



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DET/RN

Nº 7240371361

DETRAN - RN /

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI

RUA BETO REGO

CASA

RURAL

OPE/DOC

LMD-7107

DET/RN

00037

PI



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 59.122.975-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/OUT/2014

NOME RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

ESPOSA FRANCISCO XAVIER DE ASSIS

E LUZIA RODRIGUES DE SOUSA

MIGUEL ALVES -PI DATA DE NASCIMENTO 09/MAI/1966

DOC CÍRCULO COELHO NETO-MA
DUQUE BACELAR
CC:LV.B15 /FLS.207 /N.001321
CP 394513133/20

204 Delegado Divisão
Roberto ASSINATURA DO DELEGADO IRIGO SSPSP

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

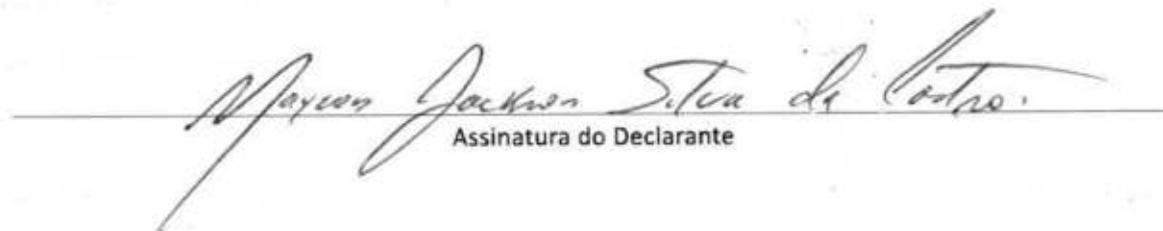
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maycon Jackson Senna de Castro
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 038 077 223 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS inscrito (a) no CPF sob o Nº 394 513 133 / 20,
 do sinistro de DPVAT cobertura TUVALDEZ da Vítima RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 394 513 133 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
 Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>LC. SÃO FELIPE</u>	Número:	<u>52</u>	Complemento:
Bairro:	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade:	<u>INFAT</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>64120000</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(86) 9.95005512</u>

Local e Data: INFAT - PI 19/12/19


Assinatura do Declarante



Para contato
comercio, informe
esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO

1680578-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.540.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Reserve especial de impressão autorizada pelo MPAZ 06/99

Nº da Nota Fiscal

30276338

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\$)
NOV/EMBRO/2019	27/11/2019	172	167,73

RATIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS
LC. TAMANDUA S/N - B-RURAL
CPF: 00039451313320
DATA DE PAGAMENTO: 000 - HIGUELO ALVES

Atual:	2026	Atual:	20/11/2019
Anterior:	1854	Anterior:	21/10/2019
Conteúdo da Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	19/12/2019
Consumo Módulo:	172	Emenda:	19/11/2019
Consumo Faturador:	172	Apresentação:	20/11/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2153632	1.1.1.1	168	

HISTÓRICO KWH

Mês/ano consumo	CONSUMO	172 A R\$ € 902,66 =	155,17
OUT/19	179	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (CCSIP)	8,91
SET/19	172	MULTA POR ATRASO 18/10-00	3,18
AGO/19	162	JUROS POR ATRASO 18/10-00	0,47
JUL/19	195	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	€ 35
JUN/19	243	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4 77
MAI/19	282		
ABR/19	226		
MAR/19	70		
FEV/19	103		
JAN/19	111		
TARIFA SEM IPI/BUS:			
0,4 172 - 0,64810:			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

ESTAMOS DEPOIS DO PRAZO DE PAGAMENTO DA CONTA DE 15/11/2019
Parabéns! Até o dia 19/11/2019, não constatamos faturamento vencido
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO	651F-8E56-DC66-31-A	154F-EA52-520A-61-C	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
--------------------	---------------------	---------------------	-------------------------

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
atribuição: 32,62	Base de Cálculo: 155,17
Energia: 63,81	Aliquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 10,65	Valor do ICMS: 34,13
Encargos: 5,21	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 43,68	Valor do COFINS: 1,70
	6,49%
	7,35

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DNC	RIC	DMIC	DICB
Manut	Trimestral	Anual	Manut

Manut	Trimestral	Anual	Manut	Manut
-------	------------	-------	-------	-------

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:

394 513 133 - 20

4 - Nome completo da vítima:

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

5 - Nome completo:

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

5 - CPF:

394.513.133 - 20

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

CC TAMANDUA SIN

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

11 - Bairro:

B. RURAL

12 - Cidade:

MIGUEL ALVES

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

64130 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(66) 9.95005512

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA:

0288

001

CONTA: 00022246

8

(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/embolso 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.

Encerro 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 avaliação médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das esqueras permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Quero que esta autorização não signifique concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso houver.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (velho/velha)?

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 deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a sua condição, esclarecendo, 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

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: MIGUEL ALVES - PR 19/12/19

Raimundo Rodrigues de Assis

Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Gc: 416

P.A.: 130390

FC: 96

Int: 90%



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL ALVES
HOSPITAL LOCAL PEDRO VASCONCELOS
Email: hospitalpedrovacasconcelosma@hotmail.com



CONSULTA DE URGÊNCIA E/OU OBSERVAÇÃO

NOME: Raimundo Rodrigues de Brito

CARTÃO SUS: 704 0003 2005 3162

DATA DE NASCIMENTO: 09/05/1966

ENDERECO: 100c Rua Ramandua

AURELIO & NEURO MUNICÍPIO: M. Alves

DADOS CLÍNICOS: Flor Sá - Fábio

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: TCE febre - furto no bueiro -

HORA: 14:00 DATA DA CONSULTA: 24/05/19

CEP: 078.708-503-06

Assinatura do Médico e Carimbo

X Raimundo R. de Brito

Assinatura ou Impressão Digital do Paciente ou Responsável

OBS: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.

mod. 07



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

- Ortopedia

- Buco

- Nursing

C 24/05/2019 12:01:22

(User: WILLIAM MACHADO)

(Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nº 00

Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS		Prontuário: 512075
Mãe: LUZIA RODRIGUES DE SOUSA	Pai:	
End. Resid.: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000		
Nascimento: 09/05/1966	Idade: 53a0m15d	Sexo: Masculino Fone: 16-98223-1272
Responsável: BRUNA RODRIGUES	CNS: 704000320183162	
Profissão: APOSENTADO	Documento: CPF: 394.513.133-20	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 723183	Entrada: 24/05/2019 11:44:55	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp):	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	HUT DR. ZENON ROCHA		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação EXAME: 4/60 a/c Dispneia aguda DATA: 24/05/19 13:30hs	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, NAO USAVA CAPACETE, COM RELATO DE DIFICULDADE NO LOCAL DO ACIDENTE. TRAUMA DE FACE IMPORTANTE, HÉMATOMA EM OLHO ESQUERDO, TRAUMA EM NINGUE. PADRÃO RESPIRATORIO RUIM. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA	SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 24/05/2019 11:50:53	

SSVV: Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 m IMC: 0,00 Kg/m ²	(Hora: _____)	P脉: bmp	Pressão: mmHg
--	---------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MECANISMO FRONTAL) HA CERCA DE 3 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RIGIDA, USAVA CAPACETE. VOMITOS FECALOIDES E OTORRAGIA AO EXAME FÍSICO.		
--	---	--	--

- A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, DESORIENTADO SEM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT 92:96%, FC 94, FR 13
- C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLAR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURGÊNCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S
- D) GLASGOW 13-14, PUPILLAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, SEM SINAIS DE ALERTA

Diagnóstico Inicial:	CID:
----------------------	------

Exames Complementares:	- T.C. de Face	Raios X de Face
(1224386) - T.C. DE CRANIO	- T.C. de Pele	Inferior e Lateral
(1224387) - T.C. DE COLUNA CERVICAL		
(1224388) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR		

Prescrição Médica:	JUT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXAME: OCTOMAROFIT 46MS DATA: 24/05/19 12:20hs	RAIO-X REALIZADO DATA: 24/05/19 12:09 Técnico: CBR
--------------------	--	--

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: / /	HORA: : .
------------------------------	-----------	-----------

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 24/05/2019 12:01:22

Joana Luisa Mendes de Mesquita

Matrícula: 47390

SAME-HUT

CONFIRME COM O ORIG



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 114520.000193/2019-13

Unidade de Registro: DP DE MIGUEL ALVES

Resp. pelo Registro: Diego Lima Coelho

Data/Hora: 27/11/2019 - 12:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE MIGUEL ALVES

Data/Hora

24/05/2019 - 07:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

568416
Bairro

Município

MIGUEL ALVES

PREJUDICADO

Endereço

LOCALIDADE PARAISO, N°:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 591229754 SP

Mãe: LUIZA RODRIGUES DE SOUSA

Pai: FRANCISCO XAVIER DE ASSIS

Endereço: LOCALIDADE TAMANDUÁ, N°

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: MIGUEL ALVES

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 150 TITAN KS

Ano: Placa: Chassi:

Condutor: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

2005 LWD7107 9C2KC08105R872469

Renavam:

Cor:

End: LOCALIDADE TAMANDUÁ Número: Complemento:

862134986

Vermelha

Cidade: MIGUEL ALVES UF: PI Bairro:

Proprietário: JOSE IVANILDO NASCIMENTO

Cidade: MIGUEL ALVES UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta delegacia para relatar que, na data e hora acima citada, estava pilotando a motocicleta, acima descrita, na localidade Paraíso, levando na garupa seu colega de trabalho "Francisco Ovidio da Conceição"; relata que o caminhão que vinha a sua frente freou bruscamente e não teve como acionar o freio a tempo hábil, vindo a colidir na traseira do caminhão; Que após a colisão perdeu a consciência e foi levado de ambulância para o hospital local, de onde foi transferido para o H.U.T, onde foi diagnosticado com trauma de face importante, conforme laudo nº 512075, do H.U.T. Que a presenta como testemunhas as pessoas de DOMINGOS CARDOSO DA SILVA, RG: 56430287 SSP/SP, residente na rua Analândia, 252, Furquilha e JOSÉ ANTONIO MEDEIROS DE OLIVEIRA, RG: 1229753 SSP/PI, residente na localidade Tamanduá.

Diego Lima Coelho - Mat.
AGENTE DE POL

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacy Keiko Leal Parabó
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

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:

394 513 133 - 20

4 - Nome completo da vítima:

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

5 - Nome completo:

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

6 - CPF:

394.513.133 - 20

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

CC TAMANDUA SIN

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

11 - Bairro:

B. RURAL

12 - Cidade:

MIGUEL ALVES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64130 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 9.95005512

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 - Profissão do Representante Legal:

19 - CPF 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 um só):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 9288

001

CONTA: 00022246

8

(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, nos termos 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.
- Quero 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 avaliação médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo terceiro, 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 houver.

PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

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 (viver):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vivos?

Sim

Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data,

MIGUEL ALVES - PE 19/12/19
Raimundo Rodrigues de Assis

Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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: 3190715704
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Rodrigues de Assis
Endereço do(a) Examinado(a): Lc Tamandua, S/N
B Rural Miguel Alves PI CEP: 64130-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 591229754
Data local do acidente: [24/05/2019]
Data local do exame: [06/01/2020] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA JOELHO ESQUERDO
-RUPTURA COMPLETA DOS LIGAMENTOS CRUZADOS ANTERIOR E POSTERIOR E LIGAMENTO COLATERAL
-RUPTURA PARCIAL DO SEGMENTO PROXIMAL DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIO
TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-HEMORRAGIA SUBARACNOIDE NA CONVEXIDADE PARIETAL BILATERAL
TRAUMA FACIAL
-FRATURA NOS OSSOS NASAIS, PAREDE DA ORBITA, PAREDE ANTERIOR DO SEIO ESFENOIDAL , EM PAREDE MEDIAL DO SEIO MAXILAR E EM PAREDES DO SEIO FRONTAL A ESQUERDA

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

Tratamento: FIXADOR EXTERNO NO JOELHO ESQUERDO
CRANIECTOMIA FRONTAL A ESQUERDA
Complicações: DANO NEUROLOGICO
LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO
Data da Alta: 26/05/2019

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

PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALEIA, COM TONTURAS, ALTERACAO COGNITIVA, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSO DE MEMORIA, JUNTAMENTE COM COM DOR EM JOELHO ESQUERDO E EM Perna, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

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

Sim Não

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

Sim Não

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

DANO NEUROLOGICO COM EPISÓDIOS DE CEFALEIA, COM TONTURAS, ALTERACAO COGNITIVA, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSO DE MEMORIA.
LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO COM COM DOR EM JOELHO ESQUERDO E EM Perna, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, DIMINUICAO DA FORCA MUSCULAR DO JOELHO GRAU 3, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO-LIMITADO A 40 GRAUS.

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

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

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

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

Dr. Raimundo Rodrigues de Oliveira
CRM/PI - 5058
CPF - 047.547.326-42

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190715704

Vítima: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

Data do Acidente: 24/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

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\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000004288

Conta: 000000022246-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,



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, 30 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190715704

Vítima: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

Data do Acidente: 24/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

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

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

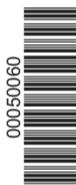
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190715704

Vítima: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

Data do Acidente: 24/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

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



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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 00000022246-8

Nr. da Autenticação D952641E0AB6F3EF

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: 3190715704
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Rodrigues de Assis
Endereço do(a) Examinado(a): Lc Tamandua, S/N
B Rural Miguel Alves PI CEP: 64130-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 591229754
Data local do acidente: [24/05/2019]
Data local do exame: [06/01/2020] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA JOELHO ESQUERDO
-RUPTURA COMPLETA DOS LIGAMENTOS CRUZADOS ANTERIOR E POSTERIOR E LIGAMENTO COLATERAL
-RUPTURA PARCIAL DO SEGMENTO PROXIMAL DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIO
TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-HEMORRAGIA SUBARACNOIDE NA CONVEXIDADE PARIETAL BILATERAL
TRAUMA FACIAL
-FRATURA NOS OSSOS NASAIS, PAREDE DA ORBITA, PAREDE ANTERIOR DO SEIO ESFENOIDAL , EM PAREDE MEDIAL DO SEIO MAXILAR E EM PAREDES DO SEIO FRONTAL A ESQUERDA

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

Tratamento: FIXADOR EXTERNO NO JOELHO ESQUERDO
CRANIECTOMIA FRONTAL A ESQUERDA
Complicações: DANO NEUROLOGICO
LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO
Data da Alta: 26/05/2019

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

PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALEIA, COM TONTURAS, ALTERACAO COGNITIVA, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSO DE MEMORIA, JUNTAMENTE COM COM DOR EM JOELHO ESQUERDO E EM Perna, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

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

Sim Não

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

Sim Não

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

DANO NEUROLOGICO COM EPISÓDIOS DE CEFALEIA, COM TONTURAS, ALTERACAO COGNITIVA, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSO DE MEMORIA.
LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO COM COM DOR EM JOELHO ESQUERDO E EM Perna, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, DIMINUICAO DA FORCA MUSCULAR DO JOELHO GRAU 3, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO-LIMITADO A 40 GRAUS.

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

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

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

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

Dr. Raimundo Rodrigues de Oliveira
CRM/PI - 5058
CPF - 047.547.326-42

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190715704 Cidade: Miguel Alves Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS Data do acidente: 24/05/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico:

- RUPTURA COMPLETA DOS LIGAMENTOS CRUZADOS ANTERIOR E POSTERIOR E LIGAMENTO COLATERAL
- RUPTURA PARCIAL DO SEGMENTO PROXIMAL DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIO
- TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
- HEMORragia SUBARACNOIDE NA CONVEXIDADE PARIETAL BILATERAL
- TRAUMA FACIAL
- FRATURA NOS OSSOS NASAIS, PAREDE DA ORBITA, PAREDE ANTERIOR DO SEIO ESFENOIDAL , EM PAREDE MEDIAL DO SEIO MAXILAR E EM PAREDES DO SEIO FRONTAL A ESQUERDA

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALÉIA , COM TONTURAS, ALTERAÇÃO COGNITIVA , COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSES DE MEMÓRIA , JUNTAMENTE COM DOR EM JOELHO ESQUERDO E EM Perna, COM MARCA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS DO JOELHO ESQUERDO
 DANO NEUROLOGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464954/19

Vitima: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

CPF: 394.513.133-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/05/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

Seguradora: ARIJANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

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

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS : 394.513.133-20

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/vitima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/12/2019
Nome : MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
CPF: 038.077.223-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome : Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Ozeas Chaves Vieira Junior

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL “AD NEGOTIA”

OUTORGANTE	RAFMUNDO RODRIGUES DE ASSES		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	MIGUEL ALVES - PR
Estado Civil	CASADO	RG nº	59.122-975-4
Profissão	RECLUSO	CPF nº	394.513.133-20
Endereço	LC. TANANOUA	S/N, B. XUKAL	
Bairro	B. RURAL	CEP	64130.000
Município/UF	MIGUEL ALVES - PR		

OUTORGADOS: **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2.922.535 e CPF nº 038.077.223-00, residente e domiciliado na Localidade São Felipe, zona rural, União – PI.



Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: DAR ENTRADA E ACOMPANHAR PROCESSO ADMINISTRATIVO DE SEGURO DPVAT JUNTO À SEGURADORA LÍDER, REFERENTE AO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ – ACIDENTE OCORRIDO EM 24/10/2019.

Márcia Gomes R. 16 de DEZEMBRO de 2019.
DELEGADO

~~Dr. M. M. A. B. P. de S. C.~~
OUTORGANTE

Gc: 416

P.A = 130x90

FC = 96

Sat = 90%



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL ALVES
HOSPITAL LOCAL PEDRO VASCONCELOS
Email: hospitalpedrovassconcelosma@hotmail.com



CONSULTA DE URGÊNCIA E/OU OBSERVAÇÃO

NOME: Raimundo Rodrigues de Souza
CARTÃO SUS: 404 0003 2008 3162

DATA DE NASCIMENTO: 09/05/1966
ENDEREÇO: 400c Rua Manduca

DADOS CLÍNICOS:

Hist. & Int. MUNICÍPIO: M. Alves

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: TCC febre - febre lo muc -

DATA DA CONSULTA: 24/05/19

Valter Sá Lima
CRM: 078-708-503-06

Assinatura do Médico e Carimbo

X Raimundo de Souza

Assinatura ou Impressão Digital do Paciente ou Responsável

OBS: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.

mod. 07



- Ortopedia

Buro

Nurs

24/05/2019 12:01:22
 (User: WILLIAM MACHADO)
 (Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS		Prontuário: 512075
Mãe: LUZIA RODRIGUES DE SOUSA	Pai:	
End. Resid.: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000		
Nascimento: 09/05/1966	Idade: 53a0m15d	Sexo: Masculino Fone: 16-98223-1272
Responsável: BRUNA RODRIGUES	CNS: 704000320183162	
Profissão: APOSENTADO	Documento: CPF: 394.513.133-20	
G. Instrução: Não informado	Z.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 723183	Entrada: 24/05/2019 11:44:55	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			
UT DR. ZENON ROCHA			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação EXAME: 4GM 0/0 Dispneia aguda DATA: 24/05/19 12:30h0	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, NAO USAVA CAPACETE, COM RELATO DE BNC NO LOCAL DO ACIDENTE. TRAUMA DE FACE IMPORTANTE, HEMATOMA EM OLHO ESQUERDO, TRAUMA EM KNE. PADRÃO RESPIRATORIO RUIM. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA		SABRINA LOBATO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 24/05/2019 11:50:53

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0.00 Kg	Altura: 0.00 M	IMC: 0.00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (MECANISMO FRONTAL) HA CERCA DE 3 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RIGIDA, USAVA CAPACETE. VOMITOS FECALOIDES E OTORRAGIA AO EXAME FÍSICO.					
A) VIAS AEREA PERVIAS, DESORIENTADO SEM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ,SAT 02:96%, FC 94, PR 13 C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLAR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURGÊNCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S D) GLASGOW 13-14, PUPILLAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, SEM SINAIS DE ALERTA .					

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
---------------------------	------

Exames Complementares: (1224386) - T.C. DE CRANIO (1224387) - T.C. DE COLUNA CERVICAL (1224388) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR	- Tc de Face - Tc de Pele	Raios X Abdomen Inferior e Tórax
--	------------------------------	----------------------------------

Prescrição Médica: UT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXAME: 007CMJ00FAT+SEM SC DATA: 24/05/19 12:20h0	RAIO-X REALIZADO DATA: 24/05/19 12:09 Técnico: CBT
---	--

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: / /	HORA: : .
------------------------------	-----------	-----------

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
 CRM 3811 Em: 24/05/2019 12:01:22

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME-HUT
 CONFERE COM O ORIG

Ortopedia - Uso de Deixos ()

em tempo normal

MOVIMENTO + TORS.

MOVIMENTO MDS. MAXIMA A 180°, SEGU. RVE

ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRA-PI 2660 3801/1806

Nov/24.8.15 (B.H.)

- paciente do Trabalho

- Alt: 1,9; Peso: 95 - Fm; Mão: 97 cm

- Faz função profissional

- 200 - FMS. Pernambuco

- Sair

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 04390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

[150]

contudo o

CRA-PI 2660
GESSA 3801/1806
MATERIAL CLÍNICO
CLÍNICA DAS TECNOLOGIAS

Análise Cir Genal 13:49

Paciente vítima de Acidente Automobilístico (Meconismo Carro-Moto), hemodinâmico estável, espírito confortável SatO₂ = 93%. com sopro de ventricleto, Ao e nome fisiológico. Abdome indolor, palpável e tóxico com exponibilidade peritoneal e MVS 1/2A.

Tc de Abdome com borborema - lento desintubado em Radiologista: Pequena Hemorragia e hiperemia subcapsular, sem líquido em cavidade abdominal

Tc de tórax - Sem alterações Hemotorax e pneumotorax

(c) Demorações Clínicas no momento: 10h Ornitoseis
Reavaliação Clínica Dr. Wezel

Glaucio Rocha e Silva
Médico
CRM-PI 7110



NOME DO PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Amorim

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 512075

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





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Paciente:

Nome:

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

Mãe:

LUZIA RODRIGUES DE SOUSA

Equipe:

Cirurgião:

CLECITON BRAGA TAVARES (CPF: 854.643.173-68)

2o. Aux.:

(CPF:)

Instrumentador:

(CPF:)

Relatório:

Data Cirurgia:	Inicio:	Fim:	Tipo Cirurgia:	Tipo Anestesia:	Sala Cirúrgica:
24/05/2019	13:00	15:00	NEUROLÓGICA	?	?

Diagnóstico Pré-Operatório:

TCE FRATURA AFUNDAMENTO

Relatório Imediato do Patologista:

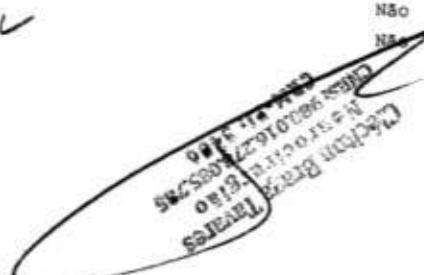
Acidente Durante a Operação:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Descrição da Cirurgia (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ANESTESIA GERAL + INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL + VENTILAÇÃO MECÂNICA
- DECÚBITO DORSAL+COXIM SOB OMBRO ESQUERDO+ LEVE ROTAÇÃO LATERAL DA CABEÇA PARA A DIREITA
- TRICOTOMIA E ANTISEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- INCISÃO DA PELE E DO SUBCUTÂNEO SOB INCISÃO TRAUMÁTICA + ANESTESIA LOCAL
- CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA FRONTAL ESQUERDA COM AUXÍLIO DE CRANIÓTOMO, RETIRADA DOS FRAGMENTOS ÓSSEOS E CORREÇÃO DA FRATURA EM AFUNDAMENTO
- HEMOSTASIA COM BIPOLAR E SURGICEL E ANCORAMENTO DA DURA-MÁTER COM FIO PROLENE
- CRANIOPLASTIA COM RECOLOCADAÇÃO DOS FRAGMENTOS ÓSSEOS E FIXAÇÃO COM FIO MONONYLON
- INSTALAÇÃO DO DRENO SUCTOR TIPO "HEMOVAC" NÚMERO 3.2.
- FECHAMENTO POR PLANOS E CURATIVO COM GAZES E ATADURA.

Código:	Descrição:	Proc.Rea:	Proc.Princ.:	Valor SH.:	Valor SP.:
0415020077	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA	Sim	Não	0,00	0,00
0403010268	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CRANIO COM ✓	Não	Sim	799,64	391,86
0403010012	CRANIOPLASTIA ✓	Não	Não	799,64	522,48
0403010020	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA ✓	Não	Não	415,89	391,86



Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAMU - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Carimbo Ass. Prof. Responsável

FHTFundação Hospitalar
de Teresina

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
DR. ZENON ROCHA
REQUISIÇÃO DE EXAMES



CLÍNICA: <i>João</i>				PRONTUÁRIO: <i>26</i>	
CLÍNICA	ENFERMEIRA:	LEITO:	DATA DE NASC.:	IDADE:	
<i>Maria</i>	<i>215</i>	<i>26</i>			
ENDEREÇO:					
DADOS CLÍNICOS:					
<p>EXAMES:</p> <p><i>Rx sangue D & Teno E</i> <i>AP10012</i></p>					
DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO FARMACÉUTICO:				
<i>26/05/19</i>	 <small>Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL</small>				
MOD 0034-HUT					

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



REQUISIÇÃO DE PARECER

215/26

NOME	Mariana Rodrigues de Souza	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA		2
À CLÍNICA		LEITO
		512075

MOTIVO DA CONSULTA

PAC com luxúria de Jeckle
Indecide Fiscal e financeiro

DATA 26,05,11

Gardena
C.R.T. 615-24
ASS. MEDICO CO.

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

DATA: / /

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula 17390
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME

Reinundo Rodrigues de Almeida

DA CLÍNICA ortopédica

À CLÍNICA urologica

PRONTUÁRIO

512075

LEITO

236/32

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente, 53 anos, politraumatizado, em uso de renda vesical de demora. Em alta da ortopédia.



ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Oriento alta hospital com renda vesical e aconselhamento urologico ambulatorial

RAIO-X REALIZADODATA 22/06/19 HORA 11:06TÉCNICO: JL

Dr. Alceu Ribeiro de Sotá
Médico Urologista
CRM - PI: 2677

José Luís Mendes de Mesquita
Matrícula: 47396
SAME - HUT
COM O ORIGINAL

22/06/19

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Raimundo Rodrigues Alves	PRONTUÁRIO 512075 LEITO 216/33
DA CLÍNICA	Médico	
À CLÍNICA	Neurocirurgia	

MOTIVO DA CONSULTA

MOTIVO DA CONSULTA

Raconto com história de pleiteio
há + 26 dias, apresentando paroxismo
de mSD, relato evolução e condic.
ida cirurgia.

DATA: 20.06.13
38 40,97 h

S. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Nim 20/06 10:56 CMM

- > The grave has 25 of
 - > 1115 -> Hemiponera ♂ (adult ♂)
(adult).

Admiral \rightarrow ZL: - Hat em (entac
(ja) nolendo. Unologion).

10:- Finofenapio
- Liberado da NCM

Non
Josephine Bartsch
Villa Bergstrasse 20
7400 Goettingen
Germany
Telefon 0511-201100
Telex 4063-PI
Fax 0511-2159
e-mail: j.bartsch@zgwd.uni-goettingen.de
Contro
Crescendo

EDICO ESPECIALISTA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Eugenio Soárez de Souza		PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	un		512075
À CLÍNICA	atend.		LEITO
			216 - 33

MOTIVO DA CONSULTA

Pelos exames e exames auxiliares nenhuma const

DATA: 09/06/95

João Francisco de Sousa Filho
Gerente Médico do Serviço Atendimento
CRM-PI 27.999

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente com:

- Exames feitos em busca de fraude
exclusivo MTE

- Repercussões USD da no sistema
sua alterações USD da Plegia
Plegia Neurológica ??
Lesão Plexo Brachial ??

- Paciente sem evidências óbvias de
afasia no momento

~~Solicito Rx MRA = auxílio de fixação
Anamnese Neurológica bxs paxo??~~

DATA: 19/06/95

Joana Lúcia Mendes de Matos
Matrícula: 47390
SAMÉ-HUT
CONFIRME COM O ORIGINAL

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3854 / RQE 2425

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

PROTÓCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIANOME DO PACIENTE: Hernando hugo gomes da Silva

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

Data: 26 de Mero de 2019

Enfermeiro responsável: _____

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47393
SAMU-MTU
FRE COM O ORIGINAL

NOME Karmundo Rodrigues de Souza
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17:30
 CIRURGIA REALIZADA

OPERATÓRIO - SRPA

SINAIS DATA 26/05/2019
 INLAZERIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIÃO _____

SINAIS VITais

PRESSAO ARTERIAL 125/77

SAÍDA

FREQUÊNCIA CARDIACA 135

SATURAÇÃO DE Hb 100

TEMPERATURA CLARO /

FREQUÊNCIA RESPIRA. ÓRGA /

NOME MATRÍCULA

Vanus

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSION	SAÍDA	
		2	1
RESPIRAÇÃO	Auscultação: Foncional	2	2
CIRCULAÇÃO	PA: 120/70 mmHg Pulseira: 100 mmHg Frequência: 100 bpm	2	2
CONSCIÊNCIA	Orientada: 10/10 Avaliação: 10/10	2	2
SATURAÇÃO O2	Saturação: 98% (SpO2: 98%) Anestesia: 100% O2	2	2
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	() 0	0	0
ESCALA DE DOR ALTA	() 0	0	0

*Mar
peve
op
veve*

() SONDA VERSICAL	() TURBINA DA CISTOGASTRO	() TURBINA TORACICA	()	HOLOSTOMIA	SONDA () NASOG() INASOE
hs <u>200 ml</u>					
hs					

Evolução da enfermagem:

17:30 - Admitido em RPA no por de tratamento cirúrgico de luxação de peito e 2º DPO de craniotomia descompõe. Pupilas mióticas, sopro em VM por 100% fIO_2 : 60%, sedoanalgesia (fentanil + midazolam) a 5ml/h em IV, p/ SVA de N fIO_2 , delire p/ SVA anche dor do corpo e sono.

Járo respiro de N
DRC
CORTE 15797

PRESCRIÇÃO MÉDICA

REC. SRPA

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 17390
 SAME: 00000000000000000000000000000000
 CONFERE COM: _____
 ANESTESIOLOGISTA: _____

ENCAMINHAMENTO:

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] Internamento [] SAIDA

[] PED [] JORT [] NEU [] CIR [] MÉD]

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: Raimundo Rodrigues de Amorim		Nº PRONTUÁRIO: 512075
CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO
DATA		
26/05/19	Paciente encaminhado da SO opz retumal da luxação do joelho e 2º DPO craniotomia decompressiva pr. edema intracraniano. Pausa entubada em SO c/ Glasgow 9. No momento, num DVA, necessitando de suporte ventilatório p/ TOT e sedoanalgésico.	PA: 115x76 FC: 130 SpO: 100% Pupilas mióticas.
A ls 18:00h	Cd. Solicitados exames laboratoriais Urgente de terapia intensiva Prévia redação	Amanda Gomes Vale Avelino ANESTESIOLOGISTA
A ls 18:15h	Cefalograma simples	
A ls 8:30	1º DPO Craniotomia decompressiva Paciente desoxigenado, com DVA, seduzido, redução para avaliação neurológica. Sfz VM p/ TOT PA: 111x75 FC: 102 SpO: 100%	PA: 162↑
	Cd. Solicitados exames laboratoriais Redescrição redação	Amanda Gomes Vale Avelino ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 4981
A ls 10:20h	Paciente com sede. Desligada a redução para avaliação neurológica, aumentando monitorização hemodinâmica (ED) mais particularmente.	
	Otbra	Amanda Gomes Vale Avelino ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 4981
		Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAMU - HUT CONFIRME COM O ORIGINAL

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	X <i>TC da coxa</i>

HOSPITAL: HUT CNPJ: _____PACIENTE: Reinundo Rodrigues da Fonseca Nº AIH: _____

PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: Amanda G. Vale Avelino CRM: 4981 CPF: _____**JUSTIFICATIVA**

Paciente em 3º Dpo craniectomia decompressiva (acidente motociclistico) + edema de luxação do joelho. Presentando oligodipsia, pupilas não reagentes.

Amanda Gomes Vale Avelino
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PB 4981

DATA: 27/10/19**Assinatura do Médico Solicitante****AUDITOR**

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

José Luis Mendes de Mesquita
Matrícula: 40340
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Luisa Lúcia da Silva	PRONTUÁRIO	✓ 12.075
DA CLÍNICA	VTR	LEITO	6
À CLÍNICA	Hospital		

MOTIVO DA CONSULTA

Pronto para cirurgia, itera, ameaça de suicídio.

DATA: 08/06/2015

JOSE RODRIGUES MONCAO NETO
CRM PI 1.452**ASS. MÉDICO CONSULTANTE**

PARECER

19:50h

TC: Cxne: HSA T-

Hipogonadismo @

Descontinuidade uso Fruvile @

Sem conduta aguda

Dr. Leonardo JUN.
NEUROCIERGIA
CRM PI 1.951

DATA: ____ / ____ / ____

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula 47360
BAHIE ADT
CONFERE COM O ORIGINAL**ASS. MÉDICO ESPECIALISTA**



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Raimunda Rodrigues da Cruz	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	UTI Geral	512075
À CLÍNICA	Oncoponto	LEITO
		DF

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente politraumatizado, PO craniotamais disseminadas, associado à luxação da coxa e E. Apresenta edema e equimoses em ombro direito. Realizada RAO-DS ambas direita e esquerda. Sólcito avaliação.

Gratias,

DATA: 03/06/19

Dr. Wystan Vieira Ferreira do Sul
MEDICINA DO TRABALHO
CRM PI 2333

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

~~ONCOPOINT~~

Possui lesões de natureza contusiva

Recomendação:

Abre de oncoponto

Dr. Fábio da Cunha B. Silveira
CRM PI 10000
Oncoponto

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 11346
NAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: ____/____/____

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Raimundo Rodrigues dos Santos	PRONTUÁRIO	512075
DA CLÍNICA	SPPA	LEITO	UTI GERAL
À CLÍNICA	(Atuologia) Neurocirurgia	LEITO	06

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente desse hospital, deslocado, 3º DPO com lesões p/ TCE (incidente automobilístico) e 1º DPO fratura de luxação do pulso. Sobre referido a IM tentado enucleação dum náamo.

DATA: 27/05/19

Amanda Gomes Vale Avelino
NESTESIOLOGISTA
CRM/PI 4981

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

N/A 27/05/2019

Enclínica
3º PC d/ tto linfático de gengiva minto
6º molar
bledac + VM.
TII (intacto) - HSA, traumática
- Ausência de lesão noua citozina
giran ou minor d/ aumento da P.E.L.
Hb: 144
1d: hiperte clínico.

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFIRME COM ORIGINAIS

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFIRME COM ORIGINAIS
CRM/PI 4083/PI
Sala 201 - 2º Andar - Centro
CEP: 64.001-160 - Teresina - PI

DATA: ____ / ____ / ____

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 209022
AIH: 2219100452932

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
704000320183162	RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS		09/05/1966	M	512075
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	8699220865	LUIZA RODRIGUES DE SOUSA.	BRUNA RODRIGUES		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
	LOC. TAMANDUA		SN		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
ZONA RURAL			MIGUEL ALVES	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, COM FERIMENTO CORTO-CONTUSO FRONTOTOBASAL ESQUERDO COM SAIDA DE MASSA ENCEFÁLICA PELA FERIDA. EM TC DE CRÂNIO: FRATURA COM AFUNDAMENTO. SOLICITO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CRÂNIO (0403010268 / 5020) CRANIOPLASTIA (0403010020)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS A CIMAPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S020 - FRATURA DA ABOBADA DO CRÂNIO		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415020677 - PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))		
CARATER URGENCIA	CLECITION BRAGA TAVARES CPF: 85464317368		
DATA ADMISSÃO 24/05/2019 11:44	DATA ALTA 26/05/2019 16:47	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	CRM

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
MARILEIA DA SILVA LEAL CPF: 80417574304	CRM: DATA ANÁLISE: 27/05/2019 11:14:52

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



Joana Luisa Mendes de Melo
Matrícula: 47390
SAMEC/HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

209022

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

239808

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS	6 - Prontuário: 512075		
7-CNS: 704000320183162	8-Nascimento: 09/05/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 394.513.133-20
11-Mãe: LUZIA RODRIGUES DE SOUSA	12-Fone: 16-98223-1272		
13-Resp: BRUNA RODRIGUES	14-Fone: 16-98223-1272		
15-Ender: TAMANDUA - ZONA RURAL - CEP: 64130-000	17-Cod.IBGE: 220620	18-UF: PI	19-CEP: 64130-000
-Munic: MIGUEL ALVES			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050683	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	
31-Cod.Procedimento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Solicitada: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		
38-Profissional Responsável: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Bergiel Barbosa Bezerra ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGIA CRM-PI 31099 41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 26/05/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 809.651.803-87	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

me acf de faltas (E).

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	52-CNS/CPF:	
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 31. 05. 19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria ORCAN/FMS CRM-PI 1623 - CPF 16.033.333-3304 CRAS-PI 1623
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

*Anna Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME-HUT
REFERE COM O ORIGINAL*

Nº 9235

SÉRIE: 1



Braga e Braga Importação e
Exportação Ltda
8 de Maio , 651 -
Placas, 69902-766
RIO BRANCO - AC
Fone/Fax: 6532296057

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
Saída: 1
Entrada: 2
1
Nº 9235
SÉRIE: 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO DA NF-e
1219 0563 6077 9000 0196 5500 1000 0092 3510 0043 3151

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 para não Contribuinte

NÚMERO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA NF-e:
312190001905082

DATA/HORA AUTORIZAÇÃO
27/05/2019 14:10:54

INSCRIÇÃO ESTADUAL
0101604000124

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO

CNPJ
63607790000198

DESTINATÁRIO/REMETENTE

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ/CPF
05522917000170DATA DE EMISSÃO
27/05/2019ENDEREÇO
GOV RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015BAIRRO/DISTRITO
AEROPORTOCEP
64076-410MUNICÍPIO
TERESINA

FONE/FAX

UF
PI

ISENTO

DATA DE SAÍDA/ENTRADA
27/05/2019HORA DE SAÍDA/ENTRADA
14:10:54

FATURA

11 26/05/2019 00:00:00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUICAO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
,00	,00	,00	,00	648,11
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESÓRIAS	VALOR DO IPI

,00 ,00 ,00 ,00 ,00 ,00

,00 ,00 ,00 ,00 ,00 ,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO 2 - SEM FRETE	9	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	,000	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NOMIS/CSF	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
9847	FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350; SIGTAP. 07.02.03.04-6.	90211020	046	6106	UN	1,000	648,110	648,11	,00	,00	,00	,000	,000

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
			,000

5 ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PACIENTE: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS; HOSPITAL: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA;
CIRURGIA: DR. BERGIEL BARBOSA BEZERRA; PRONTUÁRIO: 512079; DATA CIRURGIA: 26/05/2019.

RESERVADO AO FISCO

26.05

25.05 a 23.05

José Luiz Almeida de Mesquita
Same - HUT
CONFIRA COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/05/19

NOME DO PACIENTE:	<i>Raimundo Rodrigues de Araújo</i>	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	<i>Cirurgia de joelhos</i>	CIRURGIA:	<i>Recto - Lateral</i>
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Bento</i>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<i>ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA</i>	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Solange</i>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	00		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50.		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	/		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	08	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	/		<i>Argan 20cm</i>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON N							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<i>Francisco</i>		
PROLENE							

Joana Luisa Mendes de Almeida
Matrícula 47390
SME - PDI
CONFERE COM ORIGINAL



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: RAIMUNDO RODRIGUES	Sala: 02	Alergia: ?	Data: 26.05.19
Procedimento: Tto. cirúrgico luxação joelho E	Cirurgião: Bergiel	Observações:	

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Iodo 5% 15%		50mg											
2 Pentamisol		200mg											
3 Propofol		120mg											
4 Quelicin		100mg											
5 Chacina		40mg											
6 Cetaparax		320											
7 Sufentanil		25											
8 Etomidato		10mg											
9 Rauhital		50mg											
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatile	SEVO	%											

Acesso Vascular

Periférico **MSD**
Cat. Venoso n° **18G**

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

Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT n° **8,5 cuff**
- LMA n° _____

Monitorização:

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

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Raquianestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

Decúbito: **DDH**

SPO2 (%)	90. 98/98!
ETCO2 (mmHg)	40 44 42
Aces. Venoso	18G
Aces. Venoso	18G
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia: 1. Inoxidizável

2. Pn-oxig 3º sob máscara facial + induç EV
Iodo + Pentamisol + Propofol + Quelicin

3. IOT sob laevopropofol dentro de tudo 0,5c cuff

4. VCV + Serv + Pv = 600 ml FR=12 ipm, PEEP = 5

→ Procedimentos agressivos - cirúrg. com intercorrências.

Júlio Luis Mendes de Mesquita
Matrícula: 17390
SAME: HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Eliane Saraiwa
Anestesiologista
CRM-PI 2026
Anestesiologista



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			
Nome: RAIMUNDO RODRIGUES		Prontuário:	Data: 26.05.19
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade:	Peso: ± 95	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): Tfo. urâng. luxação joelho E		Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

ANAMNESE

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

Pch. 53 a, portador de DM + HAS, 2º DPO craniotomia decompressiva (afundamento frontotemporal exposto). No momento apresenta ECG=09, seu exame, para realização de Tfo. urâng. luxação joelho E, segundo ortopedista responsável procedimento é de caráter de urgência per risco de lesões neuro-vascular do membro.

EXAME FÍSICO

PA: 150 x 80	P脉: 73/20 () arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) <input checked="" type="checkbox"/>
1. Respiratório	() Normal	(<input checked="" type="checkbox"/>) Alterado: fagocitose pulmonar
2. Cardiovascular	() Normal	(<input checked="" type="checkbox"/>) Alterado: taquicardia sinusal
3. Neurológico	() Normal	() Alterado: ECG = 09
4. Abdome	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal	() Alterado:
5. Vias aéreas	(<input checked="" type="checkbox"/>) Possível VAD	
6. Extremidades	() Normal	(<input checked="" type="checkbox"/>) Alterado: luxação joelho E

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	
ECG:		RX Tórax
ECO:		

SEM EXAMES

ASA: IV Anestesia proposta: () Geral Outro:

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista: Joana Lúcia Matrícula: 1130 SAME - RIT CONFERE COM COORDENADOR

CRM:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Raimundo Rodrigues da Anís		
Diagnóstico pré-operatório	Lesão do joelho E		
Operação - Tipo	Redutor + Fixador Externo Drenante		
Cirurgião	Dr. Benjamim Carvalho Boaventura	1º Assistente	
2º Assistente	ORTOPÉDICO TRAUMATOLOGISTA	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	26/05/19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pele em DPO nos anteriores
Assopro e entrompos:
Câmpo estéril.
Redutor pronto da lesão do joelho c:
Fixador Externo Drenante.
Cicatriz.

Dr. Benjamim Carvalho Boaventura
ORTOPÉDICO TRAUMATOLOGISTA

Saúde Pública
Mário Lobo
SAMU 192.7
CONFERE CONTO ORIGINAL CRAS/3197



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA CNPJ:05.622.917/0022-02

PACIENTE: Raimundo Rodrigues da Assis Nº PRONT.: 212025 Nº LAUDO: _____

- INTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO COD. 0309010047
- INTRIÇÃO ENTERAL EM PEDIATRIA COD. 0309010063
- INTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO COD. 0309010071
- INTRIÇÃO PARENTERAL EM PEDIATRIA COD. 0309010098

JUSTIFICATIVA

NUTRIÇÃO ENTERAL

- Doenças Neurológicas
- Comprometimento mastigatório
- Fistula de Baixo débito
- Pancreatite leve a moderada
- Rebaixamento do nível de consciência
- Síndrome de má absorção
- Ingestão oral insuficiente
- Trauma grave
- Sepse
- Queimados
- Doença intestinal inflamatória

NUTRIÇÃO PARENTERAL

- Ileo paralítico
- Fistula de alto débito
- Obstrução intestinal
- Necessidades nutricionais não atingidas pelo TGI
- Síndrome do intestino curto
- Pancreatite aguda grave

Just. Dr. Sérgio Lai Távora
CRM - 3131
Cirurgião Técnico - HUT

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria DRCA/PMS
CRM - PI 1629 - CPF: 163.563.507-8
CMS 2015004093000

DATA: 31/07/19

ASSINATURA DO AUDITOR



DF-210-5129



Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 2017390
SAME AUT
COM o ORIGINAL



HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

F1. 3/4

Nome : **MARIA DE LOURDES SOARES DE OLIVEIRA**

Registro: 11615435

Id,Sx : 53a , F

Clinica: VERD

Pedido: 4858786

Origem : HUT-HUT

Médico: MARCUS CESAR LOPES

Destino: HUT

Emissão: 06/07/2019 às 16:52

Cadastro: 06/07/2019 às 15:07

Coletado em 06/07/2019 às 15h 42min

Liberado em 06/07/2019 às 16h 20min

LIPASE

RESULTADO: 22.0 U/L

VALOR DE REFERÊNCIA: 13 a 60 U/L

Método: Cinético

Material: SORO

Liberado por Risemberg Soares Pereira - CRF-PI-489

Jeanne Lilia Oliveira de Melo
Matrícula: 47390
SAMM - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

FISIOTERAPIA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Azevêdo Nº PRONT.: _____ Nº LAUDO: _____

GRANDE QUEIMADO COD. 0302070028 MÉDIO QUEIMADO COD. 0302070010 FISIOTERAPIA COD. 0302050035

JUSTIFICATIVA

PACIENTE ACAMADO, PRECISA DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA PARA GARANTIR A MELHORA DOS SISTEMAS RESPIRATÓRIO E CARDIOVASCULAR.

Just. Dr. Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Dotor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA: _____

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



86 3218 5193



Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47380
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

CURATIVO

CÓDIGO: 0401010015

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: Raimundo Rodrigues da Silva N° PRONT: 519075 N° LAUDO: _____

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM LESÃO CUTÂNEA APRESENTANDO TECIDO COM ASPÉCTO:

- NECROSADO
- ESFACELO AMARELO
- TECIDO DE GRANULAÇÃO


Joaquim Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3191
Diretor Técnico - HUT

DATA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



86 3216-5176



Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - *Set*
CONFERE COM O ORIGINAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

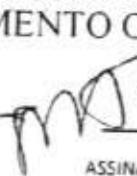
CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE Raimundo Rodrigues de Amorim Nº PRONT: 518075 Nº LAUDO: _____

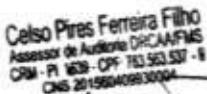
JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU DEMORADA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO

DATA: / / 
Justiclin Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: 31/07/19
Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria DIFCA/FAIS
CRM - PI 1639 - CPF: 763.563.537-8
CRN: 201560409930004

ASSINATURA DO AUDITOR


Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 97390
SAME - HUT
CONFERE CRM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE UTI (TIPO II)

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Raimundo Rodrigues da Silva N° PRONT.: 512075 N° LAUDO: _____

UTI ADULTO COD. 0802010083

UTI PEDIÁTRICA 0802010156

JUSTIFICATIVA

PACIENTE GRAVE APRESENTANDO INSTABILIDADE CLÍNICA
E NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA PERMANENTE

Celso Sérgio Ferreira Filho
CRM - 3131
Órgão Técnico - HUT

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria DPCA/AFMS
CRM - PI 1626 - CPF 75.563.537-8
OIS 15504199.2004

DATA: 31/07/19

ASSINATURA DO AUDITOR



86 3214-5195



Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47399
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 222243
AIH: 2219100476648

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUARIO
704000320183162	RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS		09/05/1966	M	512075
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	8699220865	LUZIA RODRIGUES DE SOUSA	BRUNA RODRIGUES		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
	LOC. TAMANDUA		SN		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
ZONA RURAL			MIGUEL ALVES	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050683 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURALUXAÇÃO AO NIVEL DO JOELHO

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

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

CARATER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

26/05/2019

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

DATA ADMISSÃO

26/05/2019 16:47

DATA ALTA

22/06/2019 14:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

CARLOS AIRES DE ARAUJO FILHO
CPF: 22759379353

CRM:

DATA ANALISE: 09/07/2019 11:27:25

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CRM:

CRM:

DATA ANALISE:

*SINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Melo de Mesquita
Matrícula: 47390
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:	RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS	(Prontuário: 512075)
Endereço:	TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000	
Nascimento:	09/05/1966	Idade: 53a1m6d
Requisição:	965929	Solicitação: 15/06/2019
Controle:	1240397	Convênio: S U S
		Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 239808
		Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
		SALA VERMELHA SALA VERMELHA EXTRA 01

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIECTOMIA FRONTAL À ESQUERDA, COM MATERIAL DENSO NO SEIO FRONTAL IPSILATERAL.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE DISCRETA NA CONVEXIDADE PARIETAL BILATERAL.
- ÁREA FOCAL DE GLIOSE NO TÁLAMO À ESQUERDA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- ACENTUAÇÃO DOS ESPAÇOS SUBDURAIS BIFRONTAIS, MAIOR À ESQUERDA.

OBS.: FRATURAS FACIAIS.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 15/06/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

*José Luís Alves de Mesquita
 Marques: 47380
 SAME - HUT
 NCFRE COM O ORIGINAL*



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Prontuário: 512075 - RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS
Nascim.: 09/05/1966 Id:53a1m6d CPF: 394.513.133-20
Mae: LUZIA RODRIGUES DE SOUSA
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL
: MIGUEL ALVES-PI - 64130-000 CNE: 704000320183162

Req: 965929 -Atend: 239808-INT- Sol.: 15/06/2019 21:43

1) 1240397 T.C. DE CRANIO (0206010079)

Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	X <i>-TC de crânio</i>

HOSPITAL: HUT CNPJ: _____
 PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Assis Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

TC de controle

15/06/19
DATA:

Dr. Fábio Marcos de Sousa
MÉDICO
CRM-PI 3336

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matr.º: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

GC de crânio

Connexão frontal à esq.,
com material denso no
seio frontal ipsilateral.

HSA discreta na convexidade
① bilateral.

Area focal de gliose no
telencéfalo à (esq.).

③ ⑤

Acentuação dos espacos subdural
nais biconvexos, maior à (esq.).

Ob: Fraturas faciais.

Marcelo



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Prontuário: 512075 - RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS Nascia.: 09/05/1966 Id:53a0029d CPF: 394.513.133-20 Mae: : LUIZA RODRIGUES DE SOUSA Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL : MIGUEL ALVES-PI - 64130-000 CNH: 704000320183142 Dialise / Hemodiálise	Req: 962783 - Atend: 239809-INT- Sol.: 07/06/2019 06:33 1) 1234300 T.C. DE CRANIO (0206010079)
Albumina Humana 20%	Procedimento fora da faixa etária
	X Te de Crânio

OSPITAL: HUT

CNPJ:

PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Assis

Nº AIH:

PROCEDIMENTO ANTERIOR:

PROCED. SOLICITADO:

MÉDICO SOLICITANTE:

CRM:

CPF:

JUSTIFICATIVA

Paciente solitamente agudo, SO de craniotomia descompressiva. Evolução em 30º DIA com reboteamento da reedema de coagulação. Em uso de Cefoperazone (07), sem alucinogénia. Glasgow do dia anterior (05/06/19) 15nt, hoje: 04nt. Sem sedação desde 29/05.

DATA: 06/06/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAMU - HUT
CONFERE COM O ORIGINIAL

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

Cranistomia frontal &
Hematoma subdural agu-
das frontal D e fronto-
parietal E.

Hemorragia subaracnóï-
de na alta convexidade
parietal esquerda.

3
4
5) on

X
Joana Luisa Mendes de Melo
Matrícula: 4790
SAME - MCT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

Etiqueta de Autorização

Kerjhi S

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS**

6 - Prontuário: **512075**

7-CNS: **704000320183162**

8-Nascimento: **09/05/1966**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **394.513.133-20**

11-Mãe: **LUZIA RODRIGUES DE SOUSA**

12-Fone: **16-98223-1272**

13-Resp: **BRUNA RODRIGUES**

14-Fone: **16-98223-1272**

15-Ender: **TAMANDUA - ZONA RURAL**

16-Munic: **MIGUEL ALVES**

17-Cod.IBGE: **220620**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64130-000**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento

0206030010

20 - Nome do Procedimento Principal

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR

21 - Qtde.

1

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

26-Diagnóstico:

Trauma

27-CID Prin: 28-CID Sec.: 29-CID C.Ass.:

407

26-Observações/Justificativa:

Trauma + dor.

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO

39-Data Solicitação:

24/05/19

Glaucio Bocha e Silva
Médico
CRM-PI 7110

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

003.135.103-42

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

AUTORIZAÇÃO

48-CBO:

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

/ /

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Origem: **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Requisição: **957899**

Consulta: **723183**

Exame: **1224388**

(WILLIAM MACHADO)

(Ass. Paciente/Responsável)

*José Willian Almeida de Melo
Matrícula CRM-PI 7380
SAME-HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE BPA INDIVIDUALIZADO

Etiqueta de Autorização

Uhg.

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

5828856

4-CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS	6 - Prontuário: 512075		
7-CNS: 704000320183162	8-Nascimento: 09/05/1966	9-Sexo: Masculino	10-CPF: 394.513.133-20
11-Mãe: LUZIA RODRIGUES DE SOUSA	12-Fone: 16-98223-1272		
13-Resp: BRUNA RODRIGUES	14-Fone: 16-98223-1272		
15-Ender: TAMANDUA - ZONA RURAL	17-Cod.IBGE: 220620	18-UF: PI	19-CEP: 64130-000
16-Munic: MIGUEL ALVES			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento: 0206010010	20 - Nome do Procedimento Principal TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	21 - Qtde. 1
----------------------------------	--	--------------

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

26-Diagnóstico:

Dor

27-CID Prin: 28-CID Sec.: 29-CID C.Ass.:

Ejo

26-Observações/Justificativa:

Tumor & dor.

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO	39-Data Solicitação: <u>24/05/19</u>	 Glauco Rocha de SIlva Médico CRM 7110
40-Tp. Documento: CPF	40-No.Doc. Med. Solic.: 003.135.103-42	
41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)		

AUTORIZAÇÃO

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

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Requisição: 957899 Consulta: 723183 Exame: 1224387 (WILLIAM MACHADO)

(Ass. Paciente/Responsável)

José Luis Mendes de Oliveira
Matrícula: 47390 SAMEL/HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Etiqueta de Autorização

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

vki 8

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS	6 - Prontuário: 512075		
7-CNS: 704000320183162	8-Nascimento: 09/05/1966	9-Sexo: Masculino	CPF: 394.513.133-20
11-Mãe: LUIZA RODRIGUES DE SOUSA	12-Fone: 16-98223-1272		
13-Resp: BRUNA RODRIGUES	14-Fone: 16-98223-1272		
15-Ender: TAMANDUA - ZONA RURAL			
16-Munic: MIGUEL ALVES	17-Cod.IBGE: 220620	18-UF: PI	19-CEP: 64130-000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)26-Diagnóstico:
TEE 27-CID Prin: **5069** 28-CID Sec.: **_____** 29-CID C.ASS.: **_____**26-Observações/Justificativa:

TEE - malha**SOLICITAÇÃO**

38-Nome Profissional Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO	39-Data Solicitação: 24/05/19	Glaucio Rocha e Silva Médico CRM 1710 Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
40-Tp. Documento: CPF	40-No.Doc. Méd. Solic.: 003.135.103-42	

AUTORIZAÇÃO

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

Origem: **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**Requisição: **957899**Consulta: **723183**Exame: **1224386**

WILLIAM MACHADO

(Ass. Paciente/Responsável)

José Luís Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
Setor: HUT
CONFIRME com o ORIGINAL



Etiqueta de Autorização

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE BPA INDIVIDUALIZADO

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS**6 - Prontuário: **512075**7-CNS: **704000320183162**8-Nascimento: **09/05/1966**9-Sexo: **Masculino**CPF: **394.513.133-20**11-Mãe: **LUZIA RODRIGUES DE SOUSA**12-Fone: **16-98223-1272**13-Resp: **BRUNA RODRIGUES**14-Fone: **16-98223-1272**15-Ender: **TAMANDUA - ZONA RURAL**16-Munic: **MIGUEL ALVES**17-Cod.IBGE: **220620**18-UF: **PI**19-CEP: **64130-000**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento

0206010044

20 - Nome do Procedimento Principal

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES

21 - Qtde.

1

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

26-Diagnóstico:

Trauma

27-CID Prim: _____ 28-CID Sec: _____ 29-CID C.Ass.: _____

26-Observações/Justificativa:

Trauma + Dor.

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO

39-Data Solicitação:

24.05.19*Glaucio Rocha e Silva*

Médico

CRM-PI 7110

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

003.135.103-42

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

AUTORIZAÇÃO

48-CBO:

45 - Nome do Profissional Autorizado:

47-Data Autorização:

/ /

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizado:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 957900

Consulta: 723183

Exame: 1224390

WILLIAM MACHADO

(Ass. Paciente/Responsável)

Jonna Liane Mendes da Silva
Matrícula: 47390
SAME/PI
CONFERE COM O ORIGINAIS



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

Etiqueta de Autorização

✓ki 9

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS**

6 - Prontuário: **512075**

7-CNS: **704000320183162**

8-Nascimento: **09/05/1966**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **394.513.133-20**

11-Mae: **LUZIA RODRIGUES DE SOUSA**

12-Fone: **16-98223-1272**

13-Resp: **BRUNA RODRIGUES**

14-Fone: **16-98223-1272**

15-Ender: **TAMANDUA - ZONA RURAL**

16-Munic: **MIGUEL ALVES**

17-Cod.IBGE: **220620**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64130-000**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento

0206020031

20 - Nome do Procedimento Principal

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

21 - Qtde.

1

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

26-Diagnóstico:

Trauma

27-CID Prin:

28-CID Sec.:

29-CID C.Ass.:

407

26-Observações/Justificativa:

Doen. r trauma.

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO

39-Data Solicitação:

94 / 05 / 19

Glaucio Roehl e Silva
Medico
Carimbo Med.Sol.
CRM-PI 7110

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

003.135.103-42

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

AUTORIZAÇÃO

48-CBO:

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

/ /

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Origem: **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Requisição: **957899**

Consulta: **723183**

Exame: **1224389**

(WILLIAM MACHADO)

(Ass. Paciente/Responsável)

*José Luis Mendes de Mesquita
Matrícula: 42390
SAME - HUT
NAKETTE COM O ORIGINAL*



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde



Fundação Municipal de Saúde

LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

2 - CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE

Raimundo Rodrigues de Assis

3 - Nº DO PRONTUÁRIO

512075

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - NOME DA MÃE

7 - CPF DO PACIENTE

5 - DATA DE NASCIMENTO

09/05/1966

9 - TELEFONE DE CONTATO

Prontuario: 512075 - RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS
Nascim. : 09/05/1966 Id:53a0m15d CPF: 394.513.133-20

Mae: : LUIZA RODRIGUES DE SOUSA

Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL

: MIGUEL ALVES-PI - 64130-000 CNS: 704000320183162

Req: 957922 Atend: 723183-URG Sol.: 24/05/2019 13:09

=) 1224434 T.C. DE PELVE (0206030037)

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

0206030037

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

Tomografia do abdômen inferior lombopélvica.

21 - QTDE

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Dor

23 - CID 10 PRINCIPAL

860

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

Paciente vítima de acidente de motocicleta, macrossinomia pós-trauma a cerca de 4 horas, com dor à palpagem em abdômen e renais e peritonite.

com lombalgia

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO (P REGISTRO DO CONSELHO)

Dra. Auriene Mendes
MÉDICA
CRM-PB 365

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

24/05/19

32 - CRO

33 - CNS DO PROFISSIONAL AUTORIZAÇÃO

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (P REGISTRO DO CONSELHO)

36 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

Joana Luisa Mendes da Mespitú
Matrícula: 4750
CONFIRA COM O PRINCIPAL



Sistema
Único de
Saúde Ministério
da
Saúde



Fundação Municipal de Saúde

LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

2 - CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE

Raimundo Rodrigues de Assis

3 - Nº DO PRONTUÁRIO

512075

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

5 - DATA DE NASCIMENTO

09/05/1966

8 - NOME DA MÃE

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 Prontuário: 512075 - RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS
Nascim.: 09/05/1966 Id:53a0m15d CPF: 394.513.133-20

Req: 957923 - Atend: 723183-URG- Sol.: 24/05/2019 13:10

12 Mae: : LUIZA RODRIGUES DE SOUSA
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL

1) 1224435 T.C. DE ABDOME SUPERIOR (0206030010)

15 : MIGUEL ALVES-PI - 64130-000 CNS: 704000320183162

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

0306030040

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

Tomografia de abdome superior lombosacra

21 - QTDE

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Dor

23 - CID 10 PRINCIPAL

E50

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

Paciente vítima de acidente automobilístico,
mechanismo frontal a cerca de 06 horas, com dor
à palpação, com rachas de perturbação.

com contusão

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/05/18

29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

DIG. Auriane Alencar
MÉDICA
CRM-PB 1000

30 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

32 - CRO

33 - CNS DO PROFISSIONAL AUTORIZAÇÃO

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Júlio Luis Mendes da Mesquita
Santos, 17/06/2018
SAMU - HUT
FRE COMO ORIGINAL

36 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO



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

Etiqueta de Autorização

JK 8

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS**

6 - Prontuário: **512075**

7-CNS: **704000320183162**

8-Nascimento: **09/05/1966**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **394.513.133-20**

11-Mãe: **LUZIA RODRIGUES DE SOUSA**

12-Fone: **16-98223-1272**

13-Resp: **BRUNA RODRIGUES**

14-Fone: **16-98223-1272**

15-Ender: **TAMANDUA - ZONA RURAL**

16-Munic: **MIGUEL ALVES**

17-Cod.IBGE: **220620**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64130-000**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento

0206030037

20 - Nome do Procedimento Principal

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR

21 - Qtde.

1

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

26-Diagnóstico:

trauma

407

27-CID Prin: _____ 28-CID Sec.: _____ 29-CID C.Ass.: _____

26-Observações/Justificativa:

traumatismo.

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO

39-Data Solicitação:

24/05/19

Glaucio F. de Silva

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

003.135.103-42

CRM-PI 110

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

AUTORIZAÇÃO

48-CBO:

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

/ /

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Origem: **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Requisição: **957903**

Consulta: **723183**

Exame: **1224393**

(WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO)

(Ass. Paciente/Responsável)

*Joana Lúcia Mendes de Melo
Machado 47390
NAME-HUT
CONFIRME COM O*

**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: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: **512075**)
 Endereço: **TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000**
 Nascimento: **09/05/1966** Idade: **53a0m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **723183**
 Requisição: **957900** Solicitação: **24/05/2019** Solicitante: **WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO**
 Controle: **1224390** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 24/05/2019

T.C. DE FACE

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

ELATÓRIO:

- FRATURAS EM OSSOS NASAIS, EM PAREDES DA ÓRBITA, EM PAREDE ANTERIOR DO SEIO ESFENOIDAL, EM PAREDE MEDIAL DO SEIO MAXILAR E EM PAREDES DO SEIO FRONTAL À ESQUERDA.
- SINUSORRAGIA FRONTO-ESFENO-ETMOÍDO-MAXILAR À ESQUERDA.
- EDEMA/HEMATOMA EM REGIÕES PERIORBITÁRIA E NASOGENIANA À ESQUERDA.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JUS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL
 CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062
 Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes da Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINA!

**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:	RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS	(Prontuário: 512075)
Endereço:	TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000	
Nascimento:	09/05/1966	Idade: 53a1m6d
	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	965929	Solicitação: 15/06/2019
Controle:	1240397	Convênio: S U S
		Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
		CLINICA ORTOPEDICA - P11
		ENFERMARIA 236
		LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIECTOMIA FRONTAL À ESQUERDA, COM MATERIAL DENSO NO SEIO FRONTAL IPSILATERAL.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE DISCRETA NA CONVEXIDADE PARIETAL BILATERAL.
- ÁREA FOCAL DE GLIOSE NO TÁLAMO À ESQUERDA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.
- ACENTUAÇÃO DOS ESPAÇOS SUBDURAIS BIFRONTAIS, MAIOR À ESQUERDA.

OBS.: FRATURAS FACIAIS.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 15/06/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM
 Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAMU - HUT
 Conferido com 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:	RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS	(Prontuário: 512075)
Endereço:	TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000	
Nascimento:	09/05/1966	Idade: 53a6m2d
Requisição:	967571	Solicitação: 20/06/2019
Controle:	1243702	Convênio: S U S
		Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO
		Solicitante: YURI JIVAGO FELIX
		CLINICA ORTOPEDICA - P11
		Atendimento: ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 20/06/2019

JOELHO ESQUERDO

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

- Artrodese do joelho por aparelho metálico externo.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 11/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável

Teresa Izabel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAMU - HUT
 Confere com 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:	RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS	(Prontuário: 512075)
Endereço:	TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000	
Nascimento:	09/05/1966	Idade: 53a0m29d
Requisição:	962783	Solicitação: 07/06/2019
Controle:	1234300	Convênio: S U S
	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
	Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	Atendimento: 239808
	UTI GERAL	UTI GERAL
		LEITO 06

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/06/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIA FRONTAL ESQUERDA.
- HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTAL DIREITO E FRONTO-PARIETAL ESQUERDO.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE NA ALTA CONVEXIDADE PARIETAL BILATERAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 07/06/2019

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

 CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591
 Profissional Responsável

*José Luís Mendes de Mesquita
 Matrícula: 0000000000
 SAME/HUT
 CONFERE COM O ORIGINAIS*



LAUDO MÉDICO

Paciente:	RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS (Prontuário: 512075)		
Endereço:	TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000		
Nascimento:	09/05/1966	Idade: 53a6m2d	Sexo: Masculino
Requisição:	968225	Solicitação: 22/06/2019	Solicitante: YURI JIVAGO FELIX
Controle:	1245068	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 22/06/2019

OMBRO DIREITO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 11/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDESCPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU - HUT
Confere com 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

Folha 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)

Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000

Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a6m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 239808

Requisição: 967571 Solicitação: 20/06/2019 Solicitante: YURI JIVAGO FELIX

Controle: 1243701 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 20/06/2019

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

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

Conclusão: Exame normal.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 11/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Roguel Pereira de Sousa Lopes
Matrícula: 059234
SAMU - HUT
Conferido com 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: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)

Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000

Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a6m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 239808

Requisição: 967131 Solicitação: 19/06/2019 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA

Controle: 1242840 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 19/06/2019

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

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

Conclusão: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 11/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAME/HUT
 Confere com 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:	RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS	(Prontuário: 512075)
Endereço:	TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000	
Nascimento:	09/05/1966	Idade: 53a6m2d
Requisição:	965610	Solicitação: 14/06/2019
Controle:	1239871	Convênio: S U S
		Solicitante: WYSMAR VIEIRA FREITAS DA SILVA
		CLINICA ORTOPEDICA - P11
		ENFERMARIA 236
		LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 14/06/2019

TORAX PA

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

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 11/11/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAMU HUT
 Conferência 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:	RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS (Prontuário: 512075)		
Endereço:	TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000		
Nascimento:	09/05/1966	Idade: 53a0m15d	Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723183
Requisição:	957903	Solicitação: 24/05/2019	Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
Controle:	1224393	Convênio: SUS	

RELATÓRIO:**T.C. DE PELVE**

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

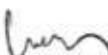
RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AS PARTES MOLES ENDOPÉLVICAS NÃO APRESENTAM ALTERAÇÕES.
- ALÇAS INTESTINAIS DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE LESÕES EXPANSIVAS NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE NORMAL.

UIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019


WILSONNEY HOLANDA LEAL
 CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062
 Profissional Responsável

José Luís Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 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:	RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS	(Prontuário: 512075)
Endereço:	TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000	
Nascimento:	09/05/1966	Idade: 53a0m15d
Requisição:	957923	Solicitação: 24/05/2019
Controle:	1224435	Convênio: SUS
		Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723183

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 24/05/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

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

RELATÓRIO:

- INFILTRAÇÃO GORDUROSA HEPÁTICA DIFUSA, GRAU ACENTUADO.
- CONTUSÃO NO POLO SUPERIOR DO BAÇO ASSOCIADO A HEMATOMA SUBCAPSULAR PERIESPLÉNICO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTOURNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS.
- BACIA COM GRANDE REPLEÇÃO.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

 Juana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFIRA 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: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: **512075**)
 Endereço: **TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000**
 Nascimento: **09/05/1966** Idade: **53a0m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **723183**
 Requisição: **957922** Solicitação: **24/05/2019** Solicitante: **JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA**
 Controle: **1224434** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 24/05/2019

T.C. DE PELVE

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

RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AS PARTES MOLES ENDOPÉLVICAS NÃO APRESENTAM ALTERAÇÕES.
- ALÇAS INTESTINAIS DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE LESÕES EXPANSIVAS NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.
- BEXIGA COM GRANDE REPLEÇÃO.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

 CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062
 Profissional Responsável

Jeana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 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:	RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS (Prontuário: 512075)		
Endereço:	TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000		
Nascimento:	09/05/1966	Idade:	53a0m15d
Requisição:	957899	Solicitação:	24/05/2019
Controle:	1224389	Convênio:	S U S
		Sexo:	Masculino
		Origem:	URGÊNCIA/EMERG
		Atendimento:	723183

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 24/05/2019

T.C. DE TORAX

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

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA PULMONAR COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- AR CABOUCÓ ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX NORMAL.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 24/05/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062
 Profissional Responsável

Jeroni Luiza Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAÚDE - HUT
 CONFERIDA - 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: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: **512075**)
 Endereço: **TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000**
 Nascimento: **09/05/1966** Idade: **53a0m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **723183**
 Requisição: **957899** Solicitação: **24/05/2019** Solicitante: **WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO**
 Controle: **1224386** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/05/2019

T.C. DE CRANIO

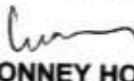
TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

ELATÓRIO:

- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA EM REGIÕES OCCIPITAIS.
- PEQUENAS CONTUSÕES HEMORRÁGICAS EM ASPECTO MEDIAL DO LOBO TEMPORAL ESQUERDO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019


WILSONNEY HOLANDA LEAL
 CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

*Jenny Luiza Mendes de Mesquita
 Matrícula 47390
 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: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: **512075**)
 Endereço: **TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000**
 Nascimento: **09/05/1966** Idade: **53a0m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **723183**
 Requisição: **957899** Solicitação: **24/05/2019** Solicitante: **WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO**
 Controle: **1224387** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 24/05/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

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

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICais BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

 Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 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: **RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS** (Prontuário: 512075)
 Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - MIGUEL ALVES - PI CEP: 64130-000
 Nascimento: 09/05/1966 Idade: 53a0m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723183
 Requisição: 957899 Solicitação: 24/05/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
 Controle: 1224388 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

od. SIA: 0206030010

Data Exame: 24/05/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

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

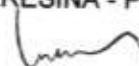
RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODEMEGALIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEM NORMAL.

(SIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019


WILSONNEY HOLANDA LEAL
 CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062
 Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 MANTEREMOS O ORIGINAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464954/19

Vítima: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

Data do acidente: 24/05/2019

CPF: 394.513.133-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO RODRIGUES
DE ASSIS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

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

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS : 394.513.133-20

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 20/12/2019

Data do cadastramento: 20/12/2019

Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior

CPF: 038.077.223-00

CPF: 066.768.113-24

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Ozeas Chaves Vieira Junior