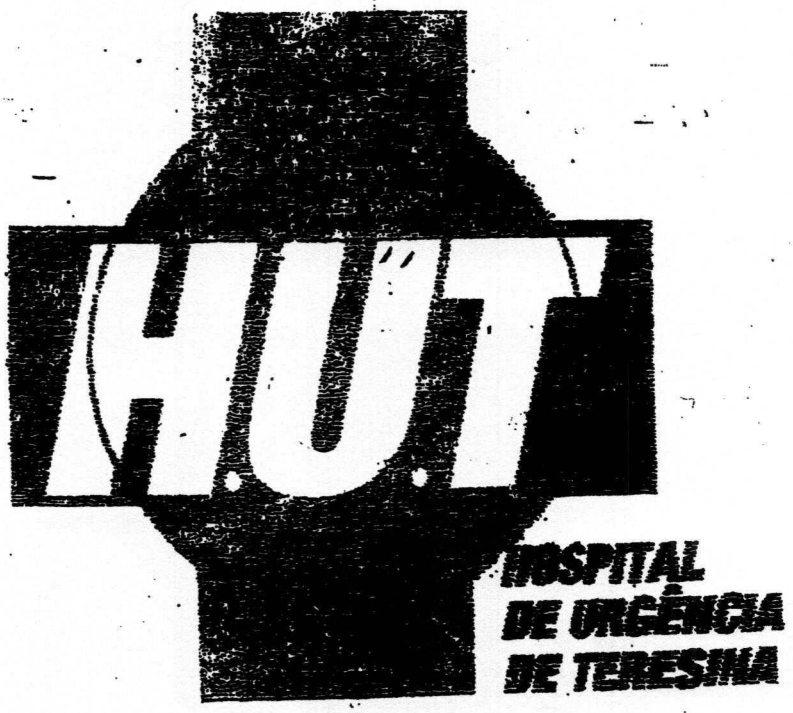


NOME DO PACIENTE: Francisco Teodoro da Silva Junior

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 519941

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

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 16/08/2019 15:16:51
(User: LAO TSE)
(Estação: GES$Q02)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR			**Prontuário:** 519941
Mãe: MARIA SOCORRO OLIVEIRA		**Pai:** FRANCISCO LIODORO DA SILVA	
End.Resid.: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
Nascimento: 03/07/1983	**Idade:** 36a1m13d	**Sexo:** Masculino	**Fone:** 86-99527-4504
Responsável: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR		**CNS:** 898001261555122	
Profissão: MECANICO		CPF:	* RG: 417852496 - SSP-PI
G. Instrução: Fundamental Completo		**E.Civil:** Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 736421	**Data:** 16/08/2019 15:04:34	**Condução:** VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS	
Motivo da Procura: DOR MEMBROS SUPERIORES			**Convênio:** S U S
Acid.Trab.: Não	**Trajeto?:** Não	**Típico:** Não	**CID Secundário:**

DADOS CLÍNICOS:

Trauma em mão D
em Rx
Dor + edema mão D / Pulso OK

PA _____ X _____ mmHg | Pulso: _____ | FC: _____ bpm | Temp.: _____

Diagnóstico Inicial: Fratura 1º Metacarpo mão D — CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Cd= Toda fechada
Tutor mão p/ cirurgia

DATA 16/08/19 HORA

Maria Simone Linhares de Sousa
Matrícula: 647467
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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

( )Retornar à Unid. Origem: _____
( )Transferência: _____

DATA SAÍDA: / / . **HORA:** : .

ÓBITO:
( )Até 24 Hs
( )De 24 a 48 Hs
( )Após 48 Hs

DESTINO:
( )Família
( )IML
( )Anat. Patol.

( )Internação na Unidade
Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Recepção Serviço de Medicina / Traumatologia HUT: 11393

Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO:724521968	**Nº REGULAÇÃO:** 87040	**TIPO:** AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-73		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR		**NASCIMENTO:** 03/07/1983

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:
16/08/2019 13:17:34 PACIENTE COM FERIMENTO NA MÃO RELATA AÇÃO CONTUNDENTE HÁ 1 DIA. APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM 1° QUIRODACTILO D.RX EVIDENCIANDO FRATURA EM 1° METATARSO DIREITO.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

E MES SOLICITADOS:
R

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg)	**FREQ. CARDÍACA:** 95bpm	**SATURAÇÃO:** 98%	**FREQ. RESPIRATÓRIA:** 18rpm
GLICEMIA:	**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15	**USO DE O2:**	

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:
DIPRIRONA + VOLTAREN

DATA: 16/08/2019 13:20:22

Dr. Ryan Nogueira
Cirurgião Geral
CRM: 6055-PI

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Jane Simone Lima Dias de Souza
Matrícula 04[illegible]67
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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

FMS Fundação Municipal de Saúde

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco Ligdora da Silva	
Diagnóstico pré-operatório	fratura de punho	
Operação - Tipo	redução de fratura de punho	
Cirurgião	Dr. Fco. das Chagas B. Sousa Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3920	1º Assistente
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a) Viana	Anestesista Melina	Anestesia Raqui + Sedação
Anestésico(a)		
Data da Operação 17/08/19	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório fratura de punho		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Opereção

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

redução de fratura de punho

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3920

Ana Paula Dias de Souza Matrícula 047467 SEMS - HUT CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

253593

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	245297

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR — 6 - Prontuário: 519941

7-CNS: 898001261555122 — 8-Nascimento: 03/07/1983 — 9-Sexo: Masculino — RG: 417852496 - SSP-PI

10-Mãe: MARIA SOCORRO OLIVEIRA

11-Resp: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR — 12-Fone: 86-99527-4504

13-Ender: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - CEP: 64069-990 — 14-Cor: Parda

Munic: TERESINA — 17-Cod.IBGE: 221100 — 18-UF: PI — 19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

TRAUMA EM MÃO D A 01 DIA COM DOR E EDEMA
PERFUSÃO OK
FRATURA DE 1° MTC DE MÃO D

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

RX

23-Diagnóstico Inicial: Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos — 24-CID Prin: S624 — 25-CID Sec.: — 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020377 — 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS — Tempo SUS 2

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

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS — 34-Data Solicitação: 16/08/2019 — 35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito
37-( ) Acidente Trabalho Típico
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora: — 40-No.Bilhete: — 41-Série:

42-CNPJ Empresa: — 43-CNAE Empresa: — 44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: — 47-Data Autorização: 12/08/19

48-Documento: ( )CNS ( )CPF — 49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (ID Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Cbo: (AGNELO MEDEIROS)
Consulta Local: 736421
Consulta SUS:
Impressão: 16/08/2019 16:43:45

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 233593
	AIH: 2219101824270
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR

CNES
2679663

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

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898001261555122	FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	03/07/1983	M	519941

DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
34275451805	8695274504	MARIA SOCORRO OLIVEIRA	FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE
	KM7	3285

BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF
SANTO ANTONIO		TERESINA	PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
16/08/2019 13:17:34 PACIENTE COM FERIMENTO NA MÃO RELATA AÇÃO CONTUNDENTE HÁ 1 DIA. APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM 1° QUIRODACTILO D.RX EVIDENCIANDO FRATURA EM 1° METATARSO DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME FISICO, RAIO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S624 - FRATURAS MULTIPLAS DE OSSOS METACARPIANOS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408020377 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METACARPIANOS

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	

CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO		
URGENCIA	16/08/2019	LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	
		CPF: 74663593372	CRM:

DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
16/08/2019 15:04	18/08/2019 09:00	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))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
TANIA MOREIRA AREA LEAO CPF: 47061359315 CRM: DATA ANALISE: 16/08/2019 17:25:09	CPF CRM DATA ANALISE

Jane Simone Lima de Sousa
Matrícula: 0[illegible]67
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

FOLHA DE ANESTESIA

HUT — HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA: 17/08/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CRICULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	

AGENTES ANESTESICOS

OXIGÊNIO 1 2 3

LÍQUIDOS

SO-UTO 500 400
SANGUE 300 200
OUTROS 100

TEMPERATURA T

C° 260 240

P. ARTERIAL V O PULSO

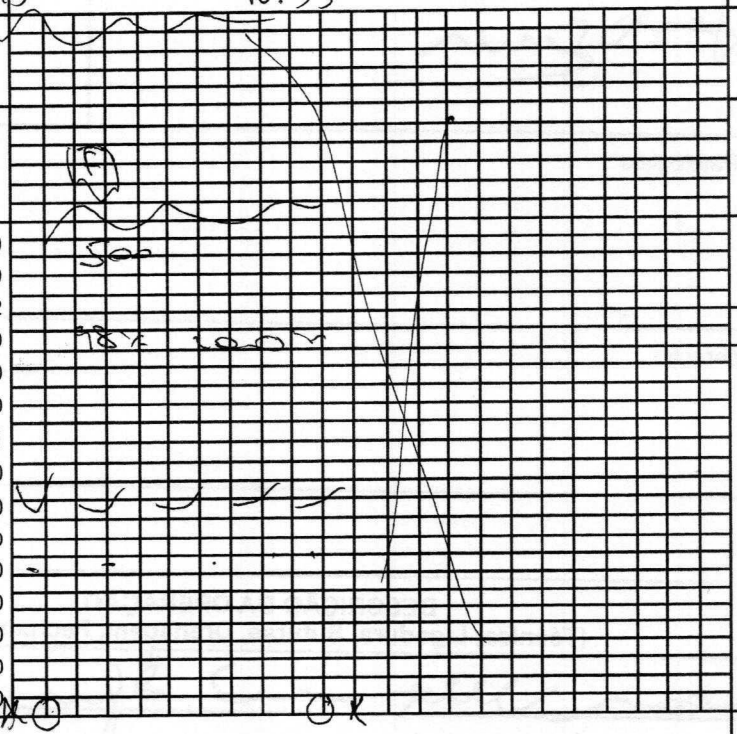
38 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10

INÍCIO E FIM ANESTESIA X

INÍCIO E FIM OPERAÇÃO

RESPIRAÇÃO O

10:15 10:55



SÍMBOLOS

TOTAL DE DOSES

1 FNT 100mcg EV
2 MDZ 3mg EV
3 Propofol 130mg EV
4. Cefazolina 2g EV
5 - Dipirona 2g EV
6. Bexetina 2400 EV

~~SEQUÊNCIA~~

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

DURAÇÃO

TÉCNICAS: Sedação Venosa + Bloqueio Troncular

OPERAÇÕES: Col cis fist quirodáctilo

CIRURGIÕES: Dr Chagas

ANESTESISTAS: Dra. Milena R. Bezerra — Milena Ramos Bezerra, Anestesiologista RQE 2243, CRM PI 4741

PARITICULARIDADES

INCIDENTE - ACIDENTE

?

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

CONFERE COM O ORIGINAL — SAME - HUT

MOD 76 - HUT

FMS

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº_____
Proc. Nº_____
Rubrica_____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO DATA 17/08/19

NOME DO PACIENTE:	Francisco Liodoro da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	519941
DIAGNÓSTICO:	Fratura Exposta Metacarpiana	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Milene	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Chagas	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Raque Local + Sedação	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Viana	CPF Nº:	

Dr. Fco José Chagas de Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 5139

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	—	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7,5 e 8,0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº_____	PAR	—	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÀGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	10		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		Cregrom		03	
FIOS	**UNID.**	**QUANT.**	**PREÇO**	**OCORRÊNCIA**			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	/			Enxovas 02			
CAT. GUT.SIMPLES S/AG.	/						
CAT. GUT. CROMADO C/AG	/						
CAT. GUT. CROMADO S/AG	/						
ALCOFIL	/						
MONONYLON							
FITA UMBILICAL	/			ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Vandelia			
PROLENE	/						

Jane Simone Carvalho de Sousa
Matrícula 041467
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647216 **Cidade:** Beneditinos **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 15/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1° METACARPO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 4,14)E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R$ 945,00
		Total	**7 %**	**R$ 945,00**

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

FMS Fundação Municipal de Saúde

SUS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL: HUT CNPJ:

PACIENTE: Francisco Liodoro da Silva Nº AIH:

PROCEDIMENTO ANTERIOR: PROCED. SOLICITADO:

MÉDICO SOLICITANTE: CRM: CPF:

JUSTIFICATIVA

Osteossíntese

DATA: 27/08/19

Dr. Fco. das Chagas Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3920

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

José Ribamar Santos Filho
Matrícula: 04.467
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 12/09/19

José de Ribamar Santos Filho
Assessor de Auditoria - DRCAA/FMS
CRM - PI: 1808 - CPF: 373.206.453 - 00
CNS 170600533260002

Assinatura do Médico Solicitante

MOD. 001 - HUT

HUT HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

IDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

HOSPITAL JRGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MEDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	519941	03/07/1983	36	Ortopédica	229	3	

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
DI : 16/08/2019	FRAT DE POLEGAR		
18/08/19			
1	Dieta oral livre		
2	jelco salinizado		
3	cefalotina 1g+ AD EV 6/6H		
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs		
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs		
6	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN		
7	Curativos diários		
8	Cuidados gerais e sinais vitais		

Matrícula: 047467 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL

Dr.Giordanio Cronembreger /	Dr. Yuri Jivago Félix /	Dr.Ricardo S. Valença /	Dr.Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia /	Ortopedia e Traumatologia/	Ortopedia e Traumatologia /	Ortopedia e Traumatologia
CRM3415-TEOT10029 /	CRMPI2308 /	CRM3766-TEOT:11305 /	CRM3367

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA UR1

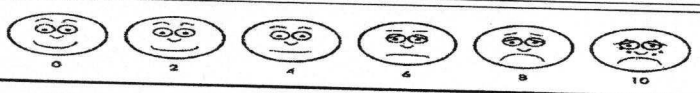
NOME Francisco Oliveira da Silva Junior | IDADE 36 anos | DATA 17/08/2019

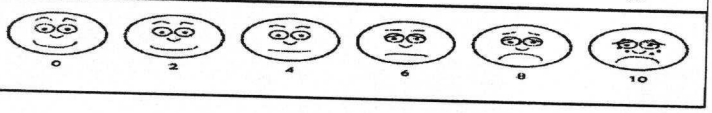
HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 39 min | TIPO DE ANESTESIA( )GERAL( )RAQUE(X)BLOQUEIO( )PERIDURAL (X)SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Fratt. Quirodactilo | CIRURGIÃO Thayes

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	133 x 58 mmHg		138 x 54
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	61 bpm		60
SATURAÇÃO DE 02 (%)	98%		100
TEMPERATURA AXILAR (Oº C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA			

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O_2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O_2 para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturacão de O_2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O_2	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
	TOTAL					

ESCALA DE DOR ADMISSÃO 

ESCALA DE DOR ALTA 

ASS.

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

NO: Pcte Admitido na SRA no pós de fratura de falange distal mão (D). Sob efeito de local e medicação. Consciente. Respirando espontaneamente. Bom estado geral. — Jeane Thayes 17/8/19

RAIO-X REALIZADO
DATA 17/08/19 HORA
TÉCNICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA Hemodinâmica, orientado tempo espaço, esposa, sequelas

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

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

CORREDOR

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 59524 - Em: (16/08/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt.Nasc.	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
245297	519941	FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	03/07/1983	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 06	AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO

Evolução:
Hora:

Alergias:

Diagnóstico/Comorbidades:

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE,								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLOGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h			06	
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h			24 06	
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h			06	

Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS
EXAMES

Dr. Agnelo Sampaio C. B. Medeiros
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 3244 TEOT: 11393

Cirurgia com Dr Chagas amanhã 17/08

Dr. Agnelo Sampaio C. B. Medeiros
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 3244 TEOT: 11393

FMS
Fundação Municipal de Saúde

EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

HUT

NOME: Francisco Ludoro da Silva Junior PRONTUÁRIO: 519941 IDADE: 36 ENFERMARIA/LEITO: CORREDOR

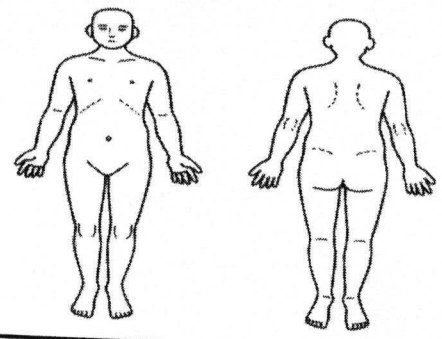
GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: ( )MÍNIMOS ( ) INTERMEDIÁRIOS ( ) SEMI-INTENSIVOS ( )INTENSIVOS DATA: 16 / 8 / 2019

SINAIS VITAIS							ENTRADAS			SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	SAT. O_2	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18		65		WDX80							
22		58	—	130/70.							
24											
06		59	—	100/90.							

Hospital Municipal de Urgência de Teresina
Matrícula: 0000487
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

ESCALA DE BRADEN:	PONTOS:	CONTROLE:
• PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1-Totalmente/ 2-Muito/ 3-Levemente /4-Nenhuma		ALTO RISCO AR: <12
• UMIDADE (Molhado): 1-Completamente/ 2-Muito/ 3-ocasionalmente /4-Raramente		
• ATIVIDADE: 1- Acamado/ 2-Cadeira rodas/ 3- AndaOcasionalmente4-AndaFrequentemente		MEDIO RISCO MR: 12 à 14
• MOBILIDADE (Limitação): 1-Totalmente/ 2-Muito/ 3-Levemente /4-Nenhuma		
• NUTRIÇÃO: 1-Muito pobre 2-Inadequada 3-Adequada 4-Excelente		BAIXO RISCO BR: > 14
• FRICÇÃO E CISALHAMENTO: 1-Problema 2-Problema Potencial 3- NenhumProblema		
TOTAL:		CLASSIFICAÇÃO

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"



ESCALA DE MORSE – RISCO DE QUEDA:	PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM – 25 / NÃO – 0		SEM RISCO SR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM – 15 / NÃO – 0		
3. AUXILIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobiliário /Parede – 30 / Muletas /Bengala/Andador – 15 /Nenhum/Acamado/AuxilioProfissionalSaúde – 0		BAIXO RISCO BR: 25-50
4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM – 20 NÃO – 0		
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante – 30 / Fraca – 15 / Normal / Semdeambulação, acamado, cadeira de rodas – 0		ALTO RISCO AR: > 51
6. ESTADO MENTAL: Superestimacapacidade / Esquecelimitação – 15 / Orientado / Capazquanto a suacapacidade / Limitação – 0		
TOTAL:		CLASSIFICAÇÃO:

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Estado Mental: ( ) Consciente ( )Orientado ( ) Torporoso Glasgow:_____
2. Locomoção: ( )Deambula ( )Acamado ( )Restrito ao leito por orientação ( )Parestesia_____( )Plegia_____( )Hemiparesia_____ ( )DéficitMotor_____
3. Respiração: ( )Eupnéico ( )Dispnéico ( )Taquipnéico ( )TQT ( )Sem O_2 ( )Com O_2:_____
4. Sistema Cardiovascular: ( )BNR ( )BNF ( )2T ( )Normocárdico ( )Taquicárdico ( )Bradicárdico ( )Outros:_____
5. Dieta: ( )VO ( )SNE/SNG ( )SOE/SOG ( )GTT( ) NPT ( )Dieta zero ( )Boa aceitação( )Aceita Parcialmente ( )Não aceita ( )_____
6. Abdômen: ( )Plano ( )Globoso ( )Distendido ( )Flácido( )Rígido/Tenso ( )Timpânico ( )Doloroso ( )Indolor ( )Outros:_____
7. Pele e mucosas: ( )Normocorado ( )Hipocorado ( )Ictérico ( )Integra ( )Edema/Anasarca ( )Hidratado ( )LesõesBolhosas_____ ( )Escoriações_____()LPPs_____
8. Hidratação:( )AVP_____( )AVC_____( )Outros:_____
9. Drenos:( )Suctor_____( )Torácico_____( )DVE ( )Kher ( )Penrose ( )Outros:_____
10. Diurese:( )Espontânea ( )Dispositivo Urinário ( )SVD ( )Anúria ( )Normal ( )Reduzida ( )Hematúria ( )Outros:_____
11. Evacuações: ( )Presentes ( )Constipado_____dias ( )Diarréia ( )Melena ( )Colostomia ( )Ileostomia ( )Outros:_____
12. Alergias ( )Não ( )Sim- Quais:

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR** **(Prontuário: 519941)**
Endereço: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 03/07/1983 Idade: 36a1m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 245297
Requisição: 988858 Solicitação: 17/08/2019 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 1286402 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 03

Cod. SIA: 0204040094

RELATÓRIO:

Data Exame: 17/08/2019

MAO DIREITA

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

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada com fixação metálica no 1° metacarpiano.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Imobilização gessada.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

Jane Simone Farias de Souza
Matrícula: 047467
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR** **(Prontuário: 519941)**
Endereço: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 03/07/1983 Idade: 36a1m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736421
Requisição: 988529 Solicitação: 16/08/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1285717 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 16/08/2019

MAO DIREITA

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

- Fratura completa no 1° metacarpiano.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 22/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

Ana Simone Lima de Souza
Matrícula 247467
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647216 **Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR**

Data do Acidente: 15/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

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

Pag. 01693/01694 - carta_01 - INVALIDEZ
00020847

Carta nº 15134825

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

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190647216 **Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR**

Data do Acidente: 15/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

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$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R$ 945,00

Recebedor: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR**
Valor: **R$ 945,00**
Banco: **104**
Agência: **000001989**
Conta: **0000083622-5**
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

Pag. 00083/00084 - carta_15R - INVALIDEZ
00050042

16/11/19

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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:
	34275451805	Francisco Leodoro da Silva Junior

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Francisco Leodoro da Silva Junior			6 - CPF: 34275451805
7 - Profissão: Recuso	8 - Endereço: LC Rutino Beneditinos	9 - Número: S/N	10 - Complemento:
11 - Bairro: B-Rural	12 - Cidade: Teresina Beneditinos	13 - Estado: Piauí	14 - CEP: 64.380-000
15 - E-mail.			16 - Tel.(DDD): (86) 99905-4024

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1989 ☐ **CONTA:** 83622 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo					24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não				27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos.	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

IMPRESSÃO DATILOSCÓPICA

34 Impressão datiloscópica da vítima, se impossibilitada de assinar

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina 19/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

CAIXA
POUPANÇA
6277 8015 3842 9870
6277
VALIDO ATÉ
06/21
FRANCISCO LIODORO S JUNIO
1989 013 00083622-5
elo

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLICIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE BENEDITINOS-PI

CERTIDÃO

DADOS DO REGISTRO

Responsável pelo Registro: **Alexsandro Bezerra dos Santos (Agente de Polícia)**	**Delegacia de Beneditinos**
Ocorrência **n° 137/2019**	Data do Registro: **10/10/2019**
Natureza: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**	Hora do Registro: **10:00hs**

NOTICIANTE

Nome: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JÚNIOR**
Nacionalidade: **Brasileiro** - Natural: **Miraselva/Pr**
Estado Civil: **Casado** - CPF n° **342.754.518-05**
Profissão: **Mecânico** - Doc. Ident. **n° 41.785.249-6 spp/sp**
Nascido: **03.07.1983** - Tel: **(86) 99527-4504**
Filiação: **Francisco Liodoro da Silva e Maria Socorro Oliveira**
End: **Localidade Retiro, zona rural de Beneditinos-Pi.**

HISTORICO

O NOTICIANTE (acima qualificado) *Comunicou Que:* **sofreu um acidente automobilístico no dia 15.08.2019 por volta das 19:30 horas quando pilotava a motocicleta Honda/CG 160 FAN ESDI, placa PIR-9458, cor vermelha, ano/mod. 2016/2016, chassi n° 9C2KC2200GR510039, RENAVAM 1101854321, licenciada em nome de Antônio Marcos de Abreu Sousa; Que trafegava no veículo supra citado pela estrada vicinal que dá acesso a Localidade Retiro, que retornava para sua residência e nas proximidades da Localidade Canto Escuro um animal (porco) aravessou a estrada repentinamente, impossibilitando que o noticiante desviasse do mesmo, o que acabou colidindo com o animal, sendo que, após bater no porco perdeu o controle da moto e acabou caindo, ocasionando a quebra do dedo polegar da mão direita e algumas escoriações no ombro e nos joelhos. Que foi socorrido pelo nacional Ernande Francisco de Sousa que o levou para a cidade de Demerval Lobão-Pi e de lá o noticiante foi para o Hospital do Promorar na cidade de Teresina-Pi. Que deu entrada no dia seguinte (16.08.19) no H.U.T. na cidade de Teresina-Pi onde passou por uma cirurgia no dedo polegar**. Dada e passada na cidade de Beneditinos, Estado do Piauí, na Delegacia de Polícia, (10/10/2019). Eu,.....Agente de Polícia que registrei e digitei.

Noticiante/Vítima: Francisco Liodoro da Silva Junior

Alexsandro Bezerra dos Santos
Matrícula 130150-X

16/11/19

Seguradora LÍDER — Administradora do Seguro DPVAT

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:
	342754518105	Francisco Liodoro da Silva Junior

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:		6 - CPF:
Francisco Liodoro da Silva Junior		342754518105

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Recuso	LC Rutiro Benditinos	S/N	

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
B- Rural	Teresina Piauí Benedtinos	Piauí	64.380-000

15 - E-mail.	16 - Tel.(DDD):
	(86) 99905-4024

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 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: 1989 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 83622 5 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:					24 - Data do óbito da vítima:
☐ Solteiro	☐ Casado (no Civil)	☐ Divorciado	☐ Separado Judicialmente	☐ Viúvo	

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

IMPRESSÃO DATILOSCÓPICA

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tokoyna 19/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

equatorial ENERGIA

Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

1623953-9

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 29929753

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
NOVEMBRO/2019	20/11/2019	49	48,49

CONGREGACAO CRISTA NO BRASIL
LC RETIRO S/N - B-RURAL
CNPJ: 00665291100018O
CEP: 64.380-000 - BENEDITINOS

ROT: 110.053.10.82.344650

DADOS DA LEITURA

	kWh
Atual:	1074
Anterior:	1025
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo Medido:	49
Consumo Faturado:	49
Forma de Faturamento:	NORMAL
Código de Irregularidade:	FCAM*

DATAS DA LEITURA

Atual:	13/11/2019
Anterior:	14/10/2019
Próxima Leitura:	13/12/2019
Emissão:	12/11/2019
Apresentação:	13/11/2019
Dias de Consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A2035196		3.5.3.1	47

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
OUT/19	44
SET/19	40
AGO/19	39
JUL/19	50
JUN/19	46
MAI/19	69
ABR/19	56
MAR/19	42
FEV/19	46
JAN/19	47

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 49 - 0,641875

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	49 A R$ 0,893497 =	43,78
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		4,71
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,41	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	- 0,88	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Ate o dia 12/11/2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pelas datas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	
Energia:	9,21
Transmissão:	17,78
Encargos:	3,00
Tributos:	1,47
	12,32

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:	43,78	34,14
Alíquota ICMS:	22,00%	
Valor do ICMS:		9,63
Valor do PIS:	1,40%	0,48
Valor do COFINS:	6,49%	2,21

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite								
Realizado	6,87	13,74	27,48	3,99	7,98	15,96	3,97	
Conjunto	0,00			0,00			0,00	

ALTOS

Período de apuração: 09/2019 EUSD: 14,16

ROT: 110.053.10.82.344650

equatorial ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CODIGO	TOTAL A PAGAR – R$
1623953-9	48,49
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
11/2019	20/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 29929753 FCAM*

83600000000 7 48490017000 8 00000001623 8 05391119008 0

SEQ.: 00047 UC: 1623953-9 DT.LEIT.: 13/11/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 1074 NORMAL TOTAL: 48,49 CARGA: 002
DT.VENC.: 20/11/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4031

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
8810-4
PROIBIDO PLASTIFICAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
41.785.249-6
18/FEV/2012
FRANCISCO LIODORO DA SILVA
JUNIOR
FRANCISCO LIODORO DA SILVA
E MARIA SOCORRO OLIVEIRA
MIRASELVA -PR
03/JUL/1983
MONTE APRAZÍVEL-SP
MACAUBAL
CC:LV.B20 /FLS.169 /N.004912
342754518/05
209 Delegado Divisionário
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190647216 **Cidade:** Beneditinos **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 15/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1° METACARPO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 4,14)E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R$ 945,00
		Total	**7 %**	**R$ 945,00**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407147/19

Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 15/08/2019

CPF: 342.754.518-05 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR : 342.754.518-05

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: 20/11/2019
Nome: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR
CPF: 342.754.518-05

FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

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: 03/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 945,00

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01989
CONTA: 000000083622-5

Nr. da Autenticação F9EAB8A367C561F4