

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETTRAN - PI		Nº 014208657355	
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO		EXERCÍCIO 2019	
VIA	01188340058	NOME	FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA JUNIOR
000 - RENOVAM.	01188340058	CPF / CNPJ	01203095309
PLACA	QRT-7621	CLASSE	9C2JB0100KR121330
ESPÉCIE / TIPO	PAS / MOTOCICLE / MOTO	COMBUSTÍVEL	GASOLINA
MARCA / MODELO	HONDA / POP 1101	ANO FAB.	2019
ANO FAB.	2019	ANO REG.	2019
CATEGORIA	PARTICU	COR PREDOMINANTE	PRETA
COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA	VENO. COTAS	1. 1PVA
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2. PAGO	
PREMIO TARIFARIO (R\$)	000,00	3. PAGO	
PAGO		PREMIO TOTAL (R\$)	000,00
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
A/FID.	ADMINISTRADORA DE CONS MAC HON	LOCAL	TERESINA
DATA	02/09/2019		

Assinado digitalmente por FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA JUNIOR
DIRETOR GERAL DE DENATRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 014208657355 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	01203095309	CPF / CNPJ	01188340058
RENOVAM.	01188340058	MARCA / MODELO	HONDA / POP 1101
ANO FAB.	2019	Nº CHASSI	9C2JB0100KR121330
COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA	VENO. COTAS	1. 1PVA
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2. PAGO	
PREMIO TARIFARIO (R\$)	000,00	3. PAGO	
PAGO		PREMIO TOTAL (R\$)	000,00
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
A/FID.	ADMINISTRADORA DE CONS MAC HON	LOCAL	TERESINA
DATA	02/09/2019		

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.245.408/0001-04

14/09/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605474 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RAULINO DA SILVA **Data do acidente:** 31/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
COSTA NETO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/ FIO DE K.) ALTA MÉDICA.
P.05/ 07/18/19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605474 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RAULINO DA SILVA **Data do acidente:** 31/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
COSTA NETO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 4º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/ FIO DE K.) ALTA MÉDICA.
P.05/ 07/18/19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR. EM TEST. DA VERDADE: DOMÉ, TERESINA, 15/10/2019 12:08:08
Nº AA/84022 - HHSN Consulte em www.tpi.jus.br/portalexta

PARA LUCAS MENDES LEAL - ESCRIVENTE AUTORIZADO
Emol: R\$ 3,85 TJ: R\$ 2,77 MP: R\$ 0,10 Selc: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98

CARTÓRIO 87 OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS
Rua David Caldas, 167-Centro/Munic.
Teresina-Piauí - (86) 3029 - 2205
Bel. Maria Milda Silva Pereira
Tabela Interna

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Raulino da Silva Costa Neto
RG: 330 835 Órgão Emissor: SSP/PI CPF: 287.720.673-49
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: _____
Endereço: Condomínio Residência Nova Alegria I, A - AV Nº 16
Bairro: Parque Sul Cep: 64028425 Cidade/UF: TERESINA - PI
Telefone: (86) 99419-5907 () _____ () _____

OUTORGADO:

Nome: Márcia Vital de Lima
RG: 2.350.007 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 590.071.253-20
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Pedagoga
Endereço: Rua 24 de Janeiro Nº 554
Bairro: Centro Cep: 64000-235 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 98848-6923 (86) 99830-7745 (86) 99945-5966

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras 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, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Francisco Raulino da Silva Costa Neto
CPF: 287.720.673-49 Data do Acidente: 31/05/2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

5º Ofício

15.10.2019

Francisco Raulino da Silva Costa Neto
Local e data

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374329/19

Vítima: FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA N

CPF: 287.720.673-49

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/05/2019

Titular do CPF: FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCIA VITAL DE LIMA : 590.071.253-20

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

FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO : 287.720.673-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/10/2019
Nome: MARCIA VITAL DE LIMA
CPF: 590.071.253-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

MARCIA VITAL DE LIMA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605474

Vítima: FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO

Data do Acidente: 31/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605474

Vítima: FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO

Data do Acidente: 31/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001607

Conta: 0000015376-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do SInistro ou ASL: 287 720 673-49 3 - CPF da vítima: 287 720 673-49 4 - Nome completo da vítima: Francisco Raulino da Silva Costa Neto

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

5 - Nome completo: Francisco Raulino da Silva Costa Neto 6 - CPF: 287 720 673-49
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Residencial Nova Alegria, 2-AU 9 - Número: 16 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pq. Sul 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64028425
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0607 CONTA: 05376 6

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

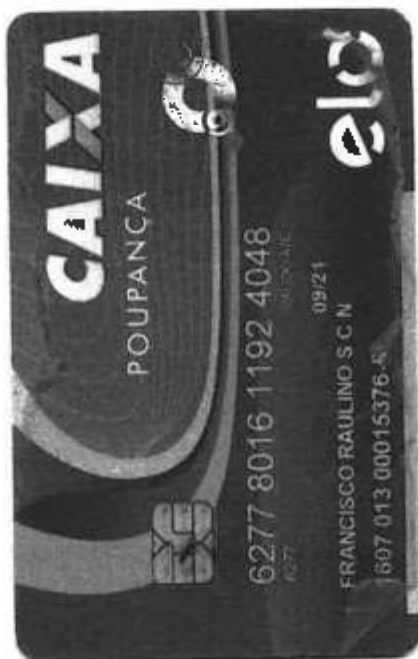
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina, 15/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004000/2019-65

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 15/10/2019 - 11:16

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV: PREFEITO WALL FERRAZ, Nº:

Complemento

Bairro

BELA VISTA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 330835 SSP/PI

Mãe: TERESINHA DE JESUS COSTA BRANDÃO

Pai: ANTONIO DE PADUA SIQUEIRA BRANDÃO

Endereço: RESIDENCIAL TODOS OS SANTOS QUADRA N CASA 27, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8855-6669

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE QUE É VITIMA RELATA QUE VINHA COMO GARUPA, NA MOTO HONDA/POP 110I, DE PLACA-QRT-7621-PI, DE PROPRIEDADE DE SEU FILHO, FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA JUNIOR QUEM PILOTAVA. CPF.012.030.953-09, RELATA QUE VINHA NA VIA ACIMA CITADO QUANDO PERDEU O CONTROLE CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO.512779. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO - Notificante
Responsável pela Informação

Lucy Kelko Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do SInistro ou ASL: 287 720 673-49 3 - CPF da vítima: 287 720 673-49 4 - Nome completo da vítima: Francisco Raulino da Silva Costa Neto

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

5 - Nome completo: Francisco Raulino da Silva Costa Neto 6 - CPF: 287 720 673-49
7 - Profissão: Aposentado 8 - Endereço: Residencial Nova Alegria, 2-AU 9 - Número: 16 10 - Complemento:
11 - Bairro: Pq. Sul 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64028-425
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0607 CONTA: 05376 6
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autografado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

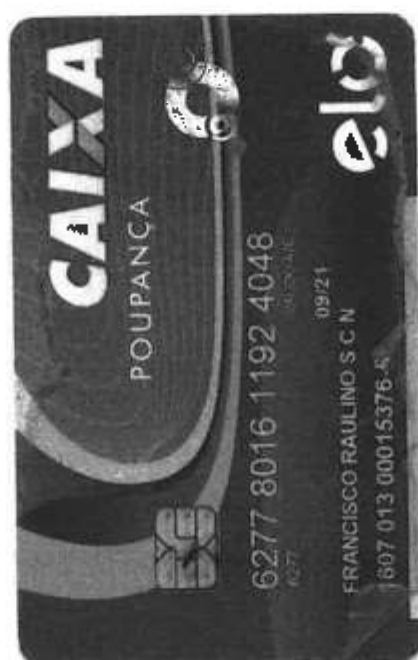
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina, 15/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000015376-6

Nr. da Autenticação 386A944D11989789

ÁGUAS DE TERESINA

L.Nº 1715743/000105 - 11181985374
Av. Prof. Camilo Filha, 3360, Jdcs-nv Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (06) 98124-3199

TQ 1.36
28: 99917195741

FATURA Nº 152928210
MÊS/ANO 9/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO
CON RESID NOVA ALEGRIA I, 9--AV-CASA--16-PARQUE
SUL-TERESINA-PI-cep:64028425

LOCALIZAÇÃO
010-00030-001320

GRUPO
010

NÚMERO DO HIDRÔMETRO
A09X327104

PERÍODO DE CONSUMO	MÊS/ANO	TIPO	VALOR	FATURADO
08/2019	Lido	12	12	12
07/2019	Lido	12	12	12
06/2019	Lido	18	18	18
05/2019	Lido	08	08	18
04/2019	Lido	12	12	12

ECONOMIA CATEGORIA/TIPO/TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 14/08/2019
ATUAL 13/09/2019

CONSUMO MÊS/MS
12

VALOR DE REFERÊNCIA
PS. BASE 0,58x1,68x= 0,972
CORS 43,66x1,68x= 7,31

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA TABELA	VALOR
RESIDENCIAL TARIFA DE CONSUMO (R\$ 1,00/m³) 12 25 5,7125 32 25 99999 9,8113 88	VALOR REFERENTE ÁGUA - 42,08 > Residencial-Normal JUROS POR ATRASO MULTA POR ATRASO	12 0 m³ 08/2019 08/2019 42,08 0,17 1,43
NÃO RESIDENCIAL TARIFA DE CONSUMO (R\$ 1,00/m³)		

TOTAL A PAGAR: 43,68

REGULARIDADES / ANORMALIDADES

CONSEGUIR AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.
SE SEU HIDRÔMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

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. 8.057/95, Art. 6º, §3º, inciso I.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA (mês)	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2878	2877	1	1,39	0,2-5,0 mg/L
ODOR PERCEÍVEL	3197	3176	19	4,51	Inferior a 15
PH	2852	2813	39	6,84	6,00-9,50
TURBIDEZ	3204	3180	24	1,39	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA (mês)	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1145	1144	1	Ausência	Ausente
	1145	1145	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 13/09/2019 HORA DA EMISSÃO: 13:57

TC 1.38
201-0702105600

EXCERTE
MÊS/ANO

152754637
9/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO

001-00041-005270

GRUPO

001

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO TIPO
09/2019 Lido
07/2019 Lido
06/2019 Lido
05/2019 Lido
04/2019 Lido
03/2019 Lido

MD
G1
G2
G3
G4
G5
G6

FATURADO
135
135
135
135
135
135

ECONOMIAS - CATEGORIAS / FPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA

ANTERIOR 02/08/2019

ATUAL 02/09/2019

LITURA

147

149

CONSUMO MÊS M3

10

LS 152754637

PS. PASS 09,66x3,65m = 0,36

CONDI 09,66x7,65m = 4,45

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL

TARIFA DE CONSUMO (M3) FPO
0 10 0,8664 00
10 25 5,7120 30
25 499999 9,0610 30

NÃO RESIDENCIAL

TARIFA DE CONSUMO (M3) FPO

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE AGUA - 30,66	REF.	VALOR
> Residencial - Normal	10,0 m3	30,66
VALOR DE ESCOTO - 24,53		
> Residencial - Normal	10,0 m3	24,53
JUROS POR ATRASO	07/2019	0,55
JUROS POR ATRASO	07/2019	0,27
JUROS POR ATRASO	08/2019	0,02
MULTA POR ATRASO	07/2019	1,03
MULTA POR ATRASO	07/2019	0,50
MULTA POR ATRASO	08/2019	1,10

VENCIMENTO

14/09/2019

TOTAL A PAGAR

58,66

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.
SE SEU HIDRÔMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasiona a suspensão dos serviços
conforme Lei Federal nº 11.465/2007 Art. 14 inciso V em: 08/07/05, Art. 6, § 1º, inciso II

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / M3	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2878	2877	1	1,39	0,2-5,0 MG/L
COR. APARENTE	3197	3178	19	4,51	Inferior a 15
PH	2852	2813	39	6,84	6,00-9,50
TURBIDEZ	3204	3130	24	1,39	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / M3	VALOR PERMITIDO
ESQUECHIA COLI	1145	1144	1	Ausência	Ausente
	1145	1145	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO 02/09/2019

HORA DA EMISSÃO: 10:56

TC 1.38

20158502105600

MATRÍCULA

13428373-2

FATURA Nº

152754637

MÊS/ANO

9/2019

VENCIMENTO

14/09/2019

VALOR A PAGAR

58,66

8268000000-0 58661535000-4 00201915275-6 46370100104-2



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Márcia Vital de Lima

inscrito (a) no CPF/CNPJ 590071253 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Raulino da Silva Costa Neto inscrito (a) no CPF sob o nº 287720673 / 49

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Francisco Raulino da Silva Costa Neto

inscrito (a) no CPF sob o nº 287720673 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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 24 de janeiro</u>		Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro/Norte</u>	Cidade: <u>Terexina</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>
E-mail: _____			Tel. (DDD): <u>(86) 98848-6923</u>

Local e Data: Terexina, 15/10/2019

Márcia Vital de Lima

Assinatura do Declarante

Diretor Técnico



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Jonas Antônio da Silva Costa Neto

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 512779

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".

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Margarida 47390
SAME-HUT
ENTREGUE COM O ORIGINAL



Prefeitura de
Teresina

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 31/05/2019 do (a) paciente **FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO** o(s) seguinte(s) dado(s) abaixo:

1-Nome : onde consta FRANCISCO PAULINO DA SILVA COSTA NETO para **FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO.**


Justivan Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

Teresina, 12 de agosto de 2019

Justivan Sérgio Leal Teixeira

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3131



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.517/0022-02

Imp: 31/05/2019 17:32:33

User: DOUGLAS LIMA

[Rotação: ACCRJ1]

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: FRANCISCO PAULINO DA SILVA COSTA NETO		Prontuário: 512779	
Mãe: TERESINEA DE JESUS COSTA BRANDAO		Pai: ANTONIO DE PADUA SIQUEIRA BRANDAO	
End. Resid.: QU-X CASA-27 RESID TOCOS OS SANTOS - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI - CEP: 64000-210			
Nascimento: 29/11/1962	Idade: 56a6m2d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99556-8077
Responsável: JOAO PAULO		CNS:	
Profissão: APOSENTADO		Documento: CPF: 287.720.673-49	
G. Instrução: Médio Incompleto		E. Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 724328	Data: 31/05/2019 17:24:09	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOS)		Convênio: SUS	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Mecanismo do trauma significativo	Destino: CIRURGIA GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: RPTADO DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, COM VÍTIMA INDO PARA VÁRIOS METROS LONGE DO VEÍCULO. QUEIXA DE DOR TORÁCICA ANTERIOR + DOR EM ES (DI) + ESCORIAÇÕES EM MEMBROS. RELATO DE HIPERTENSÃO E USO DE TEGRETOL PARA CRISES CONVULSIVAS.		Profissional Clas. Risco: DOUGLAS DOS SANTOS LIMA COREN 157075 Em: 31/05/2019 17:32:34	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Comp. exame físico para
verificar lesões

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:		CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Onogem: NOCL - 12h A Barmim na to poeira
Base de IPTT, SEM SINTOMAS DE CONTINUAÇÃO EM APP
Caso de 3º e 4º IPTT. Pontuação 12 e 14 e 14 e 14
Co. Fixa

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Se internação, ind. de encerramento e CID
		Procedimento

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	5203	31/05/19	2894	1659	1703
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	1717	1723			
os do Paciente	10 Endereço	11 Bairro			
	AV PROFILO Wall Ferraz	Bela Vista 356			
Tipo de Ocorrência	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência	Rui Lima			
Acidente de Transporte	14 Nome	15 Sexo		16 Idade	
	Francisco Radino da Silva Cavaleiro	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		29.11.62	
Exame Físico	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	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			
Assistência	19 Vítima	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		Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐
Hospital de Destino	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 104 Resp 16x90 PA 160x90 TAX 97% SatO2 97%
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento		29 Dor
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial ☒ Central ☒ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não		0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10
Assistência	30 Fratura	31 Procedimentos realizados		32 Hospital de Destino	
	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Oxigênio ☒ Colar cervical ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Imobilização de extremidades ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica ☐		1 - Sim 2 - Não Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☐	
Assistência	33 Condições de entrada	34 Óbito		35 Local da lesão	
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte ☐		1 - Sim 2 - Não Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte ☐	
paciente vítima queda de moto com varias escoriações em membro superior direito, um superior escoriações e membro superior escoriações trauma e pé esquerdo (digo) direito com sangramento.					
Enf. Douglas (Coord.)		Secoristas		Enfermeiro	
Responsável pela recepção		Médico		Condutor	
201579		Rafael			



240182

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

210710

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: 240182
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO PAULINO DA SILVA COSTA NETO	6 - Prontuário: 512779
7-CRG: ☒	8-Nascimento: 29/11/1962
9-Sexo: Masculino	CPF: 287.720.673-49
11-Mãe: TERESINHA DE JESUS COSTA BRANDAO	12-Tel: 86-99556-8077
13-Resp: JOAO PAULO	14-Cor: Parda
15-End: QD-N CASA-27 RESID TODOS OS SANTOS - TODOS OS SANTOS - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IGGE: 221100
18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Acidente por acidente - fratura da 3ª e 4ª metatarsas fcd

21 - Condições que justificam a internação:

necessidade de tratamento cirúrgico

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

Ampliar a exatidão e a precisão da imagem

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da ossos do metatarso

24-CID Prim: 25-CID Sec: 26-CID Class:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	Tempo SUS 3
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 01	CPF: 644.351.213-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA	34-Data Solicitação: 31/05/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM):

Dr. Eduardo Regis de A. Bona Miranda
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 4809 TEOT: 12418

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: Dr. Eduardo Regis de A. Bona Miranda	47-Data Autorização: 05/06/19	48-Documento: 0408050462
49-Num. Documento: 0408050462	50-Ass.Carimbo (Rq.Conselho):	51 - Assinatura Paciente ou Responsável: [Assinatura]
52-Usuário: CLAYLA MORAES	53-Consulta Local: 724328	54-Consulta SUS: 31/05/2019 20:48:21

Post de Hídrico Santos Filho
Assessor de Autonomia - ORCAVIA
CRM-PI: 4809 - CPF: 374.154.43-06
CNS: 1706053270002

Joana Luiza Moura de Almeida
Márcia: 47.590
SABE - HUT
RQE: 0010700001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 210710	
	AIH: 2219100424112	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE FRANCISCO PAULINO DA SILVA COSTA NETO	NASCIMENTO 29/11/1962	SEXO M	PRONTUÁRIO 512779
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE TERESINHA DE JESUS COSTA BRANDAO	RESPONSÁVEL JOAO PAULO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO QD-N		NÚMERO / LOTE 27	
BAIRRO TODOS OS SANTOS	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITÍMIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. USANDO CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NAUSEAS, VÔMITOS, TONTURA. REFERE CERVICALGIA, DESCONFORTO RESPIRATORIO E DOR EM PE-A) VIAS AEREAS PERVAS(B) MÚRMURIO VESICULAR PRESENTE. BILATERALMENTE SEM RÔNCOS OU SIBILOS S/A) O2: 96; C) ABDOME FLACIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL, FC: 104BPM/D)GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES. ENESCORLAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EF

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0488050462 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METATARRIANOS

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRIA/ORTOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA CPF: 64435121387 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 31/05/2019
DATA ADMISSÃO 31/05/2019 17:24	DATA ALTA 01/06/2019 09:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 03834832393 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 30/06/2019 09:49:31
CPF	CRM
DATA ANALISE	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Lúcio M. de Albuquerque
Matrícula: 47350
SAÚDE - HIUT
CONFERE COM O RESPONSÁVEL



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Leandro Máximo de Lima Costa Neto

Diagnóstico pré-operatório

FRACTURA ORBITAL DO 3º E 4º MEMBRANAS. PE ① (COCO)

Operação - Tipo

PERIÓSTEAL ABERTURA E FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER FRACTURA DO 3º E 4º MT

Cirurgião

Edmar do Souza

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Ana Beatriz

Anestesia

Raquel

Anestésico(a)

Data da Operação

33/05/18

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Não houve

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) PACIENTE EM DDA SOB INTRAVENÓSE
- 2) Abertura + Anestesia + colocação de uma gase
- 3) Via de Acesso Laparoscópica entre 3º e 4º MT. PE ①, dissecção por plano, Pericório em fratura (COCO DO 3º E 4º MT) com placa de Kirschner
- 4) Fixação com fio de Kirschner Intraoperatório
- 5) Lavagem com SF6, fechamento por plano.
- 6) Curativo

Dr. Eduardo Reis de A. Rocha Miranda
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PT: 4809 TEOT: 12418

João Luiz de A. de A. Miranda
Médico: 47390
SAM-PT: 12418
CONTRE COMO O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 31 / 05 / 15

NOME DO PACIENTE:	francisco Inuina Br h. m. C. Neto	PRONTUÁRIO Nº:	512779
DIAGNÓSTICO:	Fim de 60 de 3' 4" (11)	CIRURGIA:	MF 10 f
ANESTESIA:	Ana Beatriz	Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	Dr. Eduardo Régis de A. Bona Miranda	CPF Nº:	
AUXILIAR:	André	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Raquel	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:		CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	04	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			SONDA	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	UNID.	02	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				enferm			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	UNID.	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: ficio			
VICRYL				CIRCULANTE: ficio			
PROLENE							

José Edson Mendes de Menezes
Médico
SAÚDE - 300
11/05/2015



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Francisco Raimundo da Silva Sala: 05 Alergia: Tramadol Data: 31/05/2019
Procedimento: Cirúrgico Cirurgião: Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. <u>Midazolam</u>		3mg											
2. <u>Opel</u>		12.5mg											
3. <u>Rentanil</u>		25mg											
4. <u>Tenoxicam</u>		25mg											
5. <u>Diprisona</u>		2g											
6. <u>Enema</u>		Clampola											
7. <u>Dinamit</u>		10mg											
8. <u>Lip 20</u>		2g											
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
gênio		20mm											
ARINZO													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico Préio
Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☐ Raqui-estesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: DDH

SPO2 (%)	100	96	100
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso			
Aces. Venoso			
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia: Realizado check-up de material de anestesia e acesso periférico préio. Monitorização e administração de L2-L3, preenchimento, e após 15 min, após 25 min.

Dr. Ana Beatriz Romero
Anestesiologista
CRM-PI 5848
Anestesiologista

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐	Mudança de Procedimento	☐	Órtese e prótese - OPME
☐	Diária de UTI	☐	Fatores de Coagulação
☐	Diárias de Acompanhante	☐	Gasoterapia
☐	Hemoderivados	☐	Nutrição Parenteral / Enteral
☐	Diálise / Hemodiálise	☐	Procedimento fora da faixa etária
☐	Albumina Humana 20%	X	Flo K

HOSPITAL: HUT CNPJ: _____
 PACIENTE: Francisco Pontino da Silva Costa Neto Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Eduardo Figueira CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Atendimento de 02 (duas) unidades de fisioterapia
 para o paciente, de acordo com a prescrição de fisioterapia
 de fisioterapia de reabilitação do pé direito.

Dr. André Luís M. M. M. M.
 Médico
 CRM-PI 6830 / CBO-311

DATA: 30/05/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

05/08/19

Jose de Ribamar Santos Filho
 Assessor de Auditoria - DRCA/FMS
 CRM-PI 1208 - CPF: 373.206.853-01
 Assinatura do Médico Solicitante

Assinatura do Médico Solicitante
 CRM-PI 47300
 SUS - HUT
 ORIGINAL



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
FRANCISCO PAULINO DA SILVA COSTA NETO		512779	29/11/1962	56	Ortopédica	236	EXT. 1	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES ANOTAR	
DI : 31/05/2019	FRAT 3 + 4 MIT						9h alta por indicação médica	
01/06/19								
1	Dieta oral livre							
2	Gelco salinizado							
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
7	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
8	Curativos diários							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
Dr. Giordano Gonçalves Jr. / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM3415-TEOT10029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367								

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - POS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Francisco Vitorino de S. C. Neto</u>		IDADE <u>31</u> anos		DATA <u>31/05/2019</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>21</u> hs <u>50</u> min		TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO			
CIRURGIA REALIZADA <u>Prost. metatarsal 1º 2º</u>				CIRURGIÃO <u>IBRibeiro</u>	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>153/94</u>	<u>146/85</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>85</u>	<u>74</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>96%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>IBRibeiro</u>	<u>IBRibeiro</u>

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

() SONDA VESICAL		() DRENO DE SUÇÃO		() DRENO TORACICO		() DVE		() COLOSTOMIA		SONDA () NASOG () NASOE	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

21:50h - Admitido em SRPA em PO1 de Ext. metatarsal do 1º e 2º. com recuperação da consciência, orientado, responde, no nível, reflexo esg. emativo de mto limpo. Juliano 211366

22:35 Alta SRPA

Juliano 211366

PROXIMIZADO

31/05/2019

IBRibeiro

ANESTESIOLOGISTA

RESCRIÇÃO MÉDICA

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

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Francisco Paulino da Silva Costa

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☐ Conferir cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa (Cromol)
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☐ Fazer registro de enfermagem no prontuário
- ☐ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☐ Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- ☐ Conferir demarcação do local da cirurgia.
- ☐ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

Data: 31 de maio de 2019

Enfermeiro responsável: _____

Ana Carolina Mendes Silva
Enfermeira
Coren 443.273-ENF

16:40h - Puncionado
AVP em ASD,
usado Jelco
nº 20
Flávia Lúcia da Silva
Téc. de Enfermagem
CRP 16.015

P.A = 150/80
P = 95 bpm.

Jenara Lúcia Mendes de Sousa
Matrícula: 97340
SABE - FHT
CONFERE COM O ORIGINAL



Etiqueta de Autorização

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
DE BPA INDIVIDUALIZADO****BPA - I**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO PAULINO DA SILVA COSTA NETO				6 - Prontuário: 512779	
7-CNS:		8-Nascimento: 29/11/1962		9-Sexo: Masculino	
				CPF: 287.720.673-49	
11-Mãe: TERESINHA DE JESUS COSTA BRANDAO		12-Fone: 86-99556-8077			
13-Resp: JOAO PAULO		14-Fone: 86-99556-8077			
15-Ende: QD-N CASA-27 RESID TODOS OS SANTOS - TODOS OS SANTOS					
16-Munic: TERESINA		17-Cod. IBGE: 221100		18-UF: PI	
				19-CEP: 64000-010	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento 0206010079	20 - Nome do Procedimento Principal TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	21 - Qtde. 1
---	--	------------------------

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

25-Diagnóstico:	27-CID Princ:	28-CID Sec.:	29 CID C.Ass.:
26-Observações/Justificativa: <i>10.25 exame urgente para problema de tipo úlcera</i>			

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOR 11305
Tela: (86) 98884-0561

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES	39-Data Solicitação: ____/____/____	<i>Ass.</i> Dra. Auriane Alencar MÉDICA CRM-PI-7385
40-Tp. Documento: CPF	40-No.Doc. Méd. Solic.: 021.648.463-46	
		41-Ass.Carimbo Méd.Sol.(CRM)

AUTORIZAÇÃO

48-CBO:	46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: ____/____/____
51-Cod. Órgão Emissor:	46 - Nome do Profissional Autorizador:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 960512

Consulta: 724328

Exame: 1229042

(EDUARDO SALMITO)

(Ass. Paciente/Responsável)

Ass. Médico Responsável
Médico Autorizador
SUS - HUT
HUT - URGÊNCIA



Etiqueta de Autorização

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
DE BPA INDIVIDUALIZADO****BPA - I**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856
3-Nome do estabelecimento executor:	4-CNES
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	FRANCISCO PAULINO DA SILVA COSTA NETO			6 - Prontuário:	512779
7-CNS:	8-Nascimento:	29/11/1962	9-Sexo:	Masculino	CPF: 287.720.673-49
10-Mãe:	TERESINHA DE JESUS COSTA BRANDAO			12-Fone:	86-99556-8077
13-Resp:	JOAO PAULO			14-Fone:	86-99556-8077
15-Ende:	QD-N CASA-27 RESID TODOS OS SANTOS - TODOS OS SANTOS				
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI
		19-CEP:	64000-010		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento	20 - Nome do Procedimento Principal	21 - Qtde.
0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL c/ ou s/ CONTRASTE	1

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

26-Diagnóstico:	27-CID Prin:	28-CID Sec.:	29-CID C.Ass.:
26-Observações/Justificativa:			

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:	39-Data Solicitação:	 Dra. Auriane Alencar MÉDICA CRM-PI: 7355
EDUARDO SALMITO SOARES	____/____/____	
43-tp. Documento:	40-No.Doc. Méd. Solic.:	
CPF	021.648.463-46	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

AUTORIZAÇÃO

48-CBO:	46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
		/ /
51-Cod. Órgão Emissor	46 - Nome do Profissional Autorizador:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 360512

Consulta: 724328

Exame: 1229843

(EDUARDO SALMITO)

(Ass. Paciente/Responsável):

Assinatura e Carimbo de Autenticação
Município de Teresina
SUS - HUT
NÃO RECORRER COMO ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1020 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Muro
Ortopedia**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**Imp: 31/05/2019 17:40:13
(User: EDUARDO SALMITO)
(Estação: CONSULTA3)

Nome: FRANCISCO PAULINO DA SILVA COSTA NETO		Prontuário: 512779
Mãe: TERESINHA DE JESUS COSTA BRANDAO	Pai: ANTONIO DE PADUA SIQUEIRA BRANDAO	
End.Resid.: QD-N CASA-27 RESID TODOS OS SANTOS - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 29/11/1962	Idade: 56a6m2d	Sexo: Masculino Fone: 86-99356-8077
Responsável: JOAO PAULO	CNS:	
Profissão: APOSENTADO	Documento: CPF: 287.720.673-49	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Idigo: 724328	Entrada: 31/05/2019 17:24:09	Convênio: S U S	Proced: 0301060329
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: RELATO DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, COM VÍTIMA IDO PARA VÁRIOS METROS LONGE DO VEÍCULO. QUEIXA DE DOR TORÁCICA ANTERIOR + DOR EM PÉ (D) - ESCORIAÇÕES EM MEMBROS. RELATO DE HIPERTENSÃO E USO DE FREGRETI PARA CRISES CONVULSIVAS.		DOUGLAS DOS SANTOS LIMA COREN 137075 Em: 31/05/2019 17:32:34

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 6,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 3,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITÍMIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. USANDO CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NAUSEAS, VÔMITOS, TONTURA. REFERE CERVICALGIA, DESCONFORTO RESPIRATÓRIO E DOR EM PÉ.

A) VIAS AERIAS PERVIAS

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, SAT O2: 96 %

C) ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL, FC: 104bpm

D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES.

E) ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1229042) - T.C. DE CRÂNIO

(1229843) - T.C. DE COLUNA CERVICAL

(1229844) - TORAX PA

Prescrição Médica:**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO SALMITO SOARES
6339 PI Em: 31/05/2019 17:40:39

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO PAULINO DA SILVA COSTA NETO (Prontuário: 512779)**
 Endereço: **QD-N CASA-27 RESID TODOS OS SANTOS - TODOS OS SANTOS - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 29/11/1962 Idade: 56a8m2d Sexo: Masculino Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: 240182
 Requisição: 960692 Solicitação: 01/06/2019 Solicitante: **EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA**
 Controle: 1230225 Convênio: S U S CLINICA ORTÓPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 01/06/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fraturas recentes no 3º e 4º metatarsos fixadas com fios metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 01/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47260
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

PACIENTE: FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO

MÉDICO SOLICITANTE: SEM SOLICITACAO

IDADE: 56a 8m 2d

SEXO: M

PEDIDO: 640913

CÓD. PAC: 540327

DATA: 02/08/2019

RX DIGITAL DO PÉ DIREITO

RELATÓRIO:

- Redução da densidade óssea.
- Controle evolutivo de fraturas nos segmentos distais do 3º e 4º metatarsos, fixadas por fios metálicos.
- Superfícies e espaços articulares conservados.
- Aumento do volume das partes moles do pé.
- Ausência de calcificações peri-articulares.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Redução da densidade óssea.
- Controle evolutivo de fraturas nos segmentos distais do 3º e 4º metatarsos, fixadas por fios metálicos.
- Aumento do volume das partes moles do pé.



DR GIORGI CARVALHO
CRM 2831

Enviado em: 05/08/2019 às 10:25:45 - Pedido: 640913 - Paciente: FRANCISCO RAULINO DA SILVA COSTA NETO

Página 1 de 1

Dr. Alessandro S. Melo CRM 4137	Dr. André C. Conalto CRM 5677	Dr. André Luís V. Silva CRM 8787	Dr. Bruno C. Costa CRM 5688	Dr. Cláudio A. M. Silva CRM 2954	Dr. Francisco C. de S. Junior CRM 5082	Dr. Gláucia C. Marinho CRM 2831	Dr. Gustavo R. de A. C. Pereira CRM 5012	Dr. Gustavo R. de A. C. Pereira CRM 5012
Dr. João L. Ribeiro CRM 5172	Dr. Juliana A. M. A. Silva CRM 5240	Dr. Joyce D. Costa CRM 4704	Dr. Joyce Ribeiro CRM 4605	Dr. Luciano J. Dias CRM 6134	Dr. Ricardo C. Pereira CRM 4758	Dr. Robert M. M. Santos CRM 7463	Dr. Tarciso C. Cruz CRM 5434	Dr. Thiago M. Barbosa CRM 3343

- ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul
- ULTRA-X JOCKEY - Rua Angélica, 318, Jockey
- ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuã Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

3194.5555
clinicaultrax.com



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO	330.835
DATA DE EMISSÃO	13/04/15
NOME	
FRANCISCO PAULINO DA SILVA COSTA NETO	
FILIAÇÃO	
TERESINHA DE JESUS COSTA BRANDÃO	
ANTÔNIO DE PÁDUA SIQUEIRA BRANDÃO	
DATA DE NASCIMENTO	20/11/1962
LOCAL DE NASCIMENTO	
TERESINA-PI	
CART. CASAM. 1402 L B-07 F 84	
EXP. ALTO/LONGA VIDA 15/08/85	
Nº DE REGISTRO	
287.720.673-49	
LEI Nº 7.116 DE 23/02/83 - DECRETO Nº 80.504/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Márcia Vital de Lima
ASS. DAT. SER. DO. VITAL. PI

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

UNIDADE CASAM. 2.350.007 DATA DE RENOVAC. 29/01/11

NOME
MÁRCIA VITAL DE LIMA

FILIAÇÃO
NEUSA MARIA VITAL DE LIMA
MANOEL BEZERRA DE LIMA

SÃO DOMINGOS DO MARANHÃO-MA 12/02/1972

CERT. CASAM. 20633 L 57B F 213
EXP. TERESINA-PI 04/06/08

590.071.253-20

LEI Nº 7.114 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 29.250/83