

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

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:**

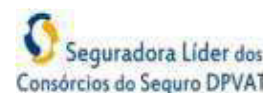
Observações: ***CRIANÇA.
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

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

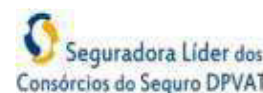
CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 27/09/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

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

CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

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



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



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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: Luan Monteiro de Sousa

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 Sousa 6 - CPF: _____
7 - Profissão: Recuso - me 8 - Endereço: Rua Cosme e Damião 2-A05 C536 9 - Número: 36 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: pt Brasil 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (86) 98823-4516

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 Sousa Cardoso
18 - CPF do Representante Legal: 749.234.323-72 19 - Profissão do Representante Legal: Recuso - 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 nascturo (vairasos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 Sousa

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 Sousa 6 - CPF: _____
7 - Profissão: Recuso - me 8 - Endereço: Rua Cosme e Damião 2-A05 C536 9 - Número: 36 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: pt Brasil 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (86) 98823-4516

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 Sousa Cardoso
18 - CPF do Representante Legal: 749.234.323-72 19 - Profissão do Representante Legal: Recuso - 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 nascturo (vairasos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

Complemento: QD C CS 05

Bairro: SANTA MARIA DA CODIPE

Nº: 00

CEP: 64.012-805

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO 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



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 01/11/2019 11:14
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO NO CRUZAMENTO COM OUTRA VIA LOCAL SURTIU 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 Soares Lima Junior
Agente de Polícia
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 assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 01/11/2019 11:14
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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 Sousa

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 Sousa 6 - CPF: _____
7 - Profissão: Recuso - me 8 - Endereço: Rua Cosme e Damião 2-A05 C536 9 - Número: 36 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: PO Brasil 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (86) 98823-4516

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 Sousa Cardoso
18 - CPF do Representante Legal: 749.234.323-72 19 - Profissão do Representante Legal: Recuso - 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 nasdituro (vaidasos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 000000096514-5

Nr. da Autenticação 2246BDE894504FFE

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.237.474/0001-06 - LE 195965574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1-38
201 90925376457

MATÉRIA 25681893-2 FATURA Nº 1787960
MÊS/ANO 9/2019

NOME/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 018 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y18S201952

HISTÓRICO DE CONSUMO	MÊS/ANO	Tipo	LIDO	FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
08/2019	Lido	25	25		1. Residencial - Normal
07/2019	Lido	25	25		
06/2019	Lido	14	14		
05/2019	Lido	00	12		
04/2019	Lido	00	12		
03/2019	Lido	00	12		

DATA LETURA
ANTERIOR 27/08/2019 65
ATUAL 25/09/2019 92
CONSUMO MÊS (M3) 27
LIT 12.741.00012
PIS/PASEP 203,52x1,65% = 3,30
COFINS 202,52x7,40% = 15,00

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%) 0 10 3,0660 00 10 25 5,7120 00 25 99999 5,0610 00	DESCRIÇÃO VALOR REF. VALOR VALOR REFERENTE ÁGUA - 136,06 > Residencial-Normal 27,0 m3 136,06 JUROS DE FINANC. 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 JUROS POR ATRASO 001/001 0,44 MULTA DO PARCELAMENTO 003/036 0,45 MULTA POR ATRASO 001/001 0,71 MULTA POR ATRASO 001/001 2,30 DEMAIS LANÇAMENTOS 49,64

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0 10 3,0660 00
10 25 5,7120 00
25 99999 5,0610 00
VENCIMENTO 07/10/2019 TOTAL A PAGAR 203,52

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
Nossos arquivos acusam 1 débito(s). ATENÇÃO - 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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2878	2877	1	1,39	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3197	3178	19	4,51	Inferior a 15
PH	2852	2813	39	6,84	6,00-9,50
TURBIDEZ	3204	3180	24	1,30	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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHEIRICHIA COLI	1145	1144	1	Ausência	Ausente
	1145	1145	0	Ausência	Ausente

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

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.237.474/0001-06 - LE 195965574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1-38
201 90925378457

MATÉRIA 25681893-2 FATURA Nº 1787960
MÊS/ANO 9/2019

NOME/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 018 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y18S201952

HISTÓRICO DE CONSUMO	MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
08/2019	Lido	25	25		1. Residencial - Normal
07/2019	Lido	25	25		
06/2019	Lido	14	14		
05/2019	Lido	00	12		
04/2019	Lido	00	12		
03/2019	Lido	00	12		

DATA LETURA
ANTERIOR 27/08/2019 65
ATUAL 25/09/2019 92
CONSUMO MÊS (M3) 27
LIT 12.741.00012
PIS/PASEP 203,52x1,65% = 3,30
COFINS 202,52x7,40% = 15,00

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%) 0 10 3,0660 00 10 25 5,7120 00 25 99999 5,0610 00	DESCRIÇÃO VALOR REF. VALOR VALOR REFERENTE ÁGUA - 136,06 > Residencial-Normal 27,0 m3 136,06 JUROS DE FINANC. 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 JUROS POR ATRASO 001/001 0,44 MULTA DO PARCELAMENTO 003/036 0,45 MULTA POR ATRASO 001/001 0,71 MULTA POR ATRASO 001/001 2,30 DEMAIS LANÇAMENTOS 49,64

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0 10 3,0660 00
10 25 5,7120 00
25 99999 5,0610 00
VENCIMENTO 07/10/2019 TOTAL A PAGAR 203,52

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
Nossos arquivos acusam 1 débito(s). ATENÇÃO - 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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2878	2877	1	1,39	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3197	3178	19	4,51	Inferior a 15
PH	2852	2813	39	6,84	6,00-9,50
TURBIDEZ	3204	3180	24	1,30	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 DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHEIRICHIA COLI	1145	1144	1	Ausência	Ausente
	1145	1145	0	Ausência	Ausente

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

**ÁGUAS DE
TERESINA**

CNPJ 27.257.478/0001-06 - I.E. 15.194.958
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - ☎ 0800 223 2000 ou 335 / ☎ (86) 98124-3199

MATECULA

FATURA Nº

25681893-2

MÊS/ANO

164069

1/2020

NOME/ENDEREÇO

MORADOR CRISTIANNE DE SOUSA CARDOSO

RUA COSME E DAMIAO PO BRASIL Q-A05-CASA-036-PARQUE
BRASIL-TERESINA-PI-cep:99999999

LOCALIZAÇÃO

018-00022-004875

GRUPO

018

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y185201952

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO TIPO

LIDO

FATURADO

12-2019 1.400

29

29

11-2019 1.400

25

25

10-2019 1.400

27

27

09-2019 1.400

27

27

08-2019 1.400

26

26

07-2019 1.400

26

26

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA

LEITURA

ANTERIOR

24/12/2019

192

ATUAL

27/01/2020

213

CONSUMO MÊS M3

21

PIS. PASEP

(23,10*1,65%) = 2,19

COFINS

(23,10*7,40%) = 10,12

TABELA DE TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

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

0 10 2,4000 00

10 25 5,7120 00

25 99999 9,6610 00

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

DESCRIÇÃO

REF.

VALOR

VALOR REFERENTE AGUA - 93,49

> Residencial-Normal 21,0 m3

93,49

JUROS DE FINANC. PARCELAMEN 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

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. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

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

P/peça
98821-4526
86



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Ruan Monteiro de Sousa

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

Nuno OK.

BOLETIM DE ENTRADA (BE) NYEO 9:30 30/01/13

DADOS DO PACIENTE:

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

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	Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO	
Profissão: CRIANÇA	E.Civil: Solteiro(a)		
Instrução: Não informado			

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

ULTRASSONOGRAFIA REALIZADA
DATA 27/09/19 HORA 15:43
EXAME: US abd. total
MÉDICO: DR. Vitor

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: CRIANÇA TRAZIDO DE SAMU AVANÇADO PASSOU DIRETO PARA EMERGENCIA INFANTIL		
4a3m P: 20kg Nega alergia		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 27/09/2019 14:42:13

SSVV:

(Hora: ____:____)

so: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente vítima de colisão carro/moto (estava no moto e sem capacete) há 1h. Ao exame: irritado; hematoma periorbitário a D, pupilas médias, reagentes; escoriações no tórax. TCC e rug; curado de desidratado (+ ACP) com roncus difusos; Abd plano, depressível; edema e dor na coxa E; edema na mão D.

Diagnóstico Inicial:

?

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA 27/09/19 HORA 16:00h
EXAME: CMTX + FACE
TÉCNICO: S. S.

Exames Complementares:

Rx de Tórax AP Rx da coxa E US abd.
Rx de pelve AP Rx da mão D TC de crânio

Prescrição Médica:

Parecer neuro, oftalmol, ortopedic

RAIO-X REALIZADO
DATA 27/09/19 HORA
TÉCNICO: S. S.

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Infantil)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Emilio Landeiro

Emmyle C. A. Soares
Pediatra
CRM-PI 4908
EMMYLE CRISTYNE ALVES SOARES
CRM 4908 PI Em: 27/09/2019 14:45:26



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

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: CRIANÇA	Documento: Reg.Nasc: NAO INFORMADO	
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: Neurologia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente com causas moto-cano, enxaqueca de moto sem capacidade, mãe nega queda de consciência, náuseas ou vômitos, ao exame craniano vig. e pupilas iso fôto, fratura de fêmur. TCE de nônio sem afecção neurológica

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :
Carimbo/Assinatura Solicitante
Parecer: liberado para ortopedia pediátrica

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 27/09/19 16:50 ESPECIALISTA: ortopedista
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Politrauma com TCE + fratura de fêmur (E) + abd (E).
TCE = semiconsciente / choque /
abd em MTC (E) + abd (E) (Parecer 2K1)

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :
H/D = Fêmur Subtrocantear de fêmur (E)
Fêmur 2º MTC abd (E)
cd = Inabilitação
Intubação / laringia fêmur (E)
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

5511-1041 1115-1115
5511-1041 1115-1115
5511-1041 1115-1115



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAI
19

Dados do Chamado
01 N° do chamado: 4434
02 Data do chamado: 27/09/2019
03 PRO (código): 2897
04 Saída do PA: 13:32
05 Chegada ao local: 13:42
06 Saída do local: 14:00
07 Chegada ao 1° hospital: 14:31
08 Saída do 1° hospital:
09 Chegada ao 2° Hospital:
Local da Ocorrência
10 Endereço: Hospital Mariano Castelo Branco
11 Bairro:
12 Município-UF:
13 Ponto de referência:
Código IBGE:

Dados do Paciente
14 Nome: Luay Montenegro de Sousa
15 Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
16 Idade: 28/05/15
Se idade Ignorada, preencha com 999
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Tipo de Ocorrência
18 Tipo de ocorrência:
01 - Acidente de transporte
02 - Agressão física-espantamento
03 - Agressão física-FAF
04 - Agressão física-FAB
05 - Urgência psiquiátrica
06 - Tentativa de suicídio
07 - Envenenamento
08 - Afogamento
09 - Queimadura
10 - Choque elétrico
11 - Queda
12 - Urgência clínica
13 - Urgência obstétrica
14 - Transferência
15 - Exames complementares
16 - Outros: 14
17 - Já removido
18 - Falso chamado

Acidente de Transporte
19 Vítima: 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: Capacete ☒ Airbag ☐ Cinto de segurança ☒ Assento para criança ☐

Exame Físico
23 Glasgow =
ABERTURA OCULAR: 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma
RESPOSTA MOTORA: 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum
24 Sinais Vitais: Pulso: 121 Resp. PA: 100/70 TAX. SatO2: 98
25 Local da lesão:

Exame Físico
26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais
27 Pulso: Radial ☒ Central ☐
1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente
28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10
30 Fratura: 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☒ 3 - Suspeito ☐

Assistência
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):
Aspiração ☐ Francha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia ☐
Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso Venoso ☐
Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☐

Hospital de Destino
32 Hospital de Destino: H.U.T.
33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado
34 Óbito: 1 - Sim ☐ 2 - Não ☒
Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte ☐ Não Removido ☐

Observações Interdisciplinar
Episódio de vômito - autônomo. Paciente, 9 anos, passageiro de veículo. Análise de agitação. Hiperreflexia presente, porém respiratório estável. Exame físico e hemodinâmico estável. Perímetro subgástrico rígido e ocluído. Exame de fundo de olho normal.

Assinaturas
Responsável pela recepção:
Socorristas Médico:
AE/TE:
Enfermeiro:
Condutor:
Versão: 27.11.2011



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA
27/09/2019 12:09

ESTABELECIMENTO: UNIDADE MISTA DE SAUDE 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 UF: PI
TELEFONE(s): -

SINTOMAS

QUEIXA PRINCIPAL/SINTOMAS:

COMORBIDADE:

CLASSIFICAÇÃO / DADOS CLÍNICOS

A - VAS SINAIS DE OBSTRUÇÃO: [] SIM [X] NÃO
B - RESPIRAÇÃO EUPNEICO: [X] DISPNEICO: [] INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: []
SATURAÇÃO: CIANOSE: NÃO
C - CIRCULAÇÃO FREQUÊNCIA CARDÍACA: PERFUSÃO SANGÜÍNEO: BOA
GLASGOW PLEGIA/PARESTESIAS: NÃO
D - NEUROLÓGICO AO: 4 RV: 4 RM: 6 TOTAL: 14 MEMBRO:
ISOCORIA: [X] ANISOCORIA: []
E - SINAIS VITAIS PA: TAX: FR: P: GLICEMIA: ESCALA DOR(0-10): 10
[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 MOTOXCARRO HÁ 10 MIN VEM AO HOSPITAL COM QUADRO DE FORTES DORES EM MMII ESQUERDA E HEMATOMA SUBGALEAL EM FACE. PACIENTE COM CHORO INCONTROLÁVEL O QUE DIFICULTOU O EXAME FÍSICO. NEHA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

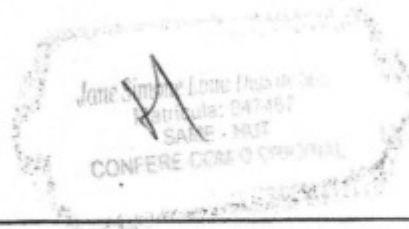
EXAMES FÍSICOS: PCTE CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, AFEBRIL, EUPNEICO, ANICTERICO, ACIANOTICO; AC: RR EM 2T.BNF.SEM SOPRO. AP: MV+, SEM RA. ABDOME: PLANO, SIMETRICO. ABDOME TIMPANICO, DOENÇAS PREVIAS: NEGA. OTOSCOPIA: NAO VISUALIZADA. OROSCOPIA: VISUALIZADA. ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA. DOR A PALPAÇÃO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

MEDICAÇÃO / PROCEDIMENTOS SOLICITADOS:

PRESCRIÇÃO:

- 1) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250 ML, EV - PMV
- 2) DAPIRONA 500 MG/ML (0,8 ML) + AD. EV - AGORA
- 3) DEXAMETASONA 4 MG/ML (0,7 ML) + AD. EV - AGORA

2/09/19
12:40



MOTIVO DA ALTA / ENCERRAMENTO

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

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA / CARIMBO - MÉDICO

X Jenila Dayana de Sousa

Guilherme Miranda Correia
MÉDICO
CRM-PI 7246



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 URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: PEDIATRIA CLÍNICA		
PACIENTE: LUAN MONTEIRO DE SOUSA		
		NASCIMENTO: 28/05/2015

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

27/09/2019 12:21:15 -- HISTÓRIA CLÍNICA: 4 ANOS, PACIENTE VITÍMA DE ACIDENTE MOTOXCARRO HÁ 10 MIN VEM AO HOSPITAL COM QUADRO DE FORTES DORES EM MMII ESQUERDO E HEMATOMA SUBGALEAL EM FACE. PACIENTE COM CHORO INCONTROLÁVEL O QUE DIFICULTOU O EXAME FÍSICO. NEHA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS -- EXAMES FÍSICOS: PCTE CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, AFEBRIL, EUPNEICO, ANICTÉRICO, ACIANOTICO; AC: RR EM 2T, BNF, SEM SOPRO. AP: MV+, SEM RA. ABDOME: PLANO, SIMÉTRICO. ABDOME "IMPANICO, DOENÇAS PRÉVIAS: NEGA. OTOSCOPIA: NÃO 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 VITÍMA

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 Miranda 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 SOUSA

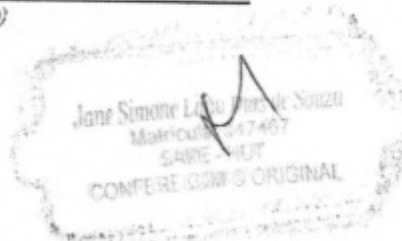
- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☐ Conferir cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa NÃO
- ☒ 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 em SE
- ☒ 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 Setembro de 19

Enfermeiro responsável: Marcia Helena Pires Pinheiro

Enfermeiro
COREN-PI: 274042



Rua Otto Tito, 1820, Bairro Redenção,
Teresina-PI, CEP 64017-775.
CNPJ 17.577.205/0008-03



86 3229 - 4247



fht.hut@teresina.pi.gov.br



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Fundação Municipal
de Saúde

FMS

NOME DO PACIENTE

luan Mendonça da Sousa

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

Fratura de fêmur e

Id: 44,3m
P: 20kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA
DATA: 24/09/19 HORA: 17:00

PRONTUÁRIO

D. NASCIMENTO

489987 28/05/15

ALERGIAS

Nega

HORÁRIO

CLÍNICA

Red

ENF. ou APT:

200

LEITO

01

MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE

OBSERVAÇÕES

- 1) Dieta oral plácidade. Zere após melhor melhora.
- 2) Dipirona gotas: 20 gotas VO de 6h em 6h. Visto Nutricionista CRN/PI 6725
- 3) Tax de 616L
- 4) Evitados de 8h em 8h.
- 5) Aguardo exames laboratoriais (HUG e coagulograma).

Emmanuel A. Soares
CRM-PI 4908

Alinne de Souza Teófilo
COREN-PI 372872

MÉDICO/CRM:

**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**

7-CNS: **898004807517602**

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

9-Sexo: **Masculino**

6 - Prontuário: **489987**

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

13-Resp: **JESSICA DAYANE**

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

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod. IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

CPF:

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

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

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-
cidata:

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 3.407/2011 11.913

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fato Fato

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

/ /

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

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

51-Data Autorização:

/ /

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

Jane Sampaio
Matrícula 347467
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**SPINE
MEDICAL**

SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

2251

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0
Rua Magalhães Filho, 155 - Jd. Santa Helena - São Paulo - SP

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte
-2936 Fone/Fax 3224 3225

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

Especiais - OPM		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME	Luan Monteiro de Souza	
Nº AIH	248378	Nº PRONTUÁRIO 489987
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:		
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030406		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME	Dr. Lucas - Cre	
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 BARTORI - LINEFIX RÁDIOUMERO T 200 - ESTÉRIL
		Lote: 095451 Código: AF35 4 450 PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R X D X 3,0 X 100 XT
		Fabric.: 22/02/2018 Val.: 02/2023 Registro ANVISA Nº: 80083650031
		Fabric.: 19/02/2018 Val.: 02/2023 Registro ANVISA Nº: 80083650028
		Material: Aço inox / Alumínio
		Material: Aço inox F138
		Luiz Guilherme Bartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.981.823/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@bartori.ind.br
		Luiz Guilherme Bartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.981.823/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@bartori.ind.br
DADOS DO FORNECEDOR		
EMPRESA:	CNPJ Nº	
Spine medical		
ENDEREÇO:		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM 30, 09, 2019	EM	
Dr. Fernando L. do Carmo Médico Responsável (Assinatura e carimbo)		Ducarmo Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)
NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª para o paciente, 2ª para o hospital e 3ª para o fornecedor.		

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

OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.030.966
SÉRIE: 1

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.



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

DANFE

Documento auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída ☒
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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

194729990

INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

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

CNPJ

11.664.118/0001-30

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ/CPF

05.522.917/0001-70

DATA DA EMISSÃO

09/10/2019

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

09/10/2019

HORA DE SAÍDA

10:45:30

ENDEREÇO

Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015

BAIRRO/DISTRITO

Porequinto

CEP

64002-530

MUNICÍPIO

Teresina

FONE/FAX

(86) 3194-6777

UF

PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA/DUPPLICATA

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		
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DA NOTA
0,00		0,00		0,00		0,00		
						VAL. APROX. TRIB.		
						0,00		648,11

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS								648,11
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--------

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ/CPF	
NOSSO CARRO		0 - Rem.									
ENDEREÇO				MUNICÍPIO				UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
R:MAGALHAES FILHO,175				TERESINA				PI		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	07022030406 - FIXADOR EXTERNO LINEAR (Ref: F08 6 206 Qtd.: 1 Lote: 095617) (Ref: AF35 4 450 Qtd.: 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 01/10
veio 01/10



DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		RESERVADO AO FISCO
(PCT: LUAN MONTEIRO DE SOUSA) PRONT:489987 (CONV: SUS) (DR: FERNANDO C DE OLIVEIRA) (DATA: 30/09/2019) (HOSP: HUT)		



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

246842

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

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-End: RUA COSME DAMIAO QD A5 CS 36 - PARQUE BRASIL - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE 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

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR E

200-08

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura subtrocanterica

24-CID Prin:
S722

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408050616

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

Tempo SUS
4

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

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

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

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Jéssica Dayane de Sousa Cardoso

Usuário: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO 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 INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	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	
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.Procedi-mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR
Fornecedor da OPM: SPINE	
Quant. Soli-cidata: 1	

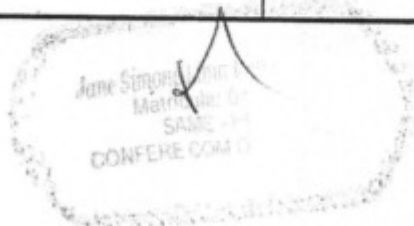
38-Profissional Responsável: NELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 30/09/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 819.404.243-72

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Dr. Fernando C. de Oliveira

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização: T		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 11/11/19	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)



Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3.467 TEOT 11.912
Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

Dr. Carlos dos Santos Costa
Assessoria Jurídica - DICA/MS
CRM 4.887-95
CNS 22000-010-010

Nome: Moniz de Seixas IDADE 4 anos DATA 30/05/2019

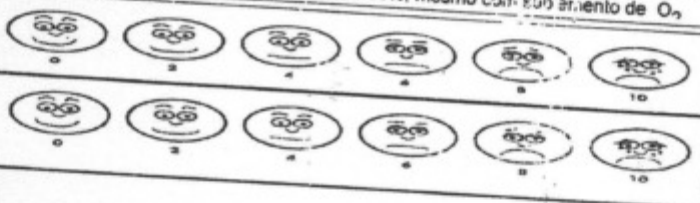
HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA: GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA: _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	CIRURGIÃO
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		<u>14:45</u> <u>15:00</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)			SAÍDA
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>88</u>	<u>96</u> <u>98</u>	<u>112</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>100.1</u>	<u>99.1</u> <u>100.1</u>	<u>98.1</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/MATRÍCULA	<u>minilene</u>		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

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



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

14:30 admitido na SRPA em PO2 de 100% com saturação 100% para fazer a cirurgia. Submetido a anestesia geral com 100% satg FO

16:30 p/ter da SRPA.

RAIO-X REALIZADO DATA 30/05/19 HORA 14:00 TÉCNICO: [assinatura]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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

Fls Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30/09/19

NOME DO PACIENTE: <u>Leandro Monteiro de Sousa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>489987</u>
DIAGNÓSTICO: <u>FMT-FRATURA. PUNÇÃO</u>	CIRURGIA: <u>FRATURA TIBIAL</u>
ANESTESIA: <u>Dr. Eliane</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. João Trê</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: <u>Dr. Fernando Couto</u>	CPF Nº _____
ANESTESIA: <u>qual</u>	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Leandro</u>	CPF Nº _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI n: 15	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 7,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	01	
ÁLCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		eletro dos	unid	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	unid	03	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				crepom			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				escova de dentes	unid	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Leandro</u>			
PROLENO							

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

João Monteiro de Sousa

Diagnóstico pré-operatório

Fract. subtroc. de Fêmur

Operação - Tipo

Redução + Fixação e Fixação externa

Cirurgião

Dr. João

1º Assistente

Fernando Carne

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Joana

Anestesista

Dr. Eliane

Anestesia

geral

Anestésico(a)

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) Corte da pele sob anestesia local e preparo habitual
- 2) Redução + Fixação interna
- 3) Fixação com SF 0,9% + curativos

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3.467 TEOT 11.913

Laço Tê Frontier
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 2660 SBO 1074

Jane Simões Lemos
Médica
CONFERE COM O

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 246842
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL		AIH: 2219101939516

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE MISTA DE SAUDE MARIANO GAYOSO CASTELO BRANCO	CNES 5973457
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
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 CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR E

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S722 - FRATURA SUBTROCANTERICA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408050616 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA

LEITO/CLÍNICA PEDIATRIA CLINICA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) AGNELO SAMPAIO C BRANCO MEDEIROS CPF: 81940424372	
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 27/09/2019	CRM:	
DATA ADMISSÃO 27/09/2019 14:34	DATA ALTA 01/10/2019 12:00	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

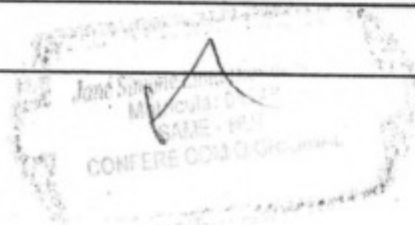
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07939400363		NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA	
CRM:	DATA ANALISE: 27/09/2019 17:21:16	CPF	CRM
		DATA ANALISE	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>João Monteiro de Sousa</u>	Prontuário: <u>489987</u>	Data: <u>30/09/19</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>40</u>	Peso: <u>15-20 kg</u>
Procedimento (s) proposto (s):		Altura:
		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: | Pulso: <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. Exame | <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: <u>MTE</u> | |

EXAMES COMPLEMENTARES

27.09

HB <u>10.9</u>	TP / RNI <u>0.99</u>	Uréia
HT <u>32.7</u>	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	RX Tórax
ECG:		
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: S U S

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 íntegros.
- Partes moles sem alterações.

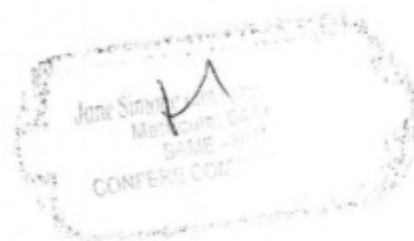
(JOAO ANTONIO)

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 ANESTESIANome: Luana Monteiro de SousaSala: 05

Alergia:

Data: 30/09/19Procedimento: Pro. wing - fratura fêmur

Cirurgião:

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Edaming		20											
Fentanyl		30											
Propofol		60											
Atacur		10											
Dipriona			600										
Morfin			1										
Urethane		500											
O ₂													
1													
2													
3													
Oxigênio													
IR/N2O													
Volatil	%	XXXXXX											

Acesso Vascular

- ☒ Periférico 24 HSE
Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

150

- ☐ Cateter nasal
☒ IOT nº 4.5 c/cuff
☐ LMA nº

Monitorização:

100

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

Anestesia:

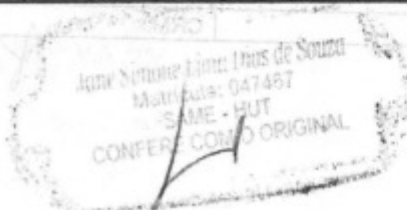
50

- ☐ Geral Venosa
☒ Geral Balanceada
☐ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: DH

SPO2 (%)	96%	100%	100%	99%
ETCO2 (mmHg)	38	40	39	
Aces. Venoso				
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

Descrição da Anestesia:

Eliane Saraiva
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PA 10000

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: SUS

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.

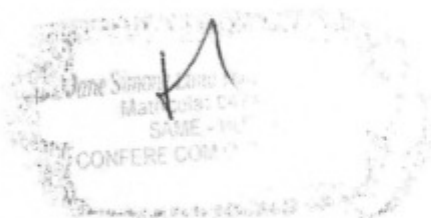
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/10/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





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: íntegros.
- 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.

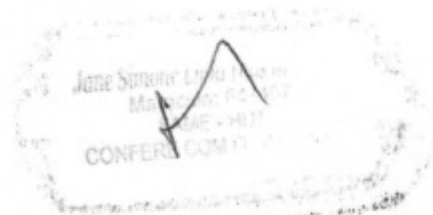
(VERA LUCIA)

TERESINA - PI 27/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE 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: 1005661 Solicitação: 27/09/2019 Solicitante: EMMYLE CRISTYNE ALVES SOARES
Controle: 1321051 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 27/09/2019

T.C. DE CRANIO

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.

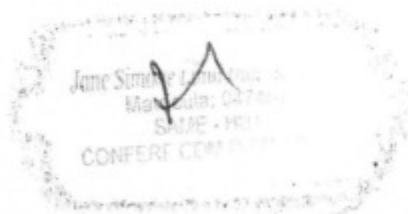
(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 27/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 27/09/2019

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.
- ESPESSEAMENTO DA MUCOSA DO SEIO MAXILAR ESQUERDO.
- DEMAIS CAVIDADES PARANASAIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

OBS: ARTEFATOS DE MOVIMENTAÇÃO, PREJUDICANDO A ANÁLISE.

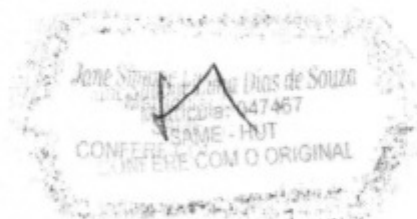
(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 27/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável





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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

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.

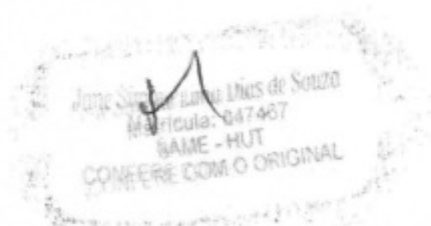
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/10/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**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 MÉDICOPaciente: **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: S U S 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 íntegros.
- 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 Simões Almeida
Matrícula: 04.1057
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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 EXTENSO

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

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

TERESINA-PI

MATERNIDADE
ROSA

DONA

EVANGELINA

MASCULINO

FILIAÇÃO

CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO
GILSON MONTEIRO DE SOUSA

AVÓS

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

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

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 - ESCRIVENTE 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.

NOME DO OFÍCIO: 1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): ANTONIO UBIRATAN VIEIRA

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

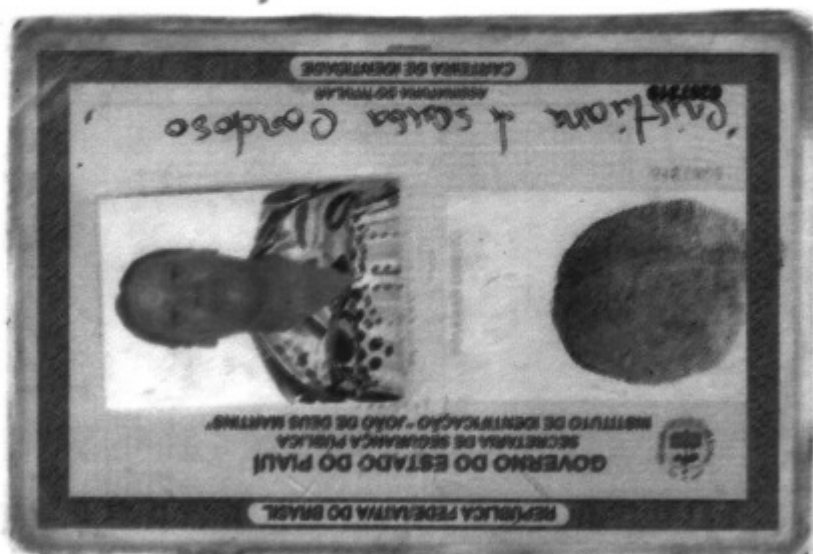
ENDEREÇO: RUA DAVID CALDAS Nº 325 CENTRO/NORTE

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





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.592.942 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/09/13

NOME CRISTIANE DE SOUSA CARDOSO

FILIAÇÃO ANA MARIA DE SOUSA CARDOSO DEUSDEDIT CARDOSO

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 11/04/1976

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 4074 L 10-A F 56

EXP TERESINA-PI 25/04/06

CPF 749.234.123-72 ASSINATURA DO DIRETOR

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

**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 FÊMUR 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 FÊMUR 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
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

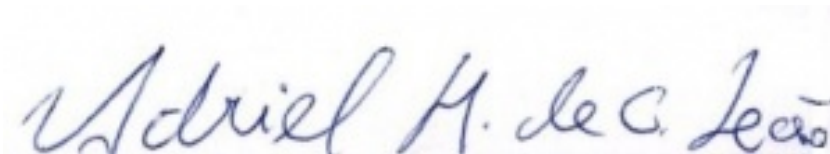
JOELHO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (X) 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