

# 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: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000035703-5

---

Nr. da Autenticação 6455F9AAF35D4C41

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190420212 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 08/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 17/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM BOLSA ESCROTAL COM NECROSE TESTICULAR HEMORRÁGICA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EXPLORAÇÃO TESTICULAR COM ORQUIECTOMIA À ESQUERDA, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO TESTÍCULO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA TOTAL DO TESTÍCULO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 05 16 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 11 //

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas pélvicas cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, GLAUCIA MARIA DE SOUSA SANTOS

RG nº 1.123-873, data de expedição 09/01/14

Órgão SSP PI, portador do CPF nº 462.793.423-87

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de PIAUÍ

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA ESTIGMA, nº 7364

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

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

MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO cujo condutor era MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO

Veículo: MOTO Modelo: HONDA 160 BROS Ano: 2016

Placa: PIM-2433 Chassi: 9C2KD0810 GR454660

Data do Acidente:     /     /    

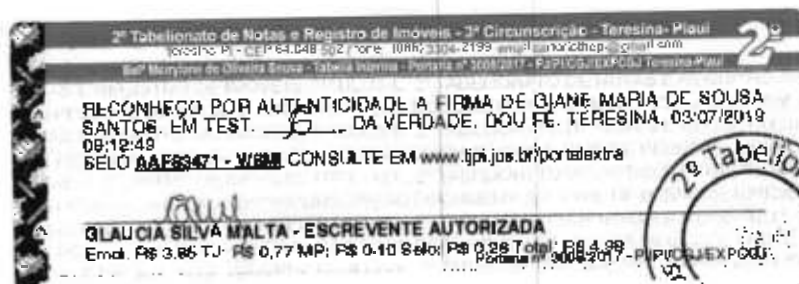
Local e Data: TERESINA(PI); 03/07/2019

Glauca Maria de Sousa Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



Glauca Silva Malta.  
Escrivente Autorizada



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

10 JUL 2019

DPVAT

NOME DO PACIENTE: Manoel Firmino dos Santos Filho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510534

**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 3445

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

Mein  
Vater

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 08/05/2019 11:28:59

User: EDUARDO SALMITO

(Ref: 00000000000000000000000000000000)

<b>Nome:</b> MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO		<b>Prontuário:</b> 510534	
<b>Mãe:</b> REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS		<b>Pai:</b>	
<b>End. Resid.:</b> RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<b>Nascimento:</b> 20/03/1965	<b>Idade:</b> 54a1m19d	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b> 96-94288-502
<b>Responsável:</b> O MESMO		<b>CNS:</b> 098000210256002	
<b>Profissão:</b> MOTO BOY		<b>Documento:</b> CPF: 341.358.203-87	
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E. Civil:</b> Casado(a)	

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 720668	<b>Entrada:</b> 08/05/2019 11:13:45	<b>Convênio:</b> S O S	<b>Proced:</b> 0301360029
ativo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOICICLETA (MOTOC			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b><u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u></b>	<b><u>Classificação:</u></b>	<b><u>Cor:</u></b>
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	Laranja
<b><u>Breve História Cias. Risco:</u></b>		
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA , EM USO DE CAPACETE, ECG-15. REFERE TRAUMA E DOR TESTICULAR , LESÃO EM FACE. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA		SABRINA LOBAO C. NAIÁ DE SOUZA COREN - 207590 Em: 08/05/2019 11:16:10

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

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO/CARRO, ESTAVA COM CAPACETE, PORÉM SEM VISOR, TEVE FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL, COM COLAS CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.

4) VIAS AEREAIS PERVIAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA

F) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 112.BPM, SAT: 92.5%, FR: 19 BPM

UAC: KR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

DUBLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREGENTE.

EDEMA ESCROTAL

**Diagnóstico Tnicial:**

2

**Exames Complementares:**

(1211915) - US DE BOLSA ESCROTAL

(1211916) - T.C. DE CRANTO

**Prescrição Médica:**

EXAM: C79411 12/12  
DATA: 08-05-2017 11:59

2007-8

Motivo da Alta/Encerramento:

Observación Adulto:

DATA:        /        /        HORA:        :

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO SALMITO SOARES  
6335 PI Em: 08/05/2019 11:28:58

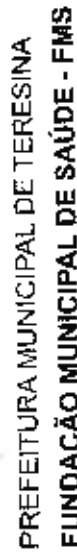


# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**UNIDADE DE SAÚDE:**

[illegible]

MÉDICO; CRM:



**UNIDADE DE SAÚDE:**

221.29

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENE. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
Maurício Firmino dos Santos		Filho	P. 8	22A	29	
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO		MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
			Sabidamente 1778 / DM.			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
1) Dita branca						
2) 56.5% - 500ml / IV						
NaCl 10% - 20ml / 6/6h						
3) Dimprens 1 amp + AD IV 6/6h						
4) Etoprofeno 100mg / IV						
ST 0.9% 100ml / 12/12h						
5) Simvastatina 40mg + Curados germe						
6) Curados em 10 dias						

**MÉDICO / CRM:**



NOME Manoel Fernando dos Santos Filho IDADE \_\_\_\_\_ anos

HORÁRIO DE ADMISSÃO 15 hs 35 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Exploracão testicular CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>113/60</u>	<u>130x90</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>93</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>98%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Ana Celica</u>	

## ÍNDICE DE ALDREYTEE KROLIK

ATIVIDADE MUSCULAR		2	1	0	2	1	0	2	1	0
Movimenta os quatro membros		2	1	0	2	1	0	2	1	0
Movimenta dois membros		1	1	0	1	1	0	1	1	0
É Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando		0	0	0	0	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO										
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente		2	1	0	2	1	0	2	1	0
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração		1	1	0	1	1	0	1	1	0
Tem apnéia		0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO										
PA em 20% do nível pré-anestésico		2	1	0	2	1	0	2	1	0
PA em 20-49% do nível anestésico		1	1	0	1	1	0	1	1	0
PA em 50% do nível pré-anestésico		0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA										
Esta iludido e orientado no tempo e espaço		2	1	0	2	1	0	2	1	0
Desperta, se solicitado		1	1	0	1	1	0	1	1	0
Não responde		0	0	0	0	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>										
É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente		2	1	0	2	1	0	2	1	0
Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%		1	1	0	1	1	0	1	1	0
Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>		0	0	0	0	0	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO										
ESCALA DE DOR ALTA										
TOTAL										
ASS.										

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL

ASS.

( ) Sonda Vesical

( ) Dreno de Sucção

( ) Dreno Torácico

( ) DVE

( ) Colostomia

Sonda ( ) Nasog ( ) Naso

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POE de  
exploracão testicular; Aguee bulma; remendo; em ambiente;

Dr. Henrique Rocha  
 Médico Anestesiologista  
 CRM-SP 448368

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

Dr. Henrique Rocha  
 Médico Anestesiologista  
 ANESTESIOLOGISTA

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

POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( ) MÉD



# SUMÁRIO DE ALTA



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 35.522.917/0022-02

Prontuário:

510534

Internação:

238616

Nome: **MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO**

End. Resid.: RUA ESTIGIA N 7364 - VILA IRMA GULCE

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:

Masculino

Nascimento:

20/03/1965

Idade:

54a/m19d

Estado Civil:

Casado(a)

Profissão:

MOTO BOY

Internação

Alta

Permanência

Data

08/05/2019

Hora

14:12

Data

Hora

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod. CID:

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

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA:

Data:

08/05/19

Tipo:

Agua e Soro

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
18 JUL 2019

DPVAT

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:

D. Roberto G. de Carvalho  
Insc. 100003  
CRM-PR 808-93  
Médico Assistente/Auxiliar/Residente



**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:

4-CNES

**5828856**

**238616**

3- Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5- Nome: **MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO**

6 - Prontuário: **510534**

7-CNS: **898000218256002** 8-Nascimento: **20/03/1963** 9-Sexo: **Masculino**

CPF: **341.358.203-87**

-Mãe: **REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS**

12-Fone: **86-94288-502**

13-Resp: **(O MESMO)**

14-Fone:

15-Endereço: **RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - CEP: 64000-010**

17-Cod. IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

16-Munic: **TERESINA**

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Proced. Anterior <b>0409040096</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL</b>
21-Cod. Mudança Proced. <b>0415030013</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO</b>
27-CID Prim: <b>?</b>	26-diagnóstico:

38-Profissional Responsável:  
**WILSON MOURA GONÇALVES**

40-Tp. Documento:  
CPF

40-No. Doc. Med. Solic.:  
**891.372.643-20**

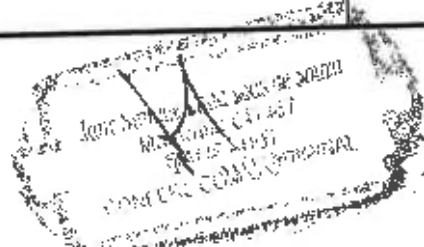
-Data Solicitação: **08/05/2019**

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

paciente vítima de acidente de moto com trauma perineal contuso evoluindo com hematoma escrotal importante  
**0409040096 S302 EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL**  
**0409040169 S380 ORQUIECTOMIA UNILATERAL**

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)



(AMPARO LEAL)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 283745 AIH: 2219100317357
--	--

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
898000218256002	MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO	20/03/1963	510534	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	8694288502	REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS	MANOEL	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
	RUA ESTIGMA 7364	7364		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CENTRO		TERESINA	PI	

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	0409040096		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013		
DIAGNOSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
CONTUSAO DOS ORGAOS GENITAIS EXTERNOS	S302		

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente vítima de acidente de moto com trauma perineal contuso evoluindo com hematoma escrotal importante 0409040096 S302 EXPLORACAO CTRURGICA DA BOLSA ESCROTAL 0409040169 S380 ORQUIECTOMIA UNILATERAL

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270804	21/05/2019

### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA	
CNS AUTORIZADOR	ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO
170263951200001	21/05/2019 16:56:29





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

238616

303745

**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****238616****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO**6 - Prontuário: **510534**7-CNS: **898000218256002**8-Nascimento: **20/03/1965**9-Sexo: **Masculino**CPF: **341.358.203-87**11-Mãe: **REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS**12-Fone: **86-94288-502**3-Resp: **(O MESMO)**14-Cor: **Sem Informação**15-Endereço: **RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - 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 moto com trauma perineal contuso evoluindo com hematoma escrotal importante**

21 - Condições que justificam a internação:

**necessidade de exploração cirúrgica**

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

**exame clínico + ultrassom**

23-Diagnóstico Inicial:

**Contusão dos órgãos genitais externos**

24-CID Prim:

**S302**

25-CID Sec.:

26-CID C.Aus.

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**28-Cod.Proced.: **27-Procedimento Solicitado:****0409040096****EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL**

Tempo em

2

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:****02****01**

CPF

**891.372.643-20**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

**WILDSOON MOURA GONÇALVES**

34-Data Solicitação:

**08/05/2018**

35-Ass. Carimbo 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:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOE:

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **WILDSOON**Consulta Local: **720668**

Consulta SUS:

Impressão: **08/05/2018 14:15:19****Marcondes Martins S. Moura**  
Médico Auditor - FMS - Teresina  
CRM-PI 1250 - CNES 17026395120004  
Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

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

Nº LAUDO: 203745

AIH: 2219100317357

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**

**CARTÃO SUS**

R98600218256002

**NOME DO PACIENTE**

MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO

**NASCIMENTO**

20/03/1965

**SEXO**

M

**PRONTUÁRIO**

510534

**DOCUMENTO CPF**

**TELEFONE**

8694288502

**NOME DA MÃE**

REGINALTA NEVES DA SILVA SANTOS

**RESPONSÁVEL**

MANOEL

**CEP**

**ENDEREÇO - LOGRADOURO**

RUA ESTIGMA 7364

**NÚMERO / LOTE**

7364

**BAIRRO**

CENTRO

**COMPLEMENTO**

**MUNICÍPIO**

TERESINA

**UF**

PI

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA PERINEAL CONTUSO EVOLUINDO COM HEMATOMA ESCROTAL IMPORTANTE

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

NECESSIDADE DE EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA

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

EXAME CLÍNICO + ULTRASSOM

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL**

S702 - CONTUSÃO DOS ÓRGÃOS GENITAIS EXTERNOS

**CID 10 SECUNDÁRIO**

**CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0409140996 - EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DA BOLSA ESCROTAL

**LEITO/CLÍNICA**

CIRURGIA GERAL

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

**CARÁTER**

URGÊNCIA

**DATA SOLICITAÇÃO**

08/05/2019

WILSON MOURA GONCALVES

CPF: 89137264320

CRM:

**DATA ADMISSÃO**

08/05/2019 12:00

**DATA ALTA**

09/05/2019 11:00

**MOTIVO ALTA**

MELHORADO

**CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

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))**

MARILEA DA SILVA LÉAL  
CPF: 80417574304

CRM:

DATA ANÁLISE: 09/05/2019 13:12:20

**NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA**

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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 Firmiano dos Santos Filho		
Diagnóstico pré-operatório	Trauma escrotal		
Operação - Tipo	Exploração Testicular		
Cirurgião	Dr. Waldson Moura	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador	Dayana	Anestesiologista	Dr. Caio
Anestésico(a)	Dr. Caio Sales	Anestesia	Rapax
Data da Operação	08/05/19	Início	Fim
Diagnóstico pré-operatório			

Relatório Imediato do Patologista

0409040169-5380  
5380

Acidente Durante a Operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- Paciente em decúbito dorsal sob rapax
- Kitysie e anti-sepsie
- Trauma escrotal mediano
- Abertura por ploma
- Visualizada hematoma acentuado estocado a lesão completa em polo inferior do testículo com hematoma em cordão
- Orquiectomia esquerda + drenagem penrose 2-0
- Sutura de dobras e pele com catgut crumado 3-0
- Curativo





# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Manoel Firmino dos Santos Silva				Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
08/05/19							
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO		OUTROS		
ESTADO MENTAL			CORTICÓIDES		ATÁRAXICOS		OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES/DOSES)				APLICAÇÃO/S		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES	
1 2 3		SO				Neo-preno 912	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				Anteil 35	
		SANGUE 300				Dose de	
		OUTROS 100				cefazolin	
						Drenagem	
TEMPERATURA T	38	260				SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL		240				1	
V O		2				2	
PULSO		200				3	
		180				4	
		160				5	
		140				6	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120				7	
		100				8	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80				9	
		60				10	
RESPIRAÇÃO O		40				11	
		20				12	
		10				13	
						14	
						15	
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS		Draque + Sedação				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES		Exatidão Teste					
CIRURGIÕES		Wildson					
ANESTESISTAS		Caio de Mello Sales Médico CRM-PI 4401					
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	




**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

DATA 08/05/19

NOME DO PACIENTE: <u>Manoel Firmino dos Santos Filho</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>510534</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Wildson</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Dayana</u>	CPF Nº:

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>710/725</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	<div data-bbox="734 1612 1149 1904" data-label="Image">  </div>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>João</u>			
PROIFNE							

**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: **MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO** (Prontuário: **510534**)  
 Endereço: **RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
 Nascimento: **20/03/1965** Idade: **54a1m19d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **720668**  
 Requisição: **951706** Solicitação: **08/05/2019** Solicitante: **EDUARDO SALMITO SOARES**  
 Controle: **1211915** Convênio: **S U S**

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0205020070

Data Exame: 08/05/2019

**US DE BOLSA ESCROTAL**

Exame da bolsa escrotal realizado com transdutor linear de alta resolução, demonstra:

**ACHADOS:**

Testículo direito: íntegros, com morfologia, diâmetros, tûnicas e textura parenquimatosa normais.

Testículo esquerdo: com contorno inferior parcialmente definido.

Epididimo direito: anatômico.

Epididimo esquerdo: não visibilizado.

Observa-se volumoso conteúdo heterogêneo no interior da hemibolsa escrotal esquerda.

\* Dimensões testiculares:

Testículo D. = 4,7 x 2,6 x 3,2 cm.

Testículo E. = 4,8 x 2,4 x 2,7 cm.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- O contorno inferior do testículo esquerdo encontra-se parcialmente definido (pelo conteúdo heterogêneo no interior da bolsa escrotal?).
- Volumoso conteúdo heterogêneo no interior da hemibolsa escrotal esquerda. Provável sangue e/ou coágulos.

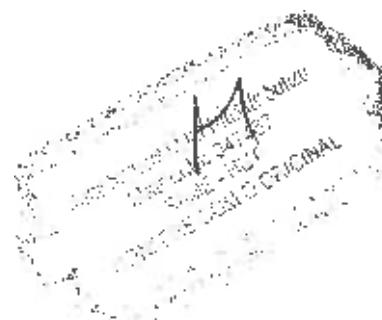
(MÔNICA ALZIRA)

TERESINA - PI 08/05/2019

**MÔNICA ALZIRA P DA SILVA**

CPF: 227.811.103-53 CRM 3162

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64037-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO** (Prontuário: **510534**)  
 Endereço: **RUA ESTIGNA N 7384 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**  
 Nascimento: **20/03/1965** Idade: **54a2m1d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **238616**  
 Requisição: **956767** Solicitação: **21/05/2019** Solicitante: **WILDSON MOURA GONÇALVES**  
 Controle: **1222040** Convênio: **S U S** CLÍNICA CIRÚRGICA - P08 ENFERMARIA 221 LEITO 28

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0203020030

Data Exame: 21/05/2019

**ANATOMO-PATOLÓGICO****MATERIAL: ORQUIECTOMIA ESQUERDO.****MACROSCOPIA:**

Massa tecidual irregular, medindo 7,0 x 4,0 x 4,0cm, amarronzada e elástica. Aos cortes exibe superfície avermelhada.

**DIAGNÓSTICO:****- NECROSE TESTICULAR HEMORRÁGICA.****B19-1206**

(HELLEN)

TERESINA - PI 21/05/2019

**PRISCO MEDEIROS DE MELO NETO**

CPF: 095.701.603-48 CRM PI 933

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO** (Prontuário: 510534)  
 Endereço: **RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP- 64000-010**  
 Nascimento: 20/03/1965 Idade: 54a2m1d Sexo: Masculino Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: 238616  
 Requisição: 956767 Solicitação: 21/05/2019 Solicitante: **WILDSON MOURA GONÇALVES**  
 Controle: 1222040 Convênio: **S U S** CLINICA CIRURGICA - Pos ENFERMARIA 221 LEITO 28

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0203020030

Data Exame: 21/05/2019

**ANATOMO-PATOLÓGICO****MATERIAL: ORQUIECTOMIA ESQUERDO.****MACROSCOPIA:**

Massa tecidual irregular, medindo 7,0 x 4,0 x 4,0cm, amarronzada e elástica. Aos cortes exibe superfície avermelhada.

**DIAGNÓSTICO:****- NECROSE TESTICULAR HEMORRÁGICA.**

B19-1206

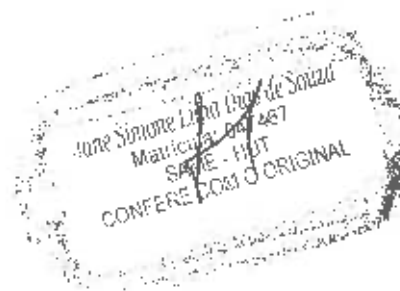
(HELLEN)

TERESINA - PI 21/05/2019

**PRISCO MEDEIROS DE MELO NETO**

CPF: 095.701.603-49 CRM PI 933

Profissional Responsável

**PJ CORRETO  
DE SEGUROS****10 JUL 2019****DPVAT**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CATEGORIA NACIONAL DE FAMILIAR A-1

NOME  
**MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO**

DOC. CONTRAÇÃO / CNO. BRASCONAV  
**732984 SSP PI**

CNO  
**341.358.203-87**

DATA NASCIMENTO  
**20/03/1965**

RUA  
**MANOEL FIRMINO DOS SANTOS**  
**REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS**

Nº REGISTRO  
**05072143680**

VALOR  
**10/08/2021**

PRAZOS  
**05/07/2017**

OBSERVAÇÕES

LOCAL  
**TERESINA, PI**

DATA DE EMISSÃO  
**12/07/2018**

ASSINATURA DO DETENTOR  
**09156230415**  
**PT320638622**

ASSINATURA DO DETENTOR  
**PIAUI**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1650398613**

PROXIMO PLASTIFICAR  
**1650398613**

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**  
**10 JUL 2019**  
**DPVAT**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 341 358 203 87 3 - CPF da vítima: 341 358 203 87 4 - Nome completo da vítima: Manoel Firmino dos Santos Filho

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 448/2012

5 - Nome completo: Manoel Firmino dos Santos Filho 6 - CPF: 341 358 203 87

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. ESTIGMA 9 - Número: 7362 10 - Complemento:

11 - Bairro: VITÓRIA DULCE 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - Renda: 000.000 - 000

15 - E-mail:  16 - Tel (DDD):

## 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3607 CONTA: 35703 5 AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## 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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (a) 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação do ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TERESINA, 19/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Manoel Firmino dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Alexsandro Firmino da Silva

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

10 JUL 2019

DPVAT







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002495/2019-98**

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

Data/Hora: 03/07/2019 - 09:47

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MAL. CASTELO BRANCO, Nº:

Complemento

Data/Hora

08/05/2019 - 10:00

Bairro

ILHOTAS

Ponto de Referência

DEBAIXO DA PONTE J.K.



**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 732984 PI

Mãe: REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS

Pai: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS

Endereço: RUA ESTIGMA, Nº 7364

Bairro: VILA IRMÃ DULCE

Cidade: TERESINA


**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

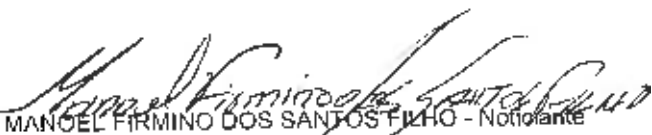
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR160 BROS ESDD, PLACA PIM-2433-PI. COR PRETA, RENAVAL 1088199876, PROP. DE GIANE MARIA DE SOUSA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO NORTE/SUL, QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DE AUTOMÓVEL À SUA FRENTE. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 510534).  
DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

  
Cláudio Costa De Sousa - Mat.  
AGENTE DE POLÍCIA

  
MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	1238	08/05/19	2898	1034	1052
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
	11 Endereço	AV. Marechal Castelo Branco			
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	na ponte Funchal e Lubeiro da ponte			
	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamento de segurança	
	2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retrada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 96 Resp. PA 137/77 TAX. 99% SatO2 99%	
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso Radial	28 Sangramento	29 Escala de Dor de 0 a 10	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 5 6 7 8 9 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia 251 mg/dl Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	HUT	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	
Observações Interdisciplinares	Paciente colado no chão com uma lesão na região frontal e fraturas nas pernas, edema na região abdominal, consciente, orientado e responde a hipertenso, diabético.				
	CONFERE COM O ORIGINÁRIO Mariana Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU				