

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190719296 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUAN MONTEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 27/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES DE FIXADOR EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA COM ATROFIA MUSCULAR LOCAL; ADM DE QUADRIL ESQUERDO: ABDUÇÃO 30°; ADUÇÃO 10°; FLEXÃO 65°; ROTAÇÃO EXTERNA 25°; ROTAÇÃO INTERNA 10°; ADM DE JOELHO ESQUERDO: EXTENSÃO 0; FLEXÃO 85°.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO MEDIANTE FIXAÇÃO EXTERNA E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2020

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do membro inferior E devido a repercussão funcional do membro (atrofia muscular, limitação da mobilidade do quadril e do joelho esquerdos).
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190719296 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUAN MONTEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 27/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES DE FIXADOR EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA COM ATROFIA MUSCULAR LOCAL; ADM DE QUADRIL ESQUERDO: ABDUÇÃO 30°; ADUÇÃO 10°; FLEXÃO 65°; ROTAÇÃO EXTERNA 25°; ROTAÇÃO INTERNA 10°; ADM DE JOELHO ESQUERDO: EXTENSÃO 0; FLEXÃO 85°.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO MEDIANTE FIXAÇÃO EXTERNA E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2020

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do membro inferior E devido a repercussão funcional do membro (atrofia muscular, limitação da mobilidade do quadril e do joelho esquerdos).
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190719296 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUAN MONTEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 27/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA SUTROCANTÉRICA DE FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DO 2º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DO FÊMUR E PARA OS DEMAIS CONSERVADOR. P.03/10/13/17/19/26/28

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ***CRIANÇA.

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

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190719296 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUAN MONTEIRO DE SOUSA **Data do acidente:** 27/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA SUTROCANTÉRICA DE FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA DO 2º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - DO FÊMUR E PARA OS DEMAIS CONSERVADOR. P.03/10/13/17/19/26/28

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ***CRIANÇA.

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

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468103/19

Vítima: LUAN MONTEIRO DE SOUSA

CPF: 749.234.123-72

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 27/09/2019

CPF de: Representante
Titular do CPF: CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO : 749.234.123-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LUAN MONTEIRO DE SOUSA : 749.234.123-72

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: 26/12/2019
Nome: CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO
CPF: 749.234.123-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468103/19

Número do Sinistro: 3190719296

Vítima: LUAN MONTEIRO DE SOUSA

CPF: 749.234.123-72

CPF de: Representante

Data do acidente: 27/09/2019

Titular do CPF: CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO : 749.234.123-72

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: 02/02/2020
Nome: CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO
CPF: 749.234.123-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/02/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719296

Vítima: LUAN MONTEIRO DE SOUSA

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719296

Vítima: LUAN MONTEIRO DE SOUSA

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719296

Vítima: LUAN MONTEIRO DE SOUSA

Data do Acidente: 27/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190719296 **Vítima: LUAN MONTEIRO DE SOUSA**

Data do Acidente: 27/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000096514-5**

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, retorno 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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Luan Monteiro de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Luan Monteiro de Souza

6 - CPF:

7 - Profissão:

Recurso - me

8 - Endereço:

Rua Cesme e Domício Q-A05 C536

9 - Número:

36

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

pq Brasil

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64000 - 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 98821 - 4516

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:

Cristiane de Souza Cardoso

18 - CPF do Representante Legal:

749.234.123-72

19 - Profissão do Representante Legal:

Recurso - me

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

AGÊNCIA: *2004*

CONTA: *96514* 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim
teve filhos? Não

29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou
nascituro (vai nascer)? Sim
 Não

31 - Vítima Sim
teve irmãos? Não

32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim
 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Teresina, 26/12/2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Luan Monteiro de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Luan Monteiro de Souza

6 - CPF:

7 - Profissão:

Recluso - me

8 - Endereço:

Rua Cesme e Domício Q-A05 C536

9 - Número:

36

10 - Complemento:

11 - Bairro:

pq Brasil

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64000 - 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 98821 - 4516

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:

Cristiane de Souza Cardoso

18 - CPF do Representante Legal:

749.234.123-72

19 - Profissão do Representante Legal:

Recluso - me

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

AGÊNCIA: *2004*

CONTA: *96514* 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Teresina, 26/12/2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009974/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/11/2019 11:00 Data/Hora Fim: 01/11/2019 11:13
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 27/09/2019 11:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Logradouro: RUA PAU D'ARCO

Bairro: Parque Brasil

Ponto de Referência: PRÓX. COLÉGIO JOSÉ FERREIRA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DEGLISON SILVA RODRIGUES (VÍTIMA , COMUNICANTE)
--

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:DF - Brasília Sexo: Masculino Nasc: 31/10/1994

Profissão: Serralheiro

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: MARIA EDILENE DA SILVA

Nome do Pai: DEUSDETE RODRIGUES DE PAIVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 061.754.453-09

RG - Carteira de Identidade: 3575145

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: QUADRA S

Nº: 00

Complemento: QD C CS 05

Bairro: SANTA MARIA DA CODIPE

CEP: 64.012-805

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOTTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

Nome Civil: LUAN MONTEIRO DE SOUSA (VÍTIMA)
--

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 28/05/2015

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Cristine de Sousa Cardoso

Nome do Pai: Gilson Monteiro de Sousa

Endereço

Município: Teresina - PI



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009974/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 098.102.083-67	Placa OUD8841
Renavam 01181129033	Número do Motor JB01E0K104469
Número do Chassi 9C2JB0100KR104457	Ano/Modelo Fabricação 2019/2019
Cor BRANCA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/POP 110I
Modelo HONDA/POP 110I	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 26/03/2019	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvidos
DEGLISON SILVA RODRIGUES	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 008.511.153-81	Placa PIX3867
Renavam 01160165987	Número do Motor CNX130315
Número do Chassi 9BWAL5BZ3JP073513	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor VERMELHA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo VW/POLO MF
Modelo VW/POLO MF	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 31/07/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvidos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO NO CRUZAMENTO COM OUTRA VIA LOCAL SURGE O VEÍCULO VW POLO OCASIONANDO A COLISÃO, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HUT PROT. (452366). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE, QUE O REGISTRO DO BO TEM FINALIDADE DE REQUISIÇÃO DE SEGURA DE DPVAT.

ASSINATURAS

Jerônimo Soárez Lima Junior
Agente de Policia
Matrícula 0094781
Responsável pelo Atendimento

DEGLISON SILVA RODRIGUES
(Comunicante / Vítima)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Científica e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Luan Monteiro de Souza

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

5 - Nome completo:

Luan Monteiro de Souza

6 - CPF:

7 - Profissão:

Recurso - me

8 - Endereço:

Rua Cesme e Domício Q-A05 C536

9 - Número:

36

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

pq Brasil

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64000 - 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 98821 - 4516

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:

Cristiane de Souza Cardoso

18 - CPF do Representante Legal:

749.234.123-72

19 - Profissão do Representante Legal:

Recurso - me

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Soriente 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*

CONTA: *96514*

5

(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 Lider 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 Lider 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 (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não teve filhos? teve filhos? nasceu(nascer)? teve irmãos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

40 - Local e Data, *Teresina, 26/12/2019*

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (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: 19/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 00000096514-5

Nr. da Autenticação 2246BDE894504FFE

**ÁGUAS DE
TERESINA**

CIF 127137474000106 - LEI 185965574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Edos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA

25681893-2

FATURA Nº

1787960

MÊS/ANO

9/2019

NOOME/ENDEREÇO

MORADOR CRISTIANNE DE SOUSA CARDOSO

RUA COSME E DAMIAO PQ BRASIL 0-A05-CASA-036-PARQUE
BRASIL-TERESINA-PI-cep:99999999

LOCALIZAÇÃO

018-00022-004875

GRUPO

Y185201952

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO

TIPO

LIDO

FATURADO

06/2019	Lido	16	26
07/2019	Lido	25	25
08/2019	Lido	14	14
09/2019	Lido	00	12
04/2019	Lido	00	12
03/2019	Lido	00	12

ECONOMUS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1. Residencial - Normal

DATA

LEITURA

ANTERIOR 27/08/2019 65

CONSUMO MÊS/M

27

LEI 18741/2012

ATUAL 25/09/2019 92

PIS/PASEP 203,52% 1,65% 3,20

COFINS 202,50% 7,48% 1%, 45

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)

0 10 3,9668 00

10 25 5,7128 80

25 999999 9,8610 80

DESCRICAÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA - 136,06

> Residencial-Normal 27,0 m³

REF.

136,06

JUROS DE FINANCI. PARCELAMENTO 003/036

9,31

JUROS DE PARCELAMENTO 003/036

2,85

JUROS POR ATRASO 001/001

1,43

JUROS POR ATRASO 001/001

0,33

MULTA DO PARCELAMENTO 003/036

0,44

MULTA POR ATRASO 001/001

0,45

MULTA POR ATRASO 001/001

0,71

DEMAIS LANÇAMENTOS 001/001

2,30

49,64

VENCIMENTO

07/10/2019

TOTAL A PAGAR

203,52

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

NÓSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais 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 (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	28/8	28/8	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	3180	24	1,35	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	Ausencia	Ausente
	1145	1145	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 25/09/2019 HORA DA EMISSÃO: 09:04

**ÁGUAS DE
TERESINA**

CIF 127137474000106 - LEI 185965574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Edos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA

25681893-2

FATURA Nº

1787960

MÊS/ANO

9/2019

NOOME/ENDEREÇO

MORADOR CRISTIANNE DE SOUSA CARDOSO

RUA COSME E DAMIAO PQ BRASIL 0-A05-CASA-036-PARQUE
BRASIL-TERESINA-PI-cep:99999999

LOCALIZAÇÃO

018-00022-004875

GRUPO

Y185201952

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO

TIPO LIDO FATURADO

06/2019 Lido 16 26

07/2019 Lido 25 25

08/2019 Lido 14 14

09/2019 Lido 00 12

04/2019 Lido 00 12

03/2019 Lido 00 12

ECONOMUS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1. Residencial - Normal

DATA LEITURA

ANTERIOR 27/08/2019 65

CONSUMO MÊS/M 27

ATUAL 25/09/2019 92

LEI 187410212

PIS/PASEP 203,52% 1,65% 3,20

COFINS 202,50% 7,48% 1% 45

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)

0 10 3,9668 00

10 25 5,7128 80

25 999999 9,8610 80

DESCRÍCION

VALOR REFERENTE ÁGUA - 136,06

> Residencial-Normal 27,0 m³

REF.

136,06

JUROS DE FINANCI. PARCELAMENTO 003/036

9,31

JUROS DE PARCELAMENTO 003/036

2,85

JUROS POR ATRASO 001/001

1,43

JUROS POR ATRASO 001/001

0,33

MULTA DO PARCELAMENTO 003/036

0,44

MULTA POR ATRASO 001/001

0,45

MULTA POR ATRASO 001/001

0,71

DEMAIS LANÇAMENTOS 001/001

2,30

49,64

VENCIMENTO

07/10/2019

TOTAL A PAGAR

203,52

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

NÓSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais 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 (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	28/8	28/8	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	3180	24	1,35	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	Ausencia	Ausente
	1145	1145	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 25/09/2019 HORA DA EMISSÃO: 09:04

ÁGUAS DE TERESINA

CPF 23.257.494/0001/06 - CNPJ 11.944.539/0001-01
Av. Prof. Cândido Filho, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - CEP 64000-223 2000 mui 135 / ☎ (86) 98124-3199

NOME / ENDERECO MORADOR CRISTIANNE DE SOUSA CARDOSO	MATRÍCULA 25681893-2	FATURA MÊS / ANO 164069 1/2020
RUA COSME E DAMIAO PQ BRASIL Q-A05-CASA-036-PARQUE BRASIL-TERESINA-PI-cep:99999999	LOCALIZAÇÃO 018-00022-004875	GRUPO NÚMERO DO HIGROMETRO 018 Y185201952
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS / ANO TIPO UDO FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal	
2019-12-01 01-000 29 29 2019-12-01 01-000 29 29 2019-12-01 01-000 29 29 2019-12-01 01-000 29 29 2019-12-01 01-000 29 29		
DATA LEITURA ANTERIOR 24/12/2019 192 ATUAL 27/01/2020 213	CONSUMO MÊS M3 21	LEI 13.741/2019 PIS/PASEP 133,18*1,65% = 2,19 COFINS 133,18*7,60% = 10,12
TABELA DE TARIFAS RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 E (%)	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
0 10 0,4000 0,00 10 25 0,7128 0,04 25 999999 1,9612 0,00	VALOR REFERENTE ÁGUA - 93,49 > Residencial-Normal 21,0 m3 93,49 JUROS DE FINANC. PARCELAMENTO 007/036 9,31 JUROS DE PARCELAMENTO 007/036 2,85 JUROS POR ATRASO 001/001 0,15 JUROS POR ATRASO 001/001 0,66 MULTA DO PARCELAMENTO 007/036 0,45 MULTA POR ATRASO 001/001 0,70 MULTA POR ATRASO 001/001 3,02 PARCELAMENTO 007/036 22,55	REF. VALOR
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 E (%)	VENCIMENTO 08/02/2020	TOTAL A PAGAR 133,18
IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES		
MENSAGEM A VIOLACAO DO CORTE / AUTO RELIGACAO PELO CONSUMIDOR E PASSIVEL DE MULTA NO VALOR DE R\$ 459,90 A R\$ 2.516,80.		
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. 8.987/96, Art. 6º, §3º, inciso II.		
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (IPRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)		

86 988821 - MS16
P/ perícia



NOME DO PACIENTE: Ruan Monteiro de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 489987

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Novo OK.

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nº 00 9:30
30/09/19

Imp: 27/09/2019 14:45:27
(User: EMMYLE CRISTYNE)
(Estação: EMERGPEDIATRICA)

<u>Nome:</u> LUAN MONTEIRO DE SOUSA	<u>Prontuário:</u> 489987
<u>Mãe:</u> CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO	<u>Pai:</u> NAO INFORMADO
<u>End. Resid.:</u> RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
<u>Nascimento:</u> 28/05/2015	<u>Idade:</u> 4a3m30d
<u>Responsável:</u> JESSICA DAYANE	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99552-9832
<u>Profissão:</u> CRIANCA	<u>CNS:</u> 898004807517602
<u>G. Instrução:</u> Não informado	<u>Documento:</u> Reg.Nasc: NAO INFORMADO
<u>DOS DO ATENDIMENTO:</u>	<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)

<u>Código:</u> 743628	<u>Entrada:</u> 27/09/2019 14:34:06	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU			

ULTRASSONOGRAFIA REALIZADA
DATA 27/09/19 HORA 15:45
EXAME: US abd. abdominal
MÉDICO: DR. VILMAR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> TRAUMA MAIOR	<u>Classificação:</u> Mecanismo do trauma significativo	<u>Cor:</u>
		Laranja

Brave História Clas. Risco:

criançA TRAZIDA DE SAMU AVANÇADO PASSOU DIRETO PARA EMERGENCIA INFANTIL

SABRINA LOBAO C. MATA DE SOUSA
COREN - 207590
Em: 27/09/2019 14:42:13

SSVV: (Hora: ____ : ____)

peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: _____	bpm	Pressão: _____ mmHg
---------------	----------------	-----------------------------	--------------	-----	---------------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente vítima de colisão carro/moto (estava na moto e sem capacete) há 1h. Ao exame: irritado; hematomas periorbitários a D, pupilas medianas heterorragéticas; escoriações no torax. TEC neg; cérebro desinibido (+ACP com reflexos difusos; Abd. flácido, depressível; edema e dor na coxa e; edema no membro D.

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- Rx de Torax AP
- Rx de pelve AP
- Rx da coxa E
- Rx da mao D
- US abd.
- TC de crânio.

Prescrição Médica:

Parecer neurol., oftalmico, ortopédico

TOMOGRAFIA REALIZADA

DATA 27/09/19 HORA 16:00:00
EXAME CRANIO + FACE
TE. NOVAGO

RAIO-X REALIZADO

DATA 27/09/19 HORA
TÉCNICO:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Infantil)

DATA: / / . HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

J. Luan Monteiro de Sousa

Emmyle C. A. Soares
Pediatra
CRM PI 4908

EMMYLE CRISTYNE ALVES SOARES
CRM 4908 PI Em: 27/09/2019 14:45:26



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 27/09/2019 14:45:27
 (EMMYLE CRISTYNE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LUAN MONTEIRO DE SOUSA		Prontuário: 489987
Mãe: CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO	Pai: NAO INFORMADO	
End. Resid.: RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 28/05/2015	Idade: 4a3m30d	Sexo: Masculino Fone: 86-99552-9832
Responsável: JESSICA DAYANE	CNS: 898004807517602	
Profissão: CRIANCA	Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO	
E. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 743628	Data: 27/09/2019 14:34:06	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO-VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 27/09/19 16:05 ESPECIALISTA: Neurocirurgia
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com: cossos moto-carro, enxerto de moto sem capacete, mõe neva, gorda. de consciência, náuseas ou vómitos. Do exame encontro vigil pupila uso fibro, fratura de fêmur.
 TCE de braço sem afeções neurocirúrgicas

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :	Carimbo/Assinatura Prof.º Parecer
Nota: liberar para o topo da pediatra	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 27/09/19 16:50	ESPECIALISTA: Nutri
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: politomia com TCE + fíbula de fêmur (E) + uso (D). ET = sanguento / chocow / uso em uso (D) + boca (D) (Parecer OK)	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : /	Carimbo/Assinatura Solicitante
HD = fíbula Sublocante de fêmur (E) Fíbula 2º MTC uso (D)	

CD = immobilizar

intervençao p/ luxação fêmur (E)

EGIT: 100% / 100%
 esportivo / 100% / 100%



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 4434	02 Data do chamado 27/09/2019	03 PRO (código) Z697	04 Saída do PA	05 Chegada ao local													
Local da Ocorrência	06 Saída do local 14:00	07 Chegada ao 1º hospital 14:31	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital														
Dados do Paciente	10 Endereço Hospital Manoel Castelo Branco	11 Bairro	12 Município-UF Código IBGE															
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome Luiz Monteiro de Souza	15 Sexo M	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado														
Acidente de Transporte	16 Idade 28/10/15	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Índicios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim	18-22	18-22													
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	19 Vítima: 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança													
Assistência	23 Glasgow = 11	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 121 Resp. PA 100/70 TAX. Sat02 98	25 Local da lesão 													
Hospital de Destino	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	30 Fratura 1 - Sim Exposta Fechada 2 - Não 3 - Suspeito													
Observações Interdisciplinar	<p>31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aspiração</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Francha longa/curta</td> <td><input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades</td> <td><input type="checkbox"/> Glicemia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oxigênio</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical</td> <td><input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar</td> <td><input type="checkbox"/> Acesso Venoso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Curativos</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Kred</td> <td><input type="checkbox"/> Assistência obstétrica</td> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos a)</td> </tr> </table> <p>b) _____ c) _____</p> <p>32 Hospital de Destino H.C.T</p> <p>33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado</p> <p>34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte</p> <p><i>Capiscut w/0to - autogolpe. Criança, 9 anos, passageira de ônibus. Ameaçada, algo jogado. Respiração aguda, intensa, ronco respiratório circulatório. Expondo a ferida torax que vale. Pequena subgolpe régua occipital. Fraturas nenhuma.</i></p>						<input type="checkbox"/> Aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Francha longa/curta	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Curativos	<input checked="" type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Medicamentos a)
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Francha longa/curta	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades	<input type="checkbox"/> Glicemia															
<input type="checkbox"/> Oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso															
<input type="checkbox"/> Curativos	<input checked="" type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Medicamentos a)															
	Responsável pela recepção Eduardo	Socorristas Médico AE/TE Eduardo Socorro	Enfermeiro Condutor Eduardo Socorro															



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA

27/09/2019 12:09

ESTABELECIMENTO: UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO

PACIENTE

NOME:	LUAN MONTEIRO DE SOUSA - 4 ANOS	CARTÃO SUS:	898004807517602	NASCIMENTO:	28/05/2015
NOME MAE:	CRISTIANE SOUSA CARDOSO	ENDEREÇO:	RUA COSME E DAMIAO QA 05 C 36	Nº:	36
BAIRRO:	PARQUE BRASIL II	COMPLEMENTO:		MUNICÍPIO:	TERESINA
TELEFONE(s):	-			UF:	

SINTOMAS

QUEIXA PRINCIPAL/SINTOMAS:

COMORBIDADE:

CLASSIFICAÇÃO / DADOS CLÍNICOS

A - VAS	SINAIS DE OBSTRUÇÃO:	[] SIM [X] NÃO			
B - RESPIRAÇÃO	EUPNÉICO:	[X]	DISPNÉICO:	[]	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: []
	SATURAÇÃO:		CIANOSE:		NÃO
C - CIRCULAÇÃO	FREQUÊNCIA CARDÍACA:		PERFUSÃO SANGUÍNEO:	BOA	
D - NEUROLÓGICO	GLASGOW		PLEGIA/PARESTESIAS:	NÃO	
	AO:4 RV: 4 RM: 6 TOTAL: 14		MEMBRO:		
	ISOCORIA: [X]	ANISOCORIA: []			
E - SINAIS VITAIS	PA:	TAX:	FR:	P:	GLICEMIA:
	[X] VERMELHO	[] LARANJA	[] AMARELO	[] VERDE	[] AZUL
	ALERGIAS: [] SIM [X] NÃO	RISCO QUEDA: [] SIM [X] NÃO	RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO: [] SIM [X] NÃO	RISCO ULCERA DE PRESSÃO: [] SIM [X] NÃO	
OBS ALERGIAS:					
PESO:	ALTURA:	IMC:			

Ass. Enfermeiro / Tec. Enfermagem

DIAGNÓSTICO(CID): V87 ACIDENTE DE TRANSITO DE TIPO ESPECIFICADO MAS SENDO DESCONHECIDO O MODO DE TRANSPORTE DA VITIMA

DADOS CLÍNICOS:

4 ANOS, PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCARRO HÁ 10 MIN VEM AO HOSPITAL COM QUADRO DE FORTES DORES EM MMII ESQUERDO E HEMATOMA SUBGALEAL EM FACE. PACIENTE COM CHORO INCONTROLAVEL O QUE DIFICULTOU O EXAME FÍSICO. NEHA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

EXAMES FÍSICOS: PCTE CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, AFEBRIL, EUPNEICO, ANICTERICO, ACIANOTICO; AC: RR EM 2T,BNF,SEM SOPRO. AP: MV+,SEM RA. ABDOME:PLANO,SIMETRICO.ABDOME TIMPANICO,DOENÇAS PRÉVIAS: NEGA. OTOSCOPIA: NAO VISUALIZADA. OROSCOPIA: VISUALIZADA. ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA. DOR A PALPAÇÃO DE COXA ESQUERDA (FRATURA?) + HEMATOMA SUBGALEAL EM FACE

MEDICAÇÃO / PROCEDIMENTOS SOLICITADOS:

PRESCRIÇÃO:

- 1) SORO FISIOLOGICO 0,9% 250 ML, EV - PMV
 2) DIPIRONA 500 MG/ML (0,8 ML) + AD. EV - AGORA
 3) DEXAMETASONA 4 MG/ML (0,7 ML) + AD. EV - AGORA
- 2/09/19
12:23:02

Jane Simões Lima
Matrícula: 247467
SAE - MDT
CONFERE COM O ORIGINAL

MOTIVO DA ALTA / ENCERRAMENTO

ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO DATA: 27/09/2019 HORA: 12:23:02 >>>>> d482ec155d8da70f4668b5cbc41b0d51b23e5db3

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL ASSINATURA / CARIMBO - MÉDICO

X <i>Jéssica Dayane de Souza</i>	Guilherme <i>Miranda Correia</i> MÉDICO CRM-PI 7246
-------------------------------------	---

CTRL: 837cb0d1be8b2cfb70100e9d03714cfc



COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 775601918	Nº REGULAÇÃO: 93274	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	5973457 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO - (86) 3217-3267	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	PEDIATRIA CLINICA	
PACIENTE:	LUAN MONTEIRO DE SOUSA	
		NASCIMENTO: 28/05/2015

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

27/09/2019 12:21:15 -- HISTÓRIA CLÍNICA: 4 ANOS, PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCARRO HÁ 10 MIN VEM AO HOSPITAL COM QUADRO DE FORTES DORES EM MMII ESQUERDO E HEMATOMA SUBGALEAL EM FACE. PACIENTE COM CHORO INCONTROLELAVEL O QUE DIFÍCULTOU O EXAME FÍSICO. NEHA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS - EXAMES FÍSICOS: PCTE CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, AFEBRIL, EUPNEICO, ANICTERICO, ACIANOTICO; AC: RR EM 27, BNF SEM SOPRO. AP: MV+ SEM RA. ABDOME: PLANO, SIMÉTRICO. ABDOME TÍMPANICO, DOENÇAS PREVIAS: NEGA. OTOSCOPIA: NAO VISUALIZADA. OROSCOPIA: VISUALIZADA. ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA. DOR A PALPAÇÃO DE COXA ESQUERDA (FRATURA?) + HEMATOMA SUBGALEAL EM FACE. - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TRAUMA

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): ACIDENTE DE TRANSITO DE TIPO ESPECIFICADO MAS SENDO DESCONHECIDO O MODO DE TRANSPORTE DA VITIMA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 87bpm	SATURAÇÃO: 99%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 25rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:
DIPIRONA + DEXAMETASONA

DATA: 27/09/2019 12:31:59

Guilherme Correia
MÉDICO
CRM-PI 7246

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



DRº LAO



FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina

Prefeitura de
Teresina

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Luan Monteiro de Souza

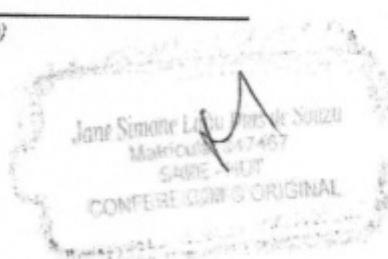
- () Conferir a identificação do paciente
- () Conferir cirurgia agendada
- () Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- () Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- () Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- () Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa None
- () 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 unse
- () 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.

Reserva OK!

Data: 30 de Seragone de 19

Enfermeiro responsável: Maria Simone Lobo Souza

Enfermeiro
COPLEN-PI 274043





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TEBÉ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Fundação Municipal

三

NOME DO PACIENTE Luan Montenegro da Souza	PRONTUÁRIO 489987	D. NASCIMENTO 28/05/15	CLÍNICA Rod	ENF. OU APT: 200	LEITO 01
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES Fratura de punho e	T- Id: 40.3m	P- 20kg	ALERGIAS Nega	MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE	
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 24/10/15 HORA: 17:00	HORÁRIO 17:25	OBSERVAÇÕES			
<p>1) Dieta oral plácidade. Zeno após meia hora de nutrição.</p> <p>2) Dispensou gelotol: 20 gotas VO de <small>Visita Nutricionista CRM/PI 6715</small></p> <p>3) RX de 6164</p> <p>4) Cuidados de <u>Bruxismo</u>.</p> <p>5) Aguardar exames laboratoriais (ung e <u>esialograma</u>).</p>	<p>J. S. 24/10/15</p> <p>17:25</p> <p>clínico - pechátrice - Enf = Olaria</p> <p>Ar 22h Instalado orçado</p> <p>venoso em M3E Dec 22.0</p> <p>Altura de Sócio CRM/PI 372074</p>				
Emanoel A. Soares CRM-PI 4908					

MÉDICO/CRM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

**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

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856

Código da
Internação:

4-CNES
5828856

248378

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **LUAN MONTEIRO DE SOUSA**

6 - Prontuário: **489987**

7-CNS: **898004807517602**

8-Nascimento: **28/05/2015**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **- - -**

11-Mãe: **CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO**

12-Fone: **86-99552-9832**

13-Resp: **JESSICA DAYANE**

14-Fone: **86-99552-9832**

15-Ender: **RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-010**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

16-Munic: **TERESINA**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0408050616

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030406

32 - Descrição do Procedimento Especial:

FIXADOR EXTERNO LINEAR

Quant. Soli-
cidada:

1

Fornecedor da OPM: **SPINE**

38-Profissional Responsável:

AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

30/09/2019

40-No.Doc. Méd. Solic.:

819.404.243-72

~~Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3960 CARIMBO Med.Sol. (CRM)~~

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fernando Fernandes

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

50. Nome do Pofissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho).

*Jane Sampaio Lima
Matrícula: 047467
SAME/HUT
CONFERE COM O ORIGINAIS*

(KARLA BATISTA)



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

2251

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME	Dra. Mariana Monteiro de Souza	
Nº AIH	248378	Nº PRONTUÁRIO 489987
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:	INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030406	
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME Dr. Lais - Cré		
CRM Nº	CPF Nº	
DATA INTERNAÇÃO		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL 30, 09, 2019
MATERIAL UTILIZADO		
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)
		Lote: 095617 Código: F08 6 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA BARTORI - LINEFIX RÁDIOUMERO T 200 - ESTÉRIL
		Fabric.: 22/02/2018 Val.:02/2023 Registro ANVISA Nº:80083650031 Material: Aço Inox / Aluminio
		Luis Guilherme Bartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.981.823/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br
		Lote: 095451 Código: AF35 4 450 PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R X D X 3,0 X 100 X T
		Fabric.: 19/02/2018 Val.:02/2023 Registro ANVISA Nº:80083650026 Material: Aço Inox F138
		Luis Guilherme Bartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.981.823/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br
DADOS DO FORNECEDOR		
EMPRESA:	Spine medical	
ENDEREÇO:		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM 30, 09, 2019	EM _____	
 Médico Responsável (Assinatura e carimbo)		 Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.



R. Magalhães Filho, Nº 175
Bairro: Centro
Teresina - PI
CEP: 64000-128
FONE: (86) 3221-0318

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
194729990

INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE

ENDERECO

Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015
MUNICÍPIO
Teresina

DANFE

Documento auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída
1
Nº 000.030.966
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

2219 1011 6641 1800 0130 5500 1000 0309 6610 0000 0011

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

322190014891039 - 2019-10-09T10:44:31-03

CNPJ

11.664.118/0001-30

DATA DA EMISSÃO
09/10/2019DATA DE SAÍDA/ENTRADA
09/10/2019HORA DE SAÍDA
10:45:30

FATURA/DUPLICATA

Número	Data Veto.	Valor
001	08/11/2019	648,11

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	648,11
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	648,11

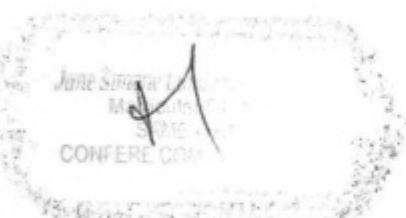
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOSSO CARRO	0 - Rem.				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			
R: MAGALHAES FILHO, 175		TERESINA		UF PI	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO (Kg)	PESO LÍQUIDO (Kg)

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD.	Descrição do Produto/Serviço	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL ICMS	VAL.IPI	% ICMS	% IPI	V.A.P.TRB.
65	0702030406 - FIXADOR EXTERNO LINEAR (Ref: F08 6 206 Qtde.: 1 Lote: 095617) (Ref: AF35 4 450 Qtde.: 1 Lote: 095451)	90211020	040	5102	UN	1,0000	648,1100	648,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

laudo 248378
alta 01110
velo 01110



DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
(PCT: LUAN MONTEIRO DE SOUSA) PRONT:489987 (CONV: SUS) (DR: FERNANDO C DE OLIVEIRA) (DATA:

30/09/2019) (HOSP: HUT)

RESERVADO AO FISCO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

216842

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 - HUT2-CNES
5828856Código da
Internação:4-CNES
5828856**248378**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1-Nome: **LUAN MONTEIRO DE SOUSA**6 - Prontuário: **489987**7-CNS: **898004807517602** 8-Nascimento: **28/05/2015** 9-Sexo: **Masculino**11-Mãe: **CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO**12-Fone: **86-99552-9832**13-Resp: **JESSICA DAYANE**14-Cor: **Sem Informação**15-Ender: **RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-010**17-Cod.IBGE: **221100** 18-UF: **PI** 19-CEP: **64000-010**15-Munic: **TERESINA**

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA EM MÃO D , COXA E.
 APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM COXA E, PERFUSÃO OK
 DOR E EDEMA EM MÃO D

200-08

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR E

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura subtrocantérica

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S722

Tempo SUS

4

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Procedimento Solicitado:

0408050616 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 819.404.243-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS

27/09/2019

 SISTEMA DE GESTÃO DE PROJETOS
 TRABALHOS DE PROJETO
 AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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:

AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS

48-Documento: 49-Num. Documento:

AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Jéssica Dayane de Sousa Cardoso

Usuário: **AGNELO MEDEIROS**Consulta Local: **743628**

Consulta SUS:

Impressão: **27/09/2019 16:54:41**



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNACÃO 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	248378

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	LUAN MONTEIRO DE SOUSA			6 - Prontuário:	489987
7-CNS:	898004807517602	8-Nascimento:	28/05/2015	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO			CPF:-
13-Resp:	JESSICA DAYANE			12-Fone:	86-99552-9832
15-Ender:	RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-010			14-Fone:	86-99552-9832
16-Munic:	TERESINA			17-Cod.IBGE:	221100
				18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050616		30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA
31-Cod.Procedimento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Solicidata: 1
Fornecedor da OPM: SPINE		

Fornecedor da OPM: SPINE

38-Profissional Responsável: NELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedista e Traumatologista CRM 3.487 TECUT 11.312
39-Data Solicitação: 30/09/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 819.404.243-72	41-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fried-Fernweh

AUTORIZACAO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	 	
49-Ass.Carimbo (Ra.Conselho)		

50. Nome do Profissional/parecer controlador de avaliação/auditoria

51 - Data Autorizacão

48-CNS/CPF:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

10, 11, 19

52-CNS/CPE:

53-Ass.Carimbo (a conselho)

Jane Simon
Matchless, Inc.
SABC
CONFERENCE



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0 2251

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME	Lucas Monteiro de Souza	
Nº AIH	248378	Nº PRONTUÁRIO 489987
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:		
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030406		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME	W. L. Lao - Cré	
CRM Nº	CPF Nº	
DATA INTERNAÇÃO		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL
		30.09.2019
MATERIAL UTILIZADO		
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)
		Lote: 095617 Código: F08 6 206 SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX RÁDIOUMERO T 200 - ESTÉRIL
		Fabric.: 22/02/2018 Val.: 02/2023 Registro ANVISA Nº: 80083850031 Material: Apo Inox / Alumínio
		Lote: 095451 Código: AF35 4 450 PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - RXD X 3,0 X 100 XT
		Fabric.: 19/02/2018 Val.: 02/2023 Registro ANVISA Nº: 80083850028 Material: Aço Inox F138
		Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.823/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br
		Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.823/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.ind.br
DADOS DO FORNECEDOR		
EMPRESA:	Spine medical	
ENDEREÇO:		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM 30.09.2019	EM _____	
 Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedista e Traumatologista CR 0487 / EOT 11.913		
Médico Responsável (Assinatura e carimbo)	Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)	

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.

Man Monteiro de Sáez IDADE 4 anos DATA 30/05/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA

SINAIS VITais	HORÁRIO		CIRURGIAO		
	ADMISSÃO	Saída			
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	141/85	15:00			
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	88	96			
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100%	98	112		
TEMPERATURA AXILAR (0°C)	99.1	98.1	98.1		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/ MATRÍCULA	minilene	MAR	rr		
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK					
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	ADMISSÃO	Saída	
	Movimenta dois membros	1	2	2	
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	1	1	
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	0	0	
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	2	2	
	Tem apnéia	0	1	1	
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	0	0	
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	2	2	
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	1	1	
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	0	0	
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	Desperta, se solicitado	1	2	2	
	Não responde	0	1	1	
ALTA DE DOR ALTA	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	0	0	
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	2	2	
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com seu arriamento de O ₂	0	1	1	
		TOTAL		0	
		ASS.			
() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG() NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

14:30 admissao na SRPA no P03 de thoracica para faturar um tumor @ submetido a geral. Furo lento, supraco, respiro profundo com 100% Satg FO curativo sempre

RAIO-X REALIZADO
 DATA 30/05/2019 HORA _____
 TÉCNICO: _____

PREScrição MÉDICA

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

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

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

[Signature]
 CRMO/SP/0001

[Signature]
 CRMO/SP/0001

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

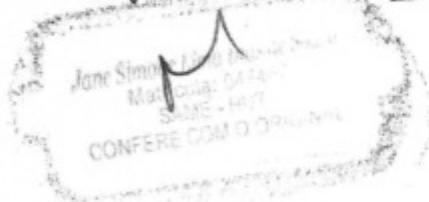
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30/10/91 19

NOME DO PACIENTE:	<u>Ivan Monteiro de Souza</u>			PRONTUÁRIO Nº:	<u>48 91 97</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>FMT-FUSTOLE. ROTT</u>			CIRURGIA:	<u>PENIS TUMOR</u>
ANESTESIA:	<u>Dr. Eliane</u>			Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. João Trí</u>			CPF Nº	<u>2009-PI 2660 5007 10306</u>
AUXILIAR:	<u>Dr. Fernando Couto</u>			CPF Nº	<u>TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA</u>
ANESTESIA:	<u>geral</u>			CPF Nº	<u>SECT 10306</u>
INSTRUMENTADORA:	<u>Isayana</u>			CPF Nº	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>-</u>		LUVA Nº	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>-</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>150</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>150</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>-</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>-</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>-</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>-</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>01</u>	
FORMOL	ML	<u>-</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>-</u>	
JELCO Nº	UNID.	<u>-</u>		elétrico	unid	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>cupom</u>	unid	<u>03</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>escova de degumen</u>	unid	<u>03</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENO				<u>guarulhos</u>			



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Joaquim Monteiro de Sousa

Diagnóstico pré-operatório

Fract. subfract. de Femur

Operação - Tipo

Redução + Fixação c/ Fixador externo

Cirurgião

Dr. João P. Frontier
CRM 3.457 TEO 11.813
TRAMATOLOGIA E ORTOPEDIA
SBOT 1023

1º Assistente

Fernando Cava

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Joaquim

Anestesista

Dr. Eliane

Anestesia

geral

CRM 3.457 TEO 11.813
Ortopedia e Traumatologia
SBOT 1023

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Fase 1: Redução sob anestesia caudal + prepao hbd. 2x
- 2) Redução + Fixação externa
- 3) Herdilizar c/ SFQGI + curat. ex.

Dr. Fernando C. da Cunha
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3.457 TEO 11.813

Dr. João P. Frontier
CRM 3.457 TEO 11.813
TRAMATOLOGIA E ORTOPEDIA
SBOT 1023

Jane Simões
CONFIRMOU
CONFERE COMIGO

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

FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL

Nº LAUDO: 246842

AIH: 2219101939516

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO

CNES
5973457

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898004807517602	LUAN MONTEIRO DE SOUSA		28/05/2015	M	489987
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	8695529832	CRISTIANE SOUSA CARDOSO	JESSICA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
	RUA COSME E DAMIAO QA 05 C 36		36		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		
PARQUE BRASIL II			TERESINA		
UF PI					

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM TRAUMA EM MÃO D , COXA E APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM COXA E, PERFUSÃO OKDOR E EDEMA EM MÃO D

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR E

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S72 - FRATURA SUBTROCANTERICA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050616 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

LEITO/CLÍNICA

PEDIATRIA CLÍNICA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

27/09/2019

AGNELO SAMPAIO C BRANCO MEDEIROS

CPF: 81940424372

CRM:

DATA ADMISSÃO

27/09/2019 14:34

DATA ALTA

01/10/2019 12:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° 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))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

CPF: 07939400363

CRM:

DATA ANALISE: 27/09/2019 17:21:16

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Jane Sampaio C Branco Meireles
CONFERE OS DADOS O CEGUEIRA

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome:	Ivan Monteiro de Sousa		Prontuário:	489987	Data:	30/09/19
Sexo:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Masc. (<input type="checkbox"/>) Fem.	Idade:	40	Peso:	15 - 20 kg	Altura:
Procedimento(s) proposto(s):				Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim (<input type="checkbox"/>) Não		

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
2 - Patologias respiratórias	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
3 - Antecedentes patológicos	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
4 - Convulsão	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
6 - Transfusão sanguínea	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
7 - Uso de medicação	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
8 - Alergia	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não

EXAME FÍSICO

27-09

PA:	P脉:	(<input type="checkbox"/>) arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado:	
2. Cardiovascular	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado:	
3. Neurológico	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado:	
4. Abdome	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal	(<input type="checkbox"/>) Alterado:	
5. Vias aéreas	(<input type="checkbox"/>) Possível VAD		
6. Extremidades	(<input type="checkbox"/>) Normal	(<input checked="" type="checkbox"/>) Alterado: NTE	

EXAMES COMPLEMENTARES

27.09

HB	10,9	TP / RNI	0,99	Uréia			
HT	32,7	TTPa		Creatinina			
Plaquetas		Glicemia					
ECG:				RX Tórax			
ECO:							

ASA: **IE** Anestesia proposta: () Geral () Outro:

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

CRM:

MOD. 076 - HUT



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: **LUAN MONTEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 489987)

Endereço: RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 28/05/2015 Idade: 4a4m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743628

Requisição: 1005657 Solicitação: 27/09/2019 Solicitante: ELIANE FREITAS DE MIRANDA

Controle: 1321044 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 27/09/2019

COXA ESQUERDA

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

- Fratura no terço proximal do fêmur.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

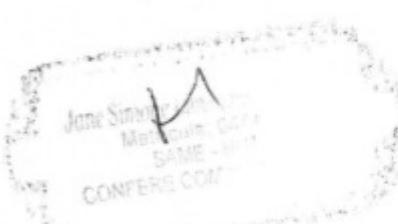
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/10/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





FICHA DE ANESTESIA

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

Nome:	Lourenço Monteiro da Silva	Sala:	05	Alergia:		Data:	30/09/19
Procedimento:	Trauma - Fratura fêmur	Cirurgião:		Pacientes:		Observações:	

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Rofecoxib		20											
Tetranis		30											
Propofol		60											
Atropina		10											
Dipivon			600										
Morafon			1										
Lifaglun		500											
0													
1													
2													
3													
Oxigênio													
VR/N2O													
Halotil	%												

Acesso Vascular

Periférico 24 MSE

Cat. Venoso nº G

- Dificuldade aces. venoso
- Gastos _____ cateteres
- Central _____

Via Aérea

Cateter nasal

IOT nº 4,5 c/cuff

LMA nº _____

Monitorização:

Cardioscopia

PANI

Oxímetro de pulso

ETCO2

Outros

Anestesia:

Geral Venosa

Geral Balanceada

Raquianestesia

Peridural

Bloqueio Periférico

Outros

Decúbito:

SPO2 (%) 96, 100, 100, 99.
ETCO2 (mmHg) 38 40 39

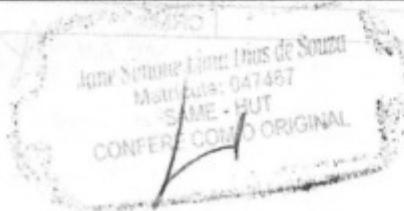
Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:



Eliane Saraiva
ANESTESEIOLOGISTA
CRF-PI 0361

Anestesiologista



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: **LUAN MONTEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 489987)
Endereço: RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/05/2015 Idade: 4a4m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743628
Requisição: 1005657 Solicitação: 27/09/2019 Solicitante: ELIANE FREITAS DE MIRANDA
Controle: 1321043 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060095

Data Exame: 27/09/2019

BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA.
os seguintes aspectos observados:

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/10/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

CONFERE COM

**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: **LUAN MONTEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 489987)

Endereço: RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 28/05/2015 Idade: 4a3m30d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743628

Requisição: 1005660 Solicitação: 27/09/2019 Solicitante: ELIANE FREITAS DE MIRANDA

Controle: 1321050 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 27/09/2019

US DE ABDOME TOTAL

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

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: integros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
-

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

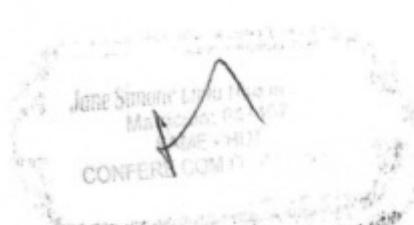
(VERA LUCIA)

TERESINA - PI 27/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUAN MONTEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 489987)
Endereço: RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/05/2015 Idade: 4a3m30d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743628
Requisição: 1005661 Solicitação: 27/09/2019 Solicitante: EMMYLE CRISTYNE ALVES SOARES
Controle: 1321051 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

T.C. DE CRANIO

Data Exame: 27/09/2019

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA 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.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

OBS: ARTEFATOS DE MOVIMENTAÇÃO, PREJUDICANDO A ANÁLISE.
(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 27/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

Jane Simões Lameira
Matrícula: 047700
SAÚDE • HUT
CONFERE COM O LAUDO



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: **LUAN MONTEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 489987)
Endereço: RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/05/2015 Idade: 4a3m30d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743628
Requisição: 1005662 Solicitação: 27/09/2019 Solicitante: EMMYLE CRISTYNE ALVES SOARES
Controle: 1321052 Convênio: SUS

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 27/09/2019

RELATÓRIO:

T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA PERIORBITÁRIO À DIREITA.
- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- ESPESSAMENTO DA MUCOSA DO SEIO MAXILAR ESQUERDO.
- DEMAIS CAVIDADES PARANASAIIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

OBS: ARTEFATOS DE MOVIMENTAÇÃO, PREJUDICANDO A ANÁLISE.
(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 27/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável

Jone Silveira Lemos Dias de Souza
CRM 3645
SAME - HUT
CONFIRME COM O ORIGINAL

**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: **LUAN MONTEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 489987)
Endereço: RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/05/2015 Idade: 4a4m11d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 248378
Requisição: 1006887 Solicitação: 30/09/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1323570 Convênio: SUS CLINICA PEDIATRICA - P05 ENFERMARIA 200 LEITO 01
Cod. SIA: 0204060117

RELATÓRIO:

Data Exame: 30/09/2019

COXA ESQUERDA

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

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica externa, no terço proximal do fêmur.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/10/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Jane Soraia Almeida Souza
Matrícula: 047467
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUAN MONTEIRO DE SOUSA** (Prontuário: 489987)
Endereço: RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/05/2015 Idade: 4a4m11d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 248378
Requisição: 1006887 Solicitação: 30/09/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1323569 Convênio: SUS CLINICA PEDIATRICA - P05 ENFERMARIA 200 LEITO 01

RELATÓRIO:

Data Exame: 30/09/2019

Cod. SIA: 0204060095

QUADRIL

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

- Controle pós-operatório.
 - Fratura alinhada, com fixação metálica externa, no terço proximal do fêmur.
 - Superfícies e espaços articulares integros.
 - Partes moles sem alterações.

TERESINA - PI 08/10/2019

(JOAO ANTONIO)

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

Jane Simon, M.A., M.S. Ed.
Math 180-181
SAGE-MIIT
CONFERE 184.5000



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME
LUAN MONTEIRO DE SOUSA

MATRÍCULA
148064 01 55 2015 1 00448 254 0320219- 10
(LIVRO A: 448 TERMO: 320219 FOLHA: 254)

DATA DE NASCIMENTO POR EXTERNO

VINTE E OITO DO MÊS DE MAIO DO ANO DE DOIS MIL E QUINZE

DIA MÊS ANO
28 05 2015

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
08:15 TERESINA-PI

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

TERESINA-PI

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

MATERNIDADE DONA EVANGELINA MASCULINO
ROSA

FILIAÇÃO

CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO
GILSON MONTEIRO DE SOUSA

AVÓS

ANA MARIA DE SOUSA CARDOSO
DEUSDEDIT CARDOSO
MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA SOUSA
RAIMUNDO MONTEIRO DE SOUSA

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTERNO

VINTE E NOVE DO MÊS DE MAIO DO ANO DE DOIS MIL E QUINZE

Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
30697100601

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

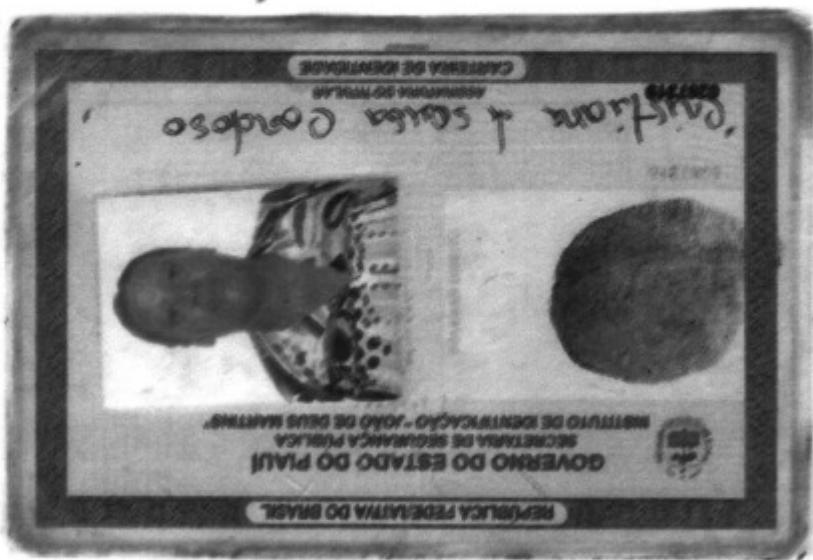
Certidão lavrada por MARIA DE LOURDES CARDOSO DE MACÊDO - ESCREVENTE AUTORIZADO do 1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL, TERESINA-PI, nos termos do artigo 13 do Provimento nº 13 do CNJ.
Certifico que, em 29 de Maio de 2015, foi extraída esta certidão do Sistema Interligado de Registro de Nascimento, sendo a sua autenticidade conferida por mim.

NAME DO OFÍCIO: 1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL
OFICIAL(A): ANTONIO UBIRATAN VIEIRA
MUNICÍPIO: TERESINA-PI
ENDERECO: RUA DAVID CALDAS Nº 325 CENTRO/NORTE

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: TERESINA, PI, 29 de Maio de 2015

Assinatura do Oficial
David Cristhus Garcia Ferreira
Escrivente Autorizado





**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: **3190719296**

Nome do(a) Examinado(a): **LUAN MONTEIRO DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Cosme e Damião, 36 - Teresina - PI - CEP 64012-044

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**]

LIVRO A, TERMO 320219, FOLHAS 254

Data e local do acidente: [**27/09/2019**]

RUA PAU D'ARCO, PARQUE BRASIL, TERESINA/PI

Data e local do exame: [**11/02/2020**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO

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

PACIENTE APRESENTA CICATRIZES DE FIXADOR EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA COM ATROFIA MUSCULAR LOCAL; AM DE QUADRIL ESQUERDO: ABDUÇÃO 30°; ADUÇÃO 10°; FLEXÃO 65°; ROTAÇÃO EXTERNA 25°; ROTAÇÃO INTERNA 10°; ADM DE JOELHO ESQUERDO: EXTENSÃO 0; FLEXÃO 85°

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

[**X**] Sim [] Não

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

PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO MEDIANTE FIXAÇÃO EXTERNA E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE QUADRIL E JOELHO ESQUERDOS

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

[**X**] Sim [] Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE QUADRIL E DE JOELHO ESQUERDOS

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

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, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL ESQUERDO

% do dano: () 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

Região Corporal (Sequela):

JOELHO ESQUERDO

% do dano: () 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
a valoração do dano corporal.



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI