

Declaração do proprietário do veículo

Eu, IONE EVANGELISTA GUIMARÃES

RG nº 1.554.887, data de expedição 07/11/06.

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº.

808.631.673-49, com domicílio na cidade.

De TERESINA no Estado de PI

Onde residio na (Rua / Avenida / Estrada)

RD-02 CS-35 Conj: PEDRA MORE

nº _____ complemento PEDRA MORE

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de

Minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Tarciso da Silva Borges Junior o condutor

Era Tarciso da Silva Borges Junior

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 125

Ano: 1986/1987

Placa: LWL-8665

Chassi: CG125BR1522874

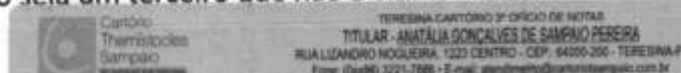
Data do acidente: 28.08.18

Local e Data: TERESINA 06 NOVEMBRO 2018

IONE Evangelista Guimarães

Assinatura do Declarante:

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do sinistro)



RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: IONE EVANGELISTA GUIMARÃES. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 06/11/2018. Encl.: 3,71 TJ10,74 Selo: 0,25 total: 4,71 Selo: 44222 (F80P89)



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 N° do chamado 602-3860	02 Data do chamado 28/08/18	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 19:35H	05 Chegada ao local 19:45H
	06 Saída do local 20:06H	07 Chegada ao 1º hospital 20:22H	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Principal da Vila Santa Bárbara	11 Bairro Vl. Santa Bárbara	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Bom tempo Construção				
Dados do Paciente	14 Nome Tarcísio da Silva Borges Junior	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado			
	16 Idade 35 anos	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
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 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	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 type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
	23 Glasgow = 4/5 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 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 - Nenhum
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 95b Resp. 10x7 TAX. 97%	25 Local da lesão Diagrama de corpo humano com setas indicando lesões no pescoço e no braço direito.			
	26 Pupilas 1 - Iguais <input type="checkbox"/> 2 - Desiguais <input type="checkbox"/>	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/>		
Assistência	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 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"/>				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	<input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) b) c)				
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino HUT <input type="checkbox"/> Não Removido				
	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando 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					
Cliente sofreu colisão moto c/ moto, apresentando suspeita de clavícula @ + Fratura de punho @ + Lesões em face sangrante. e no couro cabeludo - TCE!! CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE <u>Budarina</u>		Enfermeiro Condutor <u>Benedito</u>	



NOME DO PACIENTE: Tarciso da Silva Borges Junior

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 486588



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: 3122.1536
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTO - PASSOU PELO

BUCO OK

OFICINA COLHEIMENTO

LETIM DE ENTRADA - BE

OS DO PACIENTE:

NHEA
29/18

CIR GERAL = OK

- BUCO MAXILO = OK

(User: DANIELA VILHELA
(Educação: ASCROLL)

Nome: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

Prontuário: 486588

Mãe: MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES

Pai: TARCISO DA SILVA BORGES

End. Resid.: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000

Nascimento: 01/10/1982

Idade: 35a10m27d

Sexo: Masculino

Fone: 86-99543-4686

Responsável: SIMONE KERLE LIMA

CNS: 702608234778345

Profissão: MECANICO

CPF: 000.792.063-60 * RG: -

G. Instrução: Médio Completo

E.Civil: Casado(a)

End. Local: - - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 681514

Data: 28/08/2018 20:24:33

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Id. Trab.: Não

Trajetos?: Não

Tipico: Não

CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico há aprox. 2h (segundo SAMU, pois não houve
hipótese). Chega com ① Via aérea permeável, com plano rígido e cava cervical
② MVE, responsabilidade diminuída em HTE. SatO2 = 98%. ③ Sem sangramentos
ativos visíveis. BNF, ZT, RR, SS. Moleme inerte, pele estável. ④ Gargalho = 15,
pupilas isocônicas e foto reagentes. Mucosa úmida, vômitos e síncope. Refere emenda
lacunar. Observado equimose periorbital e a rinorragia. ⑤ Lesão em
antebraço E, face, dor em clavícula E e um região frontal à E.

130 x 80 mmHg

Pulso: cheio

FC: 87 bpm

Temp.: -

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado TC de crânio, Rx de tórax, pelvis, antebraço, e mão
Realizado suture em Face na Isla de Sutura.

() Melhorado () Administrativa
() Curado () Por Indisciplina
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

() Retornar a Unid. Origem
() Transferência:

DATA SAÍDA: / /

HORA:

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

DESTINO:
() Até 24 Hs () Família
() De 24 a 48 Hs () IML
() Após 48 Hs () Anat. Patol.

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

0408020431

5523

LAD TSE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RAIO-X
DATA 29/08/18
Técnicos

OUT DR ZERON RODR
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME:

DATA:

TECNOLOGO

Prof. Solicitante
Internação:

**PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

221668

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: **TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR**

6 - Prontuário: 486588

7-CNS: 702608234778345

8-Nascimento: 01/10/1982

9-Sexo: Masculino

CPF: 000.792.063-60

11-Mãe: MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES

12-Fone: 86-99543-4686

13-Resp: SIMONE KERLLE LIMA

14-Fone: 86-99543-4686

15-Endere: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - CEP: 64000-000

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-000

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procéd.Anterior

0408020431

18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA

21-Cod. Mudança Proced.

0415030013

20 - Mudança de Procedimento / Descrição

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

22-Cod. Diagnóstico

?

38-Profissional Responsável:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

29/08/2018

40-No.Doc. Med. Solic.:

746.635.933-72

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentado trauma + fratura em antebraço. Realizado tto cirúrgica do rádio/ulna 0408020431 S523 + fratura de clavícula 0408010150 S420.

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:

280918

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CNS: 17105235120

Jane Simões Lima dos Santos
Mestre - 17467
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 125524
	AIH: 2218101626323

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

522552

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

522856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
702608234778345	TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR	01.10.1982	486588	M
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
2279.859 PI	8695434686	MARIA DEUSENIR DE OLIVEIRA BORGES	SIMONE KERLE LIMA	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NÚMERO / LOTE		
	RUA CAPITÃO TOAMS D EAQUINO	2670		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
SAO JOAO		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA ÚNICA DO RÁDIO DA ULNA	0408020431		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO	S523		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima do acidente de trânsito, apresentado trauma + fratura em antebraço. Realizado tin cirúrgica do rádio ulna 0408020431 S523 - fratura de clavícula 0408010150 S420.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
207284512760006	13/09/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
TANIA MOREIRA AREA LEAO		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
201560395290003		13/09/2018 14:13:51





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

125524

AUDO 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: 221668
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: TRACISO DA SILVA BORGES JUNIOR	6 - Prontuário: 486588		
7-CNS: 702608234778345	8-Nascimento: 01/10/1982	9-Sexo: Masculino	
11-Mãe: MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES	12-Fone: 86-99543-4686		
13-Resp: SIMONE KERLE LIMA	14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - CEP: 64000-000	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-000
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente referindo queda e lesão no membro superior direito
com fratura do antebraço direito.

21 - Condições que justificam a internação:

Paciente com fratura do antebraço direito.

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

Paciente com fratura do antebraço direito.

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do rádio

24-CID Prim: **S523**25-CID Sec: **S523**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

-Cod.Proced.: 0408020431	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	Tempo SUS 2	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Med. Solic.: 146.635.933-72
-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA		34-Data Solicitação: 28/08/2018	35-Ass.Caímbo Med.Sol.(CRM) CRM-PI 6474 / CRM-MA 8956

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 28/08/18
48-Documeto: () CNS () CPF	49-Num. Documento: 28/08/18
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Marcondes Martins S. Moura Médico Autor - FMS - Teresina Usuário: (MARIA VELOSO) Consulta Local: 681514 Consulta SUS: Impressão: 29/08/2018 00:47:25	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

702608234778345

NOME DO PACIENTE

TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

NASCIMENTO

01/10/1982

SEXO

M

PRONTUÁRIO

486588

DOCUMENTO CPF

2279.859 PI

TELEFONE

8695434686

NOME DA MÃE

MARIA DEUSENIR DE OLIVEIRA BORGES

RESPONSÁVEL

SIMONE KERLE LIMA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

2670

BAIRRO

SAO JOAO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL LACERAÇÕES EM CANTO LATERAL DO O

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S523 - FRATURA DA DIAFISE DO RADIO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020431 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

LAO TSE FRONTILYN DA SILVA FEITOSA
CPF: 74663593372

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

28/08/2018

DATA ADMISSÃO

28-08-2018 20:24

DATA ALTA

04/09/2018 09:58

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

C/BOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO
CPF: 17320445300

CRM:

DATA ANALISE: 29/08/2018 05:14:05

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF:

CRM:

DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



Assinatura de Simone Kerle Lima
CPF: 17320445300
CRM: 17320445300
DATA ANALISE: 29/08/2018 05:14:05
CONFERE COM O ORIGINAL



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	221668

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR	6 - Prontuário: 486588		
7-CNS: 702608234778345	8-Nascimento: 01/10/1982	9-Sexo: Masculino	CPF: 000.792.063-60
11-Mãe: MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES	12-Fone: 86-99543-4686		
13-Resp: SIMONE KERLLE LIMA	14-Fone: 86-99543-4686		
15-End: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - CEP: 64000-000	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-000
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408010150	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	Quant. Soli- cidata: 1
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030929	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE		

38-Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF	41-Assinatura do Profissional Responsável
39-Data Solicitação: 30/08/2018	40-No.Doc. Méd. Solic. 746.635.933-72	42-Assinatura do Médico Solicitante

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Dor e deformidade
de clavícula E.*

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: 280918 Marcos Martins S. Mouta Médico Auditor FMS - Teresina CPF: 178.356.228-10

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64002-370
49-Ass. Car. Teresina PI

Jane Simão Lima Dias de Souza
Médica: 017457
SAFE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 100 - Edifício
Centro - Teresina - PI - CEP: 64000-000

5828856

4-CNES

5828856

222119

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

6 - Prontuário: 486588

7-CNS: 702608234778345

8-Nascimento: 01/10/1982

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES

12-Fone: 86-99543-4686

13-Resp: SIMONE KERLE LIMA

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - CEP: 64000-000

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente
com fratura de tórax e trauma do fêmur

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura

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

T.C.G. F.C.C.

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura dos ossos maxilares e maxilares

24-CID Prim: S024

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

9-Mod.Proced.:

27-Procedimento Solicitado:

0404020526

OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR

Tempo SUS
3

29-Clinica:

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

02

01

CPF

096.850.493-00

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

MATIAS ARAUJO DA SILVA

34-Data Solicitação:

04/09/2018

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo Facial
CRM-PI 779
35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

8-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

- Assinatura Paciente ou Responsável:

Gulben dos S. Silva

28/09/18
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
35-Ass. Carimbo (Ass. Conselho)

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)
Consulta Local: 681514
Consulta SUS:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 127908

AIH: 2218101641525



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HULT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HULT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

702608234778345

NOME DO PACIENTE

TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

NASCIMENTO

01/10/1982

SEXO

M

PRONTUÁRIO

486558

DOCUMENTO CPF

2279.859 PJ

TELEFONE

8695434686

NOME DA MÃE

MARIA DEUSENIR DE OLIVEIRA BORGES

RESPONSÁVEL

SIMONE KERLLF LIMA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

2670

BAIRRO

SÃO JOÃO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL LACERAÇÕES FM CANTO LATERAL DO OMBRO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

CID 10 SECUNDÁRIO



PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404020526 - OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO/IGOMATICO MAXILAR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRIA/MATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

04/09/2018

MATIAS ARAUJO DOS SANTOS

CPF: 09685049300

CRM

DATA ADMISSÃO

04/09/2018 09:58

DATA ALTA

05/09/2018 10:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA

CPF: 46261079313

CRM

DATA ANÁLISE: 13/09/2018 13:17:58

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

JANE BRUNO ARAUJO DOS SANTOS

CPF: 09685049300

CPF CONFERIDO COM O ORIGINAL

CRM

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04/09/18

NOME DO PACIENTE: Tauiso da Silva B. Junior PRONTUÁRIO Nº: 486588

DIAGNÓSTICO: Tumor cora.

CIRURGIA:

ANESTESIA: Genl

Nº DA SALA: 08

CIRURGIÃO: MATIAS

CPF Nº:

AUXILIAR: Romulo

CPF Nº:

ANESTESIA:

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Selene

CPF Nº:

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

3-0 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Nova Teresina - PI
CEP: 63.002-470

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	-	-	LÂMINA DE BISTURI 24/11	UNID.	01	-
AGULHA 30X8	UNID.	01	-	LUVA Nº 7.0	PAR	3	-
AGULHA 40X12	UNID.	02	-	LUVA Nº 6.5	PAR	2	-
AGULHA RAQUE	UNID.	-	-	LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	-
ALCOOL 70%	ML	60	-	PVPI DE GERMANTE	ML	60	-
ALGODÃO	BOLA	-	-	PVPI TÓPICO	ML	60	-
ÁGUA OXIGENADA	ML	-	-	PVPI TINTURA	ML	-	-
COMPRESSA	PAC.	03	-	SERINGA 20CC	UNID.	02	-
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-	-	SERINGA 10CC	UNID.	01	-
ESPARADRAPO	CM	60	-	SERINGA 5CC	UNID.	-	-
ESCALPE Nº	UNID.	-	-	SERINGA 3CC	UNID.	-	-
FORMOL	ML	-	-	SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	-
GASES	PAC.	08	-	SONDA URETRAL	UNID.	-	-
JELCO Nº	UNID.	-	-	Sonda Aspinager 10	unid	01	-
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Luva nº 08	unid	01	-
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Agulha 13x4.5	unid	01	-
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 5.0	unid	01	-				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 3.0	unid	01	-	CIRCULANTE: <u>Enid.</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Tauroso da Silva Borges Júnior.

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR

Cirurgião

D. MATIAS

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Leleue.

Anestesista

ITAU

Anestesia

GENE

Anestésico(a)

Data da Operação

04/09/19

Início

09:00

Fim

12:00

Diagnóstico Pós-operatório

OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO
ZIGOMÁTICO-MAXILAR

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL COM INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
- 2) ANTISSEPSEIA INTA E EXTA ORA E POSICIONAMENTO DOS CAMPOS
- 3) INFILTRAÇÃO LOCAL EM REGIÃO DE SUPERCILIO, INTA-ORBITA E INTA ORA (VESTIB. MAXILAR E)
- 4) ACESSOS CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURAS (1 PLACA NA FRONT-ZIGOMA), (1 PLACA NA INTA-ORBITA) E (2 PLACAS NA REGIÃO ZIGOMAT-MAXILAR). TOTAL 4 PLACAS.
- 5) IRRIGAÇÃO E INSPEÇÃO DO SITO CIRÚRGICO
- 6) SUTURA DAS LAMINAS
- 7) LIMPEZA EXTA-ORA E REMOÇÃO DE TAMPÃO EM OROFARINGE
- 8) REMOÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS E TÉRMINO DA CIRURGIA.





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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 12321 - Em: (29/08/2018)

Internação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
221668	486588	TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR	POSTO 1	ANEXO 2 P01	LEITO	LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA			
Evolução:	Diagnóstico/Comorbidades:								
Hora:	FRATURA DE ANTEBRAÇO D + CLAVÍCULA E + FACE								
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE, visto Nutricional Tabela Caland CRN/PI 10169								
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"	1,00	Frasco	EV	6/6h				01:35h - Pte. admitido
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. SOS	1,00	Ampola	EV	6/6h				02:15h - Pte. admitido
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				02:15h - Pte. admitido
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL EM 100ml SF0,9% SOS	1,00	Ampola	EV	8/8h				02:15h - Pte. admitido
5	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	Ampola	EV	12/12h				02:15h - Pte. admitido

Observações Gerais:

SSVV + CCGG

Dr. Lafayette Fontenelle B. Macedo
MÉDICO
CRM-MA 8956

AO C.C.
A GONA



CMR 5248-524
CMR 5248-524

NOME Fernando da Silva Borges Junior IDADE 35 anos DATA 04/09/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 13 hs 05 min TIPO DE ANESTESIA: ☒ GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de zigomático CIRURGIÃO Matias

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>137 x 82 mmHg</u>	<u>135/72</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>66 bpm</u>	<u>74</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98 %</u>	<u>98 %</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<u>//</u>	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>//</u>	
NOME/ MATRÍCULA	<u>Silvana / 68106</u>	<u>cr</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL

10

ASS.

Klénia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

Klénia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	SONDA: () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

13:05 Admitido na SRPA, em Pós de fr. zigomático. Consciente, orientado. Expulso um AA. NV púrio.

Klénia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

14h - Alta, recuperado.

Klénia Freire Parentes
 ENFERMEIRA
 COREN-PI: 484025

HUT DR. ZENON ROCHA
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME Face 14:40 h
 DATA: 04/09/18

ALTA SRPA

Alta da RPA Sem Guai

Dr. Fernando C. Matos Gonçalves
 ANESTESIOLOGISTA
 HORÁRIO CRM-PI 4924

ANESTESIOLOGISTA

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

POSTO: [] 11 [] 12 [] 13 [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] PED. INFERO [] GERAL [] 14 [] QUEIMA CLÍNICA [] LIT. APOST. 11/18

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Tarciso da Silva B. Junior IDADE 35 anos DATA 30/08/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 hs 35 min TIPO DE ANESTESIA GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Furl. clavícula + rádio D.C. CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>161/92</u>	<u>161/87</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>87</u>	<u>74</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>99%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Carlene</u>	<u>Carlene</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

08

ASS.

Me Agente de Anestesia
 CRP 20.517-1-18

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA SINAIS DE
 Rua Coelhos, 100 - Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

12:25 Admitido na SRPA em POS de tto cirurgico para
fractura em clavícula @ + radio @. Submetido a quat
sondento, supleno, respando ac. Fe com curativo limpo

João Vinícius dos Santos
 Médico Anestesiologista
 CONTINER COMO ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Laurindo Raylino Filho
 Médico Anestesiologista
 ANEP 90008
 CRP 20.517-1-18

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

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] 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: 05.522.917/0022-02

Prontuario:

486588

Internação:

222119

Nome: **TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR**

End. Resid.: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 01/10/1982	Idade: 35a11m3d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: MECANICO
---------------------------	----------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Internação

Alta

Permanência

Data 04/09/2018	Hora 09:57	Data 05/09/18	Hora :
---------------------------	----------------------	-------------------------	------------------

Diagnósticos:

Cod. CID:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

S	0	2	1

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

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA:

Data:

04/09/18

Tipo:

Internamento h 24h

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

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

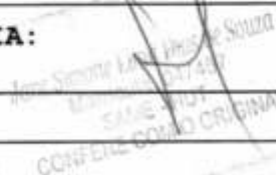
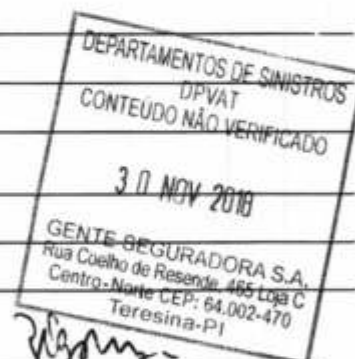
TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Ass. Médica Assistente/Auxiliar/Residente



Dr. José Carlos de O. G. Filho
Especialista em Cirurgia Maxilo-facial
CRM-PI 2200



Imp: 28/08/2018 20:37:45
(DANYELLE VIEIRA)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR		<u>Prontuário:</u> 486588
<u>Mãe:</u> MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES	<u>Pai:</u> TARCISO DA SILVA BORGES	
<u>End.Resid.:</u> RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
<u>Nascimento:</u> 01/10/1982	<u>Idade:</u> 35a10m27d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-39543-4686
<u>Responsável:</u> SIMONE KERLE LIMA	<u>CNS:</u> 702608234778345	<u>Documento:</u> CPF: 000.792.063-60
<u>Profissão:</u> MECANICO	<u>E.Civil:</u> Casado(a)	
<u>G. Instrução:</u> Medio Completo		
<u>End.Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 681514	<u>Data:</u> 28/08/2018 20:24:33	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		<u>Convênio:</u>

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 28/03/18 21:08 ESPECIALISTA: ZCN

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Deputado do Partido Comunista, originário do Rio de Janeiro, faz faculdade de Direito na Universidade de Coimbra, Portugal. CD: 1. Livro de NCR. AOBMF / Rótulo com o nome do paciente.

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : Ricardo

$$O_{\text{Hospeds}} = \text{FUTURUS RECURSUS} \approx \text{PRINCIO (n)} + \text{CURRULO (E)}$$
 CUMULATIVUS.
 INTERVENIR PER ORTOPEDIA APUS UTBENIGTO MS
 DEUS CUMULUS.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 28/04/12 22:03 ESPECIALISTA: Copiar para Geral

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente vítima de acidente automobilístico com lesões múltiplas e graves, com lesões no tórax, membros superiores e inferiores, apresentando sinais de esforço respiratório. Apresenta Rx de tórax com lesões com neumotórax de duplo efeito e fratura de úmero no lado direito da cintura escapular.

Dra. Maria Helena Barroso e Silva

Carimbo/Assinatura Solicitante
CRM-PI: 6815

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 28/08/2018 12:36 # buco CRM-PI: 6815

Paciente vítima de acidente automobilístico, encaminhado em face, laceração em canto lateral do OE, ausência de tórax, movimentos oculares preservados. Ao exame de boca apresenta fratura CORN (E) com mancha de virgula.

C) Espuma liberada das demais especialidades para programação cirúrgica.

X 的分布



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 N° do chamado 6023860	02 Data do chamado 28/08/18	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 1973544	05 Chegada ao local 19124524
	06 Saída do local 20:06:30	07 Chegada ao 1° hospital 20:22 H	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Principal da Vila Santa Bárbara				
	11 Bairro Vila Santa Bárbara	12 Município-UF Teresina - PI	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Com Kempa Construção				
	14 Nome Tarcísio da Silva Borges Junior	15 Sexo Masculino	16 Idade 25 anos		
Tipo de Ocorrência	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 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	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 Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 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 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 66b/min Resp. 10x7 PA 100/70 TAX. 97% SatO2 97%		25 Local da lesão Diagrama do corpo humano com seta apontando para o lado direito da cabeça.		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sagração 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	
Assistência	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Prancha longa/curta Imobilização de extremidades Acesso Venoso Medicamentos a) b) c) Glicemia Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT HUT				
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado				
Observações Interdisciplinar	34 Óbito 1-Sim 2-Não				
	Observações: Cliente sofreu colisão moto c/moto, após ser pego suspenso de cabeça para baixo + fratura de punho direito. Lesões em face e tórax. Foi encaminhado para o hospital de destino. TCEI.				

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor

[illegible]

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	221668

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR	6 - Prontuário: 486588
7-CNS: 702608234778345 8-Nascimento: 01/10/1982 9-Sexo: Masculino CPF: 000.792.063-60	
11-Mãe: MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES	12-Fone: 86-99543-4686
13-Resp: SIMONE KERLLE LIMA	14-Fone: 86-99543-4686
15-Ender: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - CEP: 64000-000	
16-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-000	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020431	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA
32-Cod.Procedi- mento Especial 0702030899	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE	

38-Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 30/08/2018	40-No.Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72	41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O/Assistente de Medicina *de Rm + Curador (Glezer)*

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:
		29/09/18 Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor FMS - Teresina

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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



BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

MATRIZ

Rua Area Leão, 596 - Centro/Sul
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí
Insc. Est. nº 19.444.630-1
CNPJ nº 03.512.566/0001-90
biosintese@biosintesepima.com.br

FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Salas 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place • Calhau
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.512.566/0002-71
biosintese_ma@biosintesepima.com.br

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT

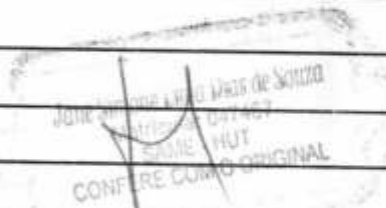
CX 0131-1

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome Valdo



Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
<u>01</u>	<u>placa DCP 3,5mm (inclusa parafusos)</u>
<u>01</u>	<u>placa de Reconstrução 3,5 m</u> <u>(inclusa parafusos)</u>
	<u>(13 parafusos corticais)</u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (as) aqui discriminado do paciente abaixo.

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 30.08.18

DATA DA ALTA _____

PACIENTE - Nome: Taciso da Silva Borges Junior

Nº AIH: 221668

Nº do Prontuário: 486588

Data da Internação _____

Procedimento Médico Realizado: 0408020431

Indicador de Compatibilidade: 0702030899/0702030929

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Arthur

CRM Nº _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30 / 08 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Carissa da Silva Borges</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>486588</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Int. de m. de n. 1</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Genal</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Acad.</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Laurindo - 474</u>	CPF Nº: <u>068972903-00</u>
INSTRUMENTADORA: <u>Ymaileue</u>	CPF Nº: <u>068972903-00</u>

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI n° 24	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 6.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	.		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	120	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	.	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Luva n° 8.5</u>	02		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <u>Cupom</u>	03		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Exatua 03</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Relatado 05</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Smash 01</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>	u						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>c.c</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>bayama</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

Jane Strum...
CONFERE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30 / 08 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Carine da Silva Borges</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>486588</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Int. clorúria</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Oral</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Arthur</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Acad.</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Laurindo - 474</u>	CPF Nº: <u>068978903-00</u>
INSTRUMENTADORA: <u>Jura</u>	CPF Nº: <u>068978903-00</u>

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	.		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	.	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	15		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	.		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL nº 16	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.			Luva nº 8.5	02		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA ENXOVAR	03		
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Crepom 01+1			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	u						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: C.C			
VICRYL 0	u			CIRCULANTE: <u>Ronyana</u>			
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DEPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

JOSÉ SÉRGIO...
CONFERE COM O ORIGINAL



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Coarço da Silva Borges Júnior

Diagnóstico pré-operatório

Fr. 9181221 (D) + CAVICULA (E)

Operação - Tipo

ORTOSSINTET

Cirurgião

Dr. Arthur

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Jura

Anestesista

Dr. Raulino Filho
Médico Anestesiologista
CRM/PI 474 CPF: 068.972.303-26

Anestesia

Guai

Anestésico(a)

Data da Operação

30.08.18

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0108020931 - 5523
↳ placa DCP

0108010150 - 5420
↳ placa de reconstrução

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

João Santana Filho
Médico de Família e Saúde
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 483 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Ass. B. S. e C. no M.S.D. // INCISÃO DE THOMPSON PARA
ACESSO AO M. D. B. // R. A. F. I. com placa e para furto //
SUTURA // DRENAGEM FECHADA DA ARTICULAÇÃO PIPIROCLINAR
DISTAL // FISSURA DA A. D. V. D. com fio - k // CUSTO
DRENAGEM DA FISSURA DE EMARH // TALA
Ass. B. S. e C. no Ombro (E) // INCISÃO PARA
ACESSO À CAVIDADE // R. A. F. I. DA FISSURA com placa
e parafusos // SUTURA POR PLACAS // CUSTO // TALA.



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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **TRACISO DA SILVA BORGES JUNIOR** (Prontuário: 486588)
Endereço: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 01/10/1982 Idade: 35a11m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 681514
Requisição: 868473 Solicitação: 28/08/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1075204 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 28/08/2018

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura na clavícula esquerda.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 28/09/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR** (Prontuário: 486588)
Endereço: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 01/10/1982 Idade: 35a11m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 681514
Requisição: 868473 Solicitação: 28/08/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1075202 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 28/08/2018

MAO DIREITA

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 28/09/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR** (Prontuário: 486588)
Endereço: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 01/10/1982 Idade: 35a11m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 681514
Requisição: 868474 Solicitação: 28/08/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1075205 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 28/08/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

OBS.: FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/09/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

JOAO ANTONIO
TERESINA - PI
CONFERE COMO ORIGINAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR** (Prontuário: 486588)
Endereço: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 01/10/1982 Idade: 35a10m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 681514
Requisição: 868475 Solicitação: 28/08/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1075208 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 28/08/2018

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:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- FRATURAS NA FACE, COM HEMOSSINUS.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 28/08/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR** (Prontuário: 486588)
Endereço: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 01/10/1982 Idade: 36a0m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 221668
Requisição: 868927 Solicitação: 30/08/2018 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1075752 Convênio: S U S CLINICA CIRURGICA - P08 ENFERMARIA 222 LEITO 181

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 30/08/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Controle pós operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na clavícula esquerda.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 30/10/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0501401

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO
EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
BARÃO DE GRAJAU-MA DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 39751 V 53A F 097
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI
839.502.703-00 ASSINATURA DO DIRETOR

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565921 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR **Data do acidente:** 28/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO.
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - OMBRO ESQUERDO/ COMPLEXO ZIGOMÁTICO/ RÁDIO DIREITO).

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565921 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR **Data do acidente:** 28/08/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO.
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - OMBRO ESQUERDO/ COMPLEXO ZIGOMÁTICO/ RÁDIO DIREITO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO E OMBRO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565921

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

Data do acidente: 28/08/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL
-FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO MAXILA
FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA
FRATURA DO RADIO E ULNA DISTAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, JUNTAMENTE COM DOR EM OMBRO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, DOR EM PUNHO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS DO OMBRO ESQUERDO
PSEUDOARTROSE DO RADIO DISTAL DIREITO
DANOS FUNCIONAL NA ABERTURA BOCA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			41,25 %	R\$ 5.568,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565921

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

Data do acidente: 28/08/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL
-FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO MAXILA
FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA
FRATURA DO RADIO E ULNA DISTAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, JUNTAMENTE COM DOR EM OMBRO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, DOR EM PUNHO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS DO OMBRO ESQUERDO
PSEUDOARTROSE DO RADIO DISTAL DIREITO
DANOS FUNCIONAL NA ABERTURA BOCA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			41,25 %	R\$ 5.568,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de formas legíveis e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Tarciso da Silva Borges Junior
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Casado
 Identidade: 2.279.859
 CPF: 000.792.063-60
 Profissão: Mecânico
 Endereço: R. Agnelo Pereira da Silva nº 2555 B. São João
 CEP: _____
 Telefone: (86) 99472-9591

OUTORGADO:

Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
 Nacionalidade: Brasileira
 Estado Civil: Solteira
 RG: 2.212.129
 CPF: 839.502.303-00
 Profissão: CORRETOR (A)
 Endereço: RUA: RUI BARBOSA Nº 3814 BA. RRO: PARQUE ALVORADA TERESINA- PIAUI
 CEP: 64.000-090
 Telefone: (86) 99472-9591 / 98807-7870 3213-2804



Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado Acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradora consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

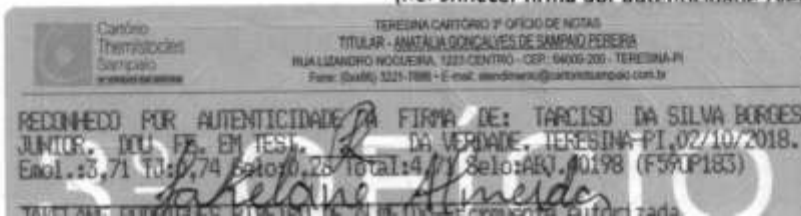
Vítima Tarciso da Silva Borges Junior
Teresina - Piau 02.10.18

Local e Data

Tarciso da Silva Borges Junior

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade /verdadeira)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0435076/18

Vítima: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

CPF: 000.792.063-60

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/08/2018

Titular do CPF: TARCISO DA SILVA
BORGES JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR : 000.792.063-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

Nº Sinistro: 3180565921

Vítima: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

Data do Acidente: 28/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180565921**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13667073



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

Sinistro: 3180565921
Vítima: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR
Data do Acidente: 28/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180565921** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13680604



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 000.792.063.60 Nome completo da vítima: Tereza de Silveira Borges Junior

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

Nome completo: Tereza de Silveira Borges Junior CPF: 000.792.063.60
Profissão: Mecânico Endereço: Rua: Agnelo Pereira de Silveira Número: 2355 Complemento: _____
Bairro: São João Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: _____
E-mail: _____ Tel.(DDD): 861994729591

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2004 03 CONTA: 914442 02 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou comp. vivo(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou comp. vivo(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Teresina - Piauí 23.11.18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

**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

Número do Sinistro: 3180565921
Nome do(a) Examinado(a): Tarciso da Silva Borges Junior
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Agnelo Pereira da Silva, 2555
Sao Joao Teresina PI CEP: 64045-440
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2279859
Data local do acidente: [28/08/2018]
Data local do exame: [11/12/2018] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMA FACIAL
-FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO MAXILA
FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA
FRATURA DO RADIO E ULNA DISTAL DIREITO**

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

**Tratamento: OSTEOSINTESE COM MINIPLACAS E PARAFUSO.
OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO METALICO
DANO FACIAL
Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DA CLAVICULA ESQUERDO , E PUNHO DIREITO, E DANO FACIAL
Data da Alta: 28/09/2018**

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

PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, JUNTAMENTE COM DOR EM OMBRO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO, DOR EM PUNHO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DANO FACIAL COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, APRESENTA ÍNDICE DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO LEVEMENTE PREJUDICADO, COM DOR NA MOVIMENTAÇÃO DA MANDÍBULA DURANTE UM MOVIMENTO, DOR NA ATM A PALPAÇÃO LATERAL E ALTERAÇÕES NA FUNÇÃO DA ATM A PALPAÇÃO DOS MÚSCULOS MASTIGATORIOS. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO COM DOR EM OMBRO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR GRAU 3, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO (LIMITADO A 45 GRAUS) LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO COM DOR EM PUNHO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO GRAU 3, COM LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO (LIMITADO A 20 GRAUS), PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO .

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(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):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS


% do dano: ☒ (X) 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004049/2018-37

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

Data/Hora: 23/11/2018 - 13:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DA VILA SANTA BARBARA, Nº:

Complemento

489720

Data/Hora

28/08/2018 - 19:00

Bairro

VILA SANTA BARBARA

Ponto de Referência

BOM TEMPO CONSTRUÇÕES

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2279859 SSP PI

Mãe: MARIA DEUSINIR DE OLIVEIRA BORGES

Endereço: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA, Nº 2555

Bairro: SÃO JOÃO

Cidade: TERESINA

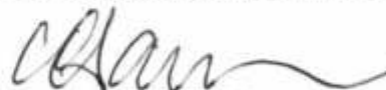
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA


Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125, PLACA LWL-8665-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 00157012549, PROP. DE IONE EVANGELISTA GUIMARÃES, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRARIO, INVADIU A FAIXA DE TRAFEGO DA PRIMEIRA, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 486588). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR - 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 N° do chamado 602-3860	02 Data do chamado 28/08/18	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 19:35H	05 Chegada ao local 19:45H
	06 Saída do local 20:06H	07 Chegada ao 1° hospital 20:22H	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Principal da Vila Santa Bárbara	11 Bairro Vl. Santa Bárbara	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Bom tempo Construção				
Dados do Paciente	14 Nome Tarcísio da Silva Borges Junior	15 Sexo 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado	7		
	16 Idade 35 anos	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	2
Tipo de Ocorrência	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 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 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	1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 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 - Nenhum
	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não		0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada
	1 - Aspiração 2 - Oxigênio 3 - Curativos 4 - Prancha longa/curta 5 - Colar cervical 6 - Kred 7 - Imobilização de extremidades 8 - Reanimação cardiopulmonar 9 - Assistência obstétrica		1 - Sim 2 - Não Removido		1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado
Observações Interdisciplinar	34 Óbito		35 Condições de entrada		36 Observações
	1 - Sim 2 - Não		1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte		Cliente sofreu colisão moto c/ moto, apresentando suspeita de clavícula @ + Fratura de punho @ + Lesões em face sangrante. e no corpo coberto. TCE!! CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 NOV 2018
SANTO SEGURADORA S.A.
Rua da Bandeira, 45 Loja C
Teresina - PI
CEP: 64.002-470

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

budenina

Enfermeiro
Condutor

Benedito

FE17A

21/08/18

SU + URA

ORTO - DAVAO PASSOU PELO

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Teresina - PI - CEP: 64000-000

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

22:15 BUCCO OK

SUS SUS

OFICINA COLHEIMENTO

28/08/2018

Enfermeira - PI 26704

28/08/2018

User: DAVAO VIEIRA

Estação: APT01

LETIM DE ENTRADA - BE

NHEO

29/8/18

CIR GERAL = OK

- BUCCO MAXILO = OK

OS DO PACIENTE:

Nome: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

Prontuário: 486588

Mãe: MARIA DEUSANIR DE OLIVEIRA BORGES

Pai: TARCISO DA SILVA BORGES

End. Resid.: RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA 2555 - SAO JOAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000

Nascimento: 01/10/1982

Idade: 35a10m27d

Sexo: Masculino

Fone: 86-99543-4686

Responsável: SIMONE KERLLE LIMA

CNS: 702608234778345

Profissão: MECANICO

CPF: 000.792.063-60 * RG: -

Instrução: Médio Completo

E.Civil: Casado(a)

End. Local: - - -

OS DO ATENDIMENTO:

Sigla: 681514

Data: 28/08/2018 20:24:33

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

Evento da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Convênio: Centro Norte CEP: 64002-470 Teresina-PI

Id.Trab.: Não

Trajetos?: Não

Tipo: Não

CID Secundário: V299

OS CLÍNICOS:

Marido vítima de acidente motociclístico há aprox. 2h (segundo SAMU), pois não houve (hemorragia). Chegou com 1) V.a. aorta pérvia, com parede rígida e cava cervical; 2) MVE, responsabilidade diminuída em HTE. SatO2 = 98%. 3) Sem sangramento ativo; visuais, BNF, ZT, RR, SS. Malone inocente, pele estável. 4) Glasgow = 15, pupilas isocônicas e foto reagentes; ligeira náusea, vômitos e síncope. Refere emetia carunar. Observado equimose periorbital E e minocagica. 5) lesão em antebraço E, face, dor em clavícula E e em região frontal à E.

130 x 80 mmHg

Pulso: cheio

FC: 87 bpm

Temp.: -

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado TC de crânio, RX de tórax, pulso, antebraço, e mão direita sutura em Face na Isla de Sutura.

RAIO-X

DATA 28/08/18

Téc. 18

RAIO-X

DATA 28/08/18

Téc. 18

RAIO-X

DATA 28/08/18

Téc. 18

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: -

DATA: -

TECNOLOGO: -

DATA SAÍDA: / /

HORA: -

() Internação na Unidade

Proced. Solicitado: -

CID Compatível: -

Prof. Solicitante: -

Internação: -

TA:

() Melhorado

() Administrativa

() Curado

() Por Indisciplina

() Inalterado

() Por Evasão

() A Pedido

DESTINO:

() Até 24 Hs

() Família

() De 24 a 48 Hs

() IML

() Após 48 Hs

() Anat. Patol.

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

0408020431

5523

LAD Tst

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.568,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TARCISO DA SILVA BORGES JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000714442-2

Nr. da Autenticação 3776AE92B3D2F8D1

ÁGUAS DE
CE TERESINA

CNPJ 27237474000106 - IE 195965538
Av. Otilion Araújo, 1076, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 224 2240 ou 115 / (86) 98124-3190

TC 1.37
2018106065500

MATRICULA

12980005-8

ENTRADA Nº

MÊS/ANO

153276861
11/2018

NOME / ENDEREÇO

MORADOR JOSE FRANCISCO DE SOUSA

RUA AGNELO PEREIRA DA SILVA, 2555-SAO
JOAO-TERESINA-PI-cep:64045440

LOCAL / CID

003-00014-008570

GRUPO

003

NUMERO DO HIDRÔMETRO

A14F219775

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	Tipo	Lido	Faturado
10/2018	Lido	48	48
09/2018	Lido	27	27
08/2018	Lido	32	32
07/2018	Lido	30	30
06/2018	Lido	32	32
05/2018	Lido	27	27

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

ANTERIOR

08/10/2018 1196

ATUAL

06/11/2018 1231

CONSUMO MÊS/M3

35

LEI 10.740/01

POL. PASSO 285,92x1,65x= 4,71

COFINS 285,92x7,60x= 21,72

TABELA DE TARIFFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (N)
10	1,0 2.651,0 50
10	25 4.940,0 50
25	99.999,0 8.530,0 50

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR	BTX
VALOR REFERENTE AGUA - 185,91	185,91	
> Residencial-Normal	35,0 m3	
VALOR DE ESGOTO - 92,96	92,96	
> Residencial-Normal	35,0 m3	
JUROS POR ATRASO	10/2018	
MULTA POR ATRASO	10/2018	

NÃO RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (N)

VENCIMENTO

19/11/2018

TOTAL A PAGAR

285,92

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE AGUA PODERA SER MODIFICADA
CASO NAO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADROES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.036	3.026	10	1,40	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3.001	2.998	3	3,84	Inferior a 15
PH	3.032	3.011	21	6,86	6,00-9,50
TURBIDEZ	3.022	3.013	9	0,94	Inferior a 5

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

PARÂMETRO	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	470	466	4	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	470	470	0	Ausencia	Ausente

DATA DE EMISSÃO: 06/11/2018

HORA DA EMISSÃO: 06:55

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

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

TC 1.37

2018106065500

ÁGUAS DE
CE TERESINA

MATRICULA

12980005-8

ENTRADA Nº

MÊS/ANO

153276861

11/2018

VENCIMENTO

19/11/2018

VALOR A PAGAR

285,92

8267000002-1 85921535000-9 00201815327-6 68610100104-4





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

011109374

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)

REVELY MOIRA DE OLIVEIRA
R. RUI BARBOSA 3814 3814/B-URBANO
CPF: 00083950230300
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	16975	Atual:	14/08/2018
Anterior:	1.000	Anterior:	16/10/2018
Constante de Multiplicação:	45	Próxima Leitura:	13/09/2018
Consumo Medidor:	45	Emissão:	14/09/2018
Consumo Faturado:	NORMAL	Apresentador:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
COMERCIAL	MONO	Medidor	Poste
		A14323-3	3.5.3-1
			Média 12 meses
			165

HISTÓRICO kWh		RESERVAÇÃO DE CONTAS	
AGO/18	153	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	3,26
JUL/18	177	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	0,19
JUN/18	177	MULTA POR ATRASO 08/18-00	1,68
MAI/18	188	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	0,39
ABR/18	172	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 2,24	
MAR/18	184		
FEV/18	148		
JAN/18	188		
DEZ/17	168		
NOV/17	168		

TARIFA DE TRIBUTOS:
BA 45 - 0,604298

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

3 0 NOV 2018

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

RESERVAÇÃO DE CONTAS
PAGAMENTO Até o dia 13/09/2018, não haverá cobrança de juros e multa
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3304.9781.5199.A08D.D453.14FF.4AE5.AA1C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Dist. buçido:	14,76	Base de Cálculo:	22,00%
Ener. Jac:	2,32	Alíquota ICM:	8,24
Transmissão:	2,35		



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-8

1305223-3 43,01
MÊS FATURADO VENCIMENTO
09/09/2018 011109374 FCM

836500000000 2 430100170000 9 000000001305 2 223309180008 9



SEQ.: 00124 UC: 1305223-3 DT. LEIT.: 14/09/2018 T. ENTR.: 01
LEI.URA: 17020 NORMAL TOTAL: 43,01 CARGA: 029
DT.VENC.: 21/09/2018 IRREG. 000 COLETOR: 2191

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Keylly Leanne de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tarciso da Silva Borges Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.492.063-60 do sinistro de DPVAT cobertura Incólidez da Vítima Tarciso da Silva Borges Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.492.063-60 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Rua: Rui Barbosa</u>		Número <u>3814</u>	Complemento
Bairro <u>Pq. Alvorada</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86)994729591</u>

Ter, Pi 23 de 11 de 18
Local e Data

Keylly Leanne de Oliveira
Assinatura do Declarante