Getúlio Vargas

TIPO DE OCORRÊNCIA

(<input type="checkbox"/>) Envenenamento	(<input type="checkbox"/>) Agressão Física	(<input checked="" type="checkbox"/>) Acidente de Moto
(<input type="checkbox"/>) Choque Elétrico	(<input type="checkbox"/>) Afogamento	(<input type="checkbox"/>) Acidente de Carro
(<input type="checkbox"/>) Urgência Obstétrica	(<input type="checkbox"/>) Queda	(<input type="checkbox"/>) Mal Súbito
(<input type="checkbox"/>) Urgência Pediátrica	(<input type="checkbox"/>) Já Removido	(<input type="checkbox"/>) Falso Chamado
(<input type="checkbox"/>) Ferimento Arma Branca (<input type="checkbox"/>) Fogo	(<input type="checkbox"/>) transferência hospitalar	(<input type="checkbox"/>) Quelmadura
(<input type="checkbox"/>) Atropelamento	(<input type="checkbox"/>) Urgenc. Clínica:	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	PUPILAS	FALA
(<input checked="" type="checkbox"/>) Alerta	(<input checked="" type="checkbox"/>) Iguals	(<input type="checkbox"/>) Normal
(<input type="checkbox"/>) Responde ao Comando	(<input type="checkbox"/>) Desiguais	(<input type="checkbox"/>) Confusa
(<input type="checkbox"/>) Responde a Dor	(<input type="checkbox"/>) OUTROS	(<input type="checkbox"/>) Nenhuma
(<input type="checkbox"/>) Sem resposta		

PULSO RADIAL:	(<input type="checkbox"/>) FORTE	(<input type="checkbox"/>) FRACO	(<input type="checkbox"/>) LEVE	(<input type="checkbox"/>) MODERADO	(<input type="checkbox"/>) AUSENTE
---------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

SINAIS VITais	1 ^a Verificação	2 ^a Verificação
HORA:		
SATURAÇÃO	95	
P.A.	110/80	
PULSO	136	
RESPIRAÇÃO	20	
GLICEMIA	200	
TEMPERATURA	36.5	

OBSERVAÇÕES:

Paciente v. bala de acidente de moto com perna exposta
sem dor no exame
vomitando sangue

Testa cópia conforme
com a original
Em 10/09/18

Kerilly da Silva Pereira
Enfermeiro SAMU União
Coordenador do SAMU União
CPF: 019.905.793-19

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

(<input type="checkbox"/>) Aspiração	(<input checked="" type="checkbox"/>) Imobilização de extremidades	(<input type="checkbox"/>) Ass. Obstétrica
(<input type="checkbox"/>) Oxigênio	(<input checked="" type="checkbox"/>) Prancha	(<input type="checkbox"/>) Hemostasia
(<input type="checkbox"/>) Reanimação Cardio-Resp	(<input checked="" type="checkbox"/>) Colar Cervical	(<input type="checkbox"/>) Curativo
(<input type="checkbox"/>) Ventilação Artificial	(<input type="checkbox"/>) KED	
(<input type="checkbox"/>) Monitorização	(<input type="checkbox"/>) Acesso Venoso -Solução	
(<input type="checkbox"/>) Outros		

EJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 SET 2018

OPVAT

ENTRADA NO HOSPITAL

(<input type="checkbox"/>) Melhorando	(<input type="checkbox"/>) Severe Gravidade	(<input type="checkbox"/>) Indeterminado
(<input checked="" type="checkbox"/>) Piorando	(<input checked="" type="checkbox"/>) Média Gravidade	(<input type="checkbox"/>) Óbito antes do Socorro
(<input type="checkbox"/>) Inalterado	(<input type="checkbox"/>) Pequena Gravidade	(<input type="checkbox"/>) Óbito no transporte
(<input type="checkbox"/>) Coma	(<input type="checkbox"/>) Ileso	

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

HOSPITAL DE DESTINO:

SOCORRISTA:

RECEPÇÃO DO HOSPITAL:

MÉDICO(A) / ENFERMEIRO(A)