

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTÉO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

P
1

NOME
MATCON JACKSON SILVA DE CASTRO

DIG. VENTILADOR EMBOSADO
2922535 SSP PI

CNPJ
038.077.223-00 DATA NACIONAL
12/03/1991

PLACAS
HENRIQUE ALEXANDRINO
DE CASTRO
JANETE MARIA DA SILVA

PERMITEÇÃO
ACI
OUTROS
S.S.

SPESADO
05620838958 VALOR
19/07/2011 PERMITEÇÃO
19/10/2012

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1654606003



Assinatura de Matcon Jackson Silva de Castro

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
20/08/2018

82414894055
P1320640224

Assinatura do Emissor
ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI

PROIBIDO PLASTIFICAR
1654606003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN PI Nº 7240371361
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 862134986

JOSE IVANILDO NASCIMENTO

RUA BETO REGO

RURAL

CASA

00037

PI

47917652300

IMD-7107

9C2KC08105R872469

NOV-0

HONDA/CG 150 TITAN KS

2005

2005

GOZE/149CC

PARTICU

VEREJADA

TIPVA

3PAGO

SEGURO PAGO

A/FIE. PROMOTORIO INC. HONDA LTDA

ESPERANTINA

21/09/2007

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 7240371361

JOSE IVANILDO NASCIMENTO

RUA BETO REGO

RURAL

CASA

00037

PI

47917652300

IMD-7107

9C2KC08105R872469

PI Nº 7240371361

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

2007

24/09/2007

JOSE IVANILDO NASCIMENTO

RUA BETO REGO

RURAL

CASA

00037

PI

47917652300

IMD-7107

HONDA/CG 150 TITAN KS

GOZE/149CC

PARTICU

VEREJADA

TIPVA

3PAGO

SEGURO PAGO

VIA CONVÊNIO

PROIBIDO PLASTIFICAR

8700-7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

POLEGAR DIREITO

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

SECRETARIA DO ESTADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

EST. 048289

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

FILIAÇÃO FRANCISCO XAVIER DE ASSIS E LUZIA RODRIGUES DE SOUSA

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

DOC ORIGEM COELHO NETO-MA DUQUE BACELAR

CC: LV.B15 /FLS.207 /N.001321

CPF 394513133/20

204 Delegado Divisório

Roberto de Faria IRGO SSPSP

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

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 SILVA 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 TUVAZIDEZ da Vitima 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>LC. SÃO FELIPE</u>	Número: <u>56</u>	Complemento:
Bairro: <u>ZONA RURAL</u>	Cidade: <u>UNFIM</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>64120000</u>	Tel.(DDD): <u>(86) 9.95005512</u>

Local e Data: UNFIM - PE 19/12/19

Maycon Jackson Silva de Castro
Assinatura do Declarante

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

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0920963-8

Nº da Nota Fiscal

26950451

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\$)
SETEMBRO/2019	25/09/2019	131	137,38

MARIA JOSE DOS SANTOS SILVA
LC SAO FELIPE S/N - B-RURAL
CPF: 00035413301391
CEP: 64.130-000 - UNIAO

ROT: 251.070.07.82.247100

Atual:	2972	Atual:	09/09/2019
Anterior:	2841	Anterior:	08/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/10/2019
Consumo Medido:	131	Emissão:	06/09/2019
Consumo Faturado:	131	Apresentação:	09/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:
			32

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2041613		1.1.1.1	136

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 117	CONSUMO 131 A R\$ 0,912203 = 119,49
JUL/19 125	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,45
JUN/19 163	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,10
MAI/19 137	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,07
ABR/19 104	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,27
MAR/19 115	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,23
FEV/19 117	
JAN/19 113	
DEZ/18 130	
NOV/18 154	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 131 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 06/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO DD61.9DAD.E6AB.C545.71A5.B8CF.BB25.5E0A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 25,13	Base de Cálculo: 119,49
Energia: 48,52	Aliquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 8,20	Valor do ICMS: 26,28
Encargos: 4,01	Valor do PIS: 1,31
Tributos: 33,63	Valor do COFINS: 6,49%
	6,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMC		(DICI)
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	
Límite	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Conjunta	UNIAO					Período de apuração:	07/2019	ETSD:	44,26

ROT: 251.070.07.82.247100

equatorial
ENERGIA
cepisa

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

SEU CÓDIGO

0920963-8

MÊS FATURADO

09/2019

Nº da Nota Fiscal:

26950451

TOTAL A PAGAR - R\$

137,38

VENCIMENTO

25/09/2019

FCAM*

83610000001 4 37380017000 4 00000000920 9 96380919008 4



SEQ.: 00154 UC: 0920963-8 DT.LEIT.: 09/09/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 2972 NORMAL TOTAL: 137,38 CARGA: 003
DT.VENC.: 25/09/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3811

SEU CÓDIGO

1689378-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.745/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Roca Piauí / Corte de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/99

Nº da Nota Fiscal 365.278.838

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	27/11/2019	172	167,73

RATHUNDO RODRIGUES DE ASSIS
LC TAMANDUA S/N - B-RURAL
CPF: 0003945131320
CER: 64-130-000 - NIGUEL AL

CER: 64.330-000 - MIGUEL ALVES

RO: 2015-06-12 14:51:06.149

Atual:	2026	Atual:	20/11/2019
Anterior:	1854	Anterior:	21/10/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	19/12/2019
Consumo Mensal:	172	Emissão:	19/11/2019
Consumo Faturado:	172	Apresentação:	20/11/2019
Forma de Faturamento:	NORMA1	Código de Irregularidade:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MIXTO	A2153632		1.1.1.1	168

HISTÓRICO KW		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
OUT/19	179	CONSUMO	172 A R\$ 0,902168 = 155,17
SET/19	172	CONTR. ILUMINACAO PUBL. (CCSIP)	8,91
AGO/19	162	MULTA POR ATRASO 08/19-00	3,18
JUL/19	195	JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,47
JUN/19	243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,35
MAI/19	282	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	4,77
ABR/19	226		
MAR/19	70		
FEV/19	103		
JAN/19	111		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0,4 172 - 0,648103

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Parabéns! Até o dia 19/11/2019
nesta Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

CE15, BCE6, DCE4, 31.54, 1541, EAS2, 520A, 41.18

IMPOSTOS/TRIBUTOS - 41

Distribuição:	32,62	Base de Cálculo:	135,17	121,63
Energia:	63,81	Alíquota ICMS:	22,60%	
Transmissão:	18,65	Valor do ICMS:		34,13
Encargos:	5,21	Valor do PIS:	1,40%	1,70
Tributos:	43,68	Valor do COFINS:	6,40%	7,85

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC			PIC			DMC	DICB
Manual	Timed/Inst	Auto	Manual	Timed/Inst	Auto	Manual	Manual

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

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS 6 - CPF: 394.513.133-20

7 - Profissão: DELUSO 8 - Endereço: CC TAMANDUA SIN 9 - Número: 10 - Complemento: SIN

11 - Bairro: R. RUKAL 12 - Cidade: MIGUEL ALVES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64.130.000

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A 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. Assinalar uma opção)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: 9288 CONTA: 00022246

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

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

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

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

Declaro 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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurado/Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

MIGUEL ALVES - PE 19/12/19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

Ge: 416 P.A = 130x90 Fc: 96 Dat: 90/.



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



CONSULTA DE URGÊNCIA E/OU OBSERVAÇÃO

NOME: Raimundo Rodrigues de Azevê

CARTÃO SUS: 704 0003 2008 3162

DATA DE NASCIMENTO: 09.05.1966

ENDEREÇO: Rua Yamandu

Atende 8 rub. MUNICÍPIO: M. Alves

DADOS CLÍNICOS: Fluor Sec 8 - Fluor

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Tcc Fluor - Fluor no lúmen

Fluor Sec 8 - Fluor

HORA: 14h30 DATA DA CONSULTA: 24/05/13

Valter Sá Lima

CPE: 078.708.503-06

Assinatura do Médico e Carimbo

X Bruna R. de Azevê

Assinatura ou Impressão Digital do Paciente ou Responsável

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



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

Neuro

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	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 VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação EXAME: <u>ARM A/C</u> Dispneia aguda DATA: <u>24/05/19 13:30h</u>	Cor: <u>Laranja</u>
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, NAO USAVA CAPACETE, COM RELATO DE RNC NO LOCAL DO ACIDENTE. TRAUMA DE FACE IMPORTANTE, HEMATOMA EM OLHO ESQUERDO, TRAUMA EM NIE. PADRAO RESPIRATORIO RUIM. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA		SABRINA LOBRO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207596 Em: 24/05/2019 11:50:53

SSVV: (Hora: :)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	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 AERÉAS PERVIAS, DESORIENTADO SEM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RÍGIDA
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT O2:96%, FC 94, FR 13
C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S
D) GLASGOW 13-14, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, 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 Pelve

Raios X Membro Inferior Esquerdo

Prescrição Médica:

UT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: CC1CMN101F+T+ABM-X
DATA: 24/05/19 12:20h

RAIO-X REALIZADO

DATA: 24/05/19

Técnico: CAF

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

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

Joana Luis Mendes de Mesquita
Matr. Cui: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

Município

MIGUEL ALVES

Bairro

PREJUDICADO

Endereço

LOCALIDADE PARAISO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

RG: 591229754 SP

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: LUIZA RODRIGUES DE SOUSA

Pai: FRANCISCO XAVIER DE ASSIS

Endereço: LOCALIDADE TAMANDUÁ, Nº

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:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. CG 150 TITAN KS

2005 LWD7107 9C2KC08105R872469

862134986

Vermelha

Condutor: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

End: LOCALIDADE TAMANDUÁ Número: Complemento:

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 apresenta 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

Lacey Keiko Leal Parafra
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
394513133-20 RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

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

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: 64130000
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 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: 4288 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 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.

Declaro 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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, evitando, assim, 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 - PE 19/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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(ões) 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: 25/05/2019

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

PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALÉIA, COM TONTURAS, ALTERAÇÃO COGNITIVA, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPROS DE MEMÓRIA, 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ Sim ☐ Não

- V. Existe sequela (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 CEFALÉIA, COM TONTURAS, ALTERAÇÃO COGNITIVA, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPROS DE MEMÓRIA.
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, DIMINUIÇÃO DA FORÇA 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ "Sem sequela permanente"

(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):

JOELHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☒ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE


% do dano: ☐ 10% residual ☒ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

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

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


Dr. Frederico Fagundes de Oliveira
SaúdeSEG
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058

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

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

Atenciosamente,



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

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: 000000022246-8

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(ões) 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: 25/05/2019

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

PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALIA, COM TONTURAS, ALTERACAO COGNITIVA, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPROS 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ Sim ☐ Não

- V. Existe sequela (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 CEFALIA, COM TONTURAS, ALTERACAO COGNITIVA, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPROS 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, DIMINUIÇAO DA FORÇA 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ "Sem sequela permanente"

(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):

JOELHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☒ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE


% do dano: ☐ 10% residual ☒ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

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

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


Dr. Frederico Fagundes de Oliveira
SaúdeSEG
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058

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: ARJANA SEGURODORA S/A

PARECER

Diagnóstico: 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

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALÉIA, COM TONTURAS, ALTERAÇÃO COGNITIVA, COM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, EM USO DE ANTICONVULSIVANTE, COM LAPSO DE MEMÓRIA, 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.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS DO JOELHO ESQUERDO
DANO NEUROLÓGICO

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

Vítima: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

CPF: 394.513.133-20

Seguradora: ARJANA SEGRADORA S/A

Data do acidente: 24/05/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO RODRIGUES
DE ASSIS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

Comprovante de residência
Dedaração 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

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	RAEMUNDO RODRIGUES DE ASSES		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	MIGUEL ALVES - PI
Estado Civil	CASADO	RG nº	59.122.975-4
Profissão	RECUSO	CPF nº	394.513.133-20
Endereço	LC. TAMANDUA SIN. B. KVKAL		
Bairro	B. RURAL	CEP	64130.000
Município/UF	MIGUEL ALVES - PI		

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 24/05/2019.

MIGUEL ALVES PI, 16 de DEZEMBRO de 2019.

OUTORGANTE

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO OFÍCIO ÚNICO DE MIGUEL ALVES - PI
 RUA VINTE E UM DE ABRIL Nº 55 - Centro, MIGUEL ALVES - PI
 RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAMUNDO RODRIGUES DE
 ASSIS, EM TEST. DA VERDADE DOU FE MIGUEL ALVES, 16/12/2019
 12.42.06
 SELO AAM42463 - YK4B CONSULTE EM: www.tpi.jus.br/portal/extra

MARIA ALZENIR DAS SILVA RODRIGUES - ESCRIVENTE
 E-mail: R\$ 3.85 T.J. PIAUI - R\$ 10.800 - R\$ 0.26 Total R\$ 4.98

Maria Alzenir da S. Rodrigues

Alzenir da S. Rodrigues
 escrevente Autorizada



Gc: 416 P.A. = 130x90 Fc: 96 Sat: 90%.



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



CONSULTA DE URGÊNCIA E/OU OBSERVAÇÃO

NOME: Raimundo Rodrigues de Azeite

CARTÃO SUS: 104 0003 2008 3162

DATA DE NASCIMENTO: 09.05.1966

ENDEREÇO: Rua 1000 Raimundo

MUNICÍPIO: M. Alves

DADOS CLÍNICOS: Acidose e hta. - fígado

flor Secu 8 - fígado

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: Tcc fígado - fígado do hta.

DATA DA CONSULTA: 24/05/19

HORA: _____

Valter Sá Lima

CPF: 078.708.503-06

Assinatura do Médico e Carimbo

X Bruna R. de Araújo

Assinatura ou Impressão Digital do Paciente ou Responsável

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

**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
Bw
Nuno
C. P. 24/05/2019 12:01:22
(User: WILLIAM MACHADO)
(Estação: CONSULPA03)

NHEO

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	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			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação EXAME: ARM A/C Dispneia aguda DATA: 24/05/19 13:30h	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, NÃO USAVA CAPACETE, COM RELATO DE SINC NO LOCAL DO ACIDENTE. TRAUMA DE FACE IMPORTANTE, HEMATOMA EM OLHO ESQUERDO, TRAUMA EM MIE. PADRÃO RESPIRATORIO RUIM. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA		SABRINA LOBAO 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/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (MECANISMO FRONTAL) HA CERCA DE 3 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RÍGIDA, USAVA CAPACETE. VÔMITOS FECALOIDES E OTORRAGIA AO EXAME FÍSICO.

- A) VIAS AERÉAS PERVIAS, DESORIENTADO SEM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RÍGIDA
B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT O2:96%, FC 94, FR 13
C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S
D) GLASGOW 13-14, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, SEM SINAIS DE ALERTA

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

Exames Complementares: (1224386) - T.C. DE CRÂNIO (1224387) - T.C. DE COLUNA CERVICAL (1224388) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR	- Tc de Face - Tc de Pelve Painel Membro Inferior Esquerdo
---	--

Prescrição Médica: UT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXAME: OTCOMAX+T+T+ABM+SC DATA: 24/05/19 12:20h	RAIO-X REALIZADO DATA: 24/05/19 Técnico: C. P.
---	---

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	DATA: / / HORA: :
--	---------------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3611 Em: 24/05/2019 12:02:22

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

Ortopedia - UNISOD DE JERICO
em RUMETO INQUIRIDA

MANHÃ + 700
MANHÃ 1700 MANHÃ DA MANHÃ, 6400, 6400, 6400

Unifesp
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PT 2660 5807 1305

#Nov/24.0.15/1311-

- paciente do Tmario

- al: 12; 13-15-17; 18-20-22

- 700 700 700

- 700 700 700

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 01390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

14505

14505

Cláudio Braga
Neurocirurgia
CRM-PT 2660 5807 1305

Avaliação Cir Geral 13:49

Paciente vítima de Acidente Automobilístico (mecanismo Curva-Morto), hemodinamicamente estável, eufórico-comfortável Sat O₂ = 93%. com respiração ventiloatória, Aox nome 15.10

Abdomen insular o palpável e tórax com expansibilidade preservada e MVFS/RA

TC de Abdomen com contraste - laudo de radiologista: Pequena hemorragia e laceração subcapsular, sem líquido em Cavidade Abdominal

TC de tórax - sem evidência de Hemorragia e pneumotórax

CD: Demarcação Cirúrgica no momento
Reavaliação Cirúrgica

Lois Queiroz
Dr. Weir

Glauco Rocha e Silva
Médico
CRM-PT 7110



NOME DO PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Azevedo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 512075

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

Teresa Kaugel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAME HUT
Confere Original
[Assinatura]

**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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**Paciente:**

Centro Cirúrgico

Nome:

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

Prontuário:

512075

Cod. Internação:

239682

Mãe:

LUIZA RODRIGUES DE SOUSA

Nascimento:

09/05/1966

Cartão SUS:

704000320183162

Equipe:**Cirurgião:**

CLECITON BRAGA TAVARES (CPF: 854.643.173-68)

1o. Aux.:

(CPF:)

2o. Aux.:

(CPF:)

3o. Aux.:

(CPF:)

Instrumentador:

(CPF:)

Anestesista:

(CPF:)

Relatório:**Data Cirurgia:**

24/05/2019

Início:

13:00

Fim:

15:00

Tipo Cirurgia:

NEUROLÓGICA

Tipo Anestesia:

?

Sala Cirúrgica:

?

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 ANTISSEPSE 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 RECOLOCAÇÃO 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:**

415020077

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

Proc.Rea:

Sim

Proc.Princ.:

Não

Valor SH.:

0,00

Valor SP.:

0,00

0403010268

TRATAMENTO CIRURGICO 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

9015-10-1113
SAC-SERVIÇO DE ATENDIMENTO
0919-1113-1113
SAC-SERVIÇO DE ATENDIMENTO

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

FHTFundação Hospitalar
de TeresinaHOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
DR. ZENON ROCHA
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: <i>Damiano Rocha de Souza</i>			PRONTUÁRIO:	
CLÍNICA	ENFERMEIRA:	LEITO:	DATA DE NASC:	IDADE:
<i>Novo</i>	<i>215</i>	<i>26</i>		
ENDEREÇO:				
DADOS CLÍNICOS:				
<i>Doença crônica D e Tabela E</i>				
EXAMES:				
<i>Rx ombro D e Tabela E</i> <i>APCupl</i>				
DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL			
<i>24/05/19</i>	<i>Yuri Augusto Felix</i> Coordenador Clínico			

MOD 0034-HUT

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



REQUISIÇÃO DE PARECER

215/26

NOME <u>Marcos Rodrigo da Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>2</u>
DA CLÍNICA _____	LEITO <u>512075</u>
À CLÍNICA _____	

MOTIVO DA CONSULTA

PAC com Luxação de joelho
indicada Fixação externa

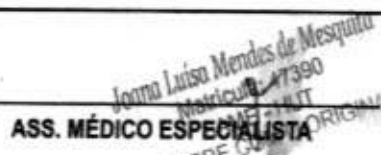
DATA

26/05/11


ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

DATA: ____/____/____


Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula 47390
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Raimundo Rodrigues de A. Reis</u>	PRONTUÁRIO <u>512075</u>
DA CLÍNICA <u>ortopedia</u>	LEITO <u>236/32</u>
À CLÍNICA <u>urologica</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente, 53 anos, politraumatizado, em uso de sonda vesical de demora. Em alta da ortopedia.

DATA: 22/06/19

Yuri Juago Félix
CRM: 017.230/00

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Ortosta alta Hospital com sonda vesical e acompanhamento urológico ambulatorial

RAIO-X REALIZADO
DATA 22/06/19 HORA 11:06
TÉCNICO: [assinatura]

Dr. Marco Roberto dos Santos
Médico Urologista
CRM - RJ 2677

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Materiais 47390
SAME - HUT
CONFIRMAR COM O ORIGINAL

22.06.2019

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Raimundo Rodrigues Alves	PRONTUÁRIO	51 2075
DA CLÍNICA	Médica	LEITO	216/33
À CLÍNICA	Neurocirurgia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente com história de acidente
há ± 26 dias, apresentando paralisia
de m. S.D., sequelas iniciais e condut
da neurocirurgia.
(Verão de placa Bregma?)

DATA: 20/06/19
às 10:17h

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

N/M 20/06 10:56

-> TLE grave há 25 d
-> Hemiparalia (direita)
-> Hemiparalia (direita)

-> TLE: HAT em (centro)
C. g. paralisada. Vinoglion.

LD: - Fimotergio

- Liberado da N/M

Dr. Joaquim Roberto de Sá e Silva Júnior
CRM: 40831/PI
Rua Silva Pacheco, nº 2159
A 201 - 2º Andar - Centro
Teresina - PI

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Armando Rodolfo da Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>512075</u>
DA CLÍNICA <u>by</u>	LEITO <u>216 - 33</u>
À CLÍNICA <u>atendimento</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

*Prisão e prisão e prisão com
valores negativos e outros*

DATA 19/06/19

João Francisco de Sousa Filho
Gerente Médico do Grupo Alameda
HISTÓRICO 2239

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente poliflexão

*- Unipares flexão e unipares flexão
extremo M/F*

*- Refere edema USD na no sistema
sem alterações USD e Plegia
Plegia Neurológica ??
Uso do Plexo Braquial ??*

*- Paciente sem cefaleia ortostática de
alguma no momento*

*- Solicito Rx MVD = ausência de fratura
Análise Neurológica dos Plexos ??*

DATA:

19/06/19

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Médica - HUT
SABE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico - Ortopedista
CRM-PT 3894 / RQE 2425

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIANOME DO PACIENTE: Hernando Rodrigues de Assis

- ☒ 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 Março de 2019

Enfermeiro responsável: _____

☐ FÉD ☐ ORT ☐ NEU ☐ CIR ☐ MÉD

EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME: Raimundo Rodrigues de Amorim		Nº PRONTUÁRIO: 512075
CLÍNICA	ENFERMARIA	LEITO
DATA		
26/03/19 Às 18:00h	<p>Paciente encaminhado da SO após redução da luxação de joelho e 2º DPO craniectomia decompressiva por evidente melhora clínica. Recebido em SO CI Glasgow 9. No momento, em DVA, mantendo de suporte ventilatório por TOT e rede neurológica.</p> <p>PA: 115 x 76 FC: 130 SpO₂: 100% Pupilas midríicas.</p> <p>Cd. Solicitados exames laboratoriais</p> <p>Uso de terapia sintomática</p> <p>Prescrição rede</p>	
Às 18:15h	<p>Coletados exames</p> <p>Amanda Gomes Vale Avelino ANESTESIOLOGISTA</p>	
Às 3:35	<p>1º DPO craniectomia decompressiva</p> <p>Paciente recebe intubação, DVA, reduzida, rede para avaliação neurológica. Sx VM por TOT</p> <p>PA: 111 x 75 FC: 102 SpO₂: 100%</p> <p>Na: 162 ↑</p> <p>Cd. Solicitados exames laboratoriais</p> <p>Reduzida rede</p> <p>Amanda Gomes Vale Avelino ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 4981</p>	
Às 10:20h	<p>Paciente recebe rede. Reduzida rede para avaliação neurológica, aumento de hidratação intravenosa (E > D) não portadora de gases.</p> <p>Cd.</p> <p>Amanda Gomes Vale Avelino ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 4981</p> <p>Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula: 47300 BARRA - HUT CONTINER COM O ORIGINAL</p>	

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	TC de crânio

HOSPITAL: HUT CNPJ: _____
 PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Amorim Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: Amanda Gomes Vale Avelino CRM: 4981 CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Paciente em 3º Dia craniotomia decompressiva (acidente motorizado) + redução de luxação do joelho. Apresentando anisocoria, pupilas não reagentes.

Amanda Gomes Vale Avelino
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 4981

DATA: 27/05/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica de Plantão
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante


REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Armando Lima da Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>512.075</u>
DA CLÍNICA <u>VII</u>	LEITO <u>6</u>
À CLÍNICA <u>Neurologia</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Amor e TSE, ITVA, amigdalite e hipertensão.

DATA: 06/02/2015


 JOSÉ RODRIGUES MONÇÃO NETO
 CRM-PI 1.452
 ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

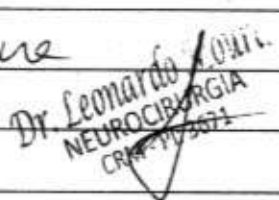
49:50h

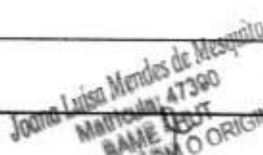
TC Crane: HSA T-

Hipertensão @

Descontinuidade osso Frontal @

Sem conduta urgente


 Dr. Leonardo Loureiro
 NEUROLOGIA
 CRM-PI 3571


 Joana Luiza Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 RAME HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL
 ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA: ____/____/____

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Raimundo Rodrigues da Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>512075</u>
DA CLÍNICA <u>UTI Geral</u>	LEITO <u>06</u>
À CLÍNICA <u>Osteopatia</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente politraumatizado, PO craniotomia disseminada, associada à luxação do joelho E. Apresenta edema e equimoses em ambos os joelhos. Realizado RAO-X de ambos os joelhos e joelho esquerdo. Solicita avaliação.

Grato,

DATA: 03/06/19

Dr. Wymar Vitor F. do Silva
MEDICINA FISIOTERAPIA
CRM-PI 2023

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Osteopatia

Paciente com lesão crânio-cerebral

Recomenda

Ata de Osteopatia

Dr. F. das Chagas B. Sousa
Osteopatia e Fisioterapia
CRM-PI 55720

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matricula: 17390
SABE - HUT
CONFERE COMO ORIGINAL

DATA: ____/____/____

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Reinmundo Rodrigues dos Santos	PRONTUÁRIO	512075
DA CLÍNICA	CPQA	LEITO	UTI Geral
À CLÍNICA	(Anestesiologia) Neuroanestesia		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente de 53a, hipertenso, diabético, 3º DPO cardiopulmonar por TCE (acidente automobilístico) e 1º DPO fixação de luxação de pulso. Sob observação e UTI. Tentada intubação sem sucesso.

DATA: 27/05/19

Amanda Gomes Vale Avelino
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 4981

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

N/A 27/05/2019

Epilipse
+ 3º PC de tto crônico de quadro mento
mental
+ sedação + VM.
+ 2 contusões: - HSA traumática
- fratura de tórax
gitar ou alívio de aumento da p.z.l.
Hd: - LAQ
Id: - hipotensão clínica.

DATA: / /

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Mantoula: 42350
BAME - HUP
CONFERE COM CONSULTANTE

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/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

CARTÃO 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	LUZIA RODRIGUES DE SOUSA	BRUNA RODRIGUES	
CEP	ENDEREÇO - 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 SAÍDA DE MASSA ENCEFÁLICA PELA FERIDA EM TC DE CRÂNIO: FRATURA COM AFUNDAMENTO. SOLICITO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CRÂNIO (0403010268 / S020) CRANIOTOMIA (0403010020) CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA (0403010020)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S020 - FRATURA DA ABOBADA DO CRÂNIO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415020077 - PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

24/05/2019

CLEITON BRAGA TAVARES

CPF: 85464317368

CRM:

DATA ADMISSÃO

24/05/2019 11:44

DATA ALTA

26/05/2019 16:47

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAMUEL HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

4-CNES

5828856

239682

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: LUEIA RODRIGUES DE SOUSA

12-Fone: 16-98223-1272

13-Resp: BRUNA RODRIGUES

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: TAMANDUA - ZONA RURAL - CEP: 64130-000

16-Munic: MIGUEL ALVES

17-Cod.IBGE: 220620

18-UF: PI

19-CEP: 64130-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

ACIDENTE DE TRÂNSITO.

ECGL 11, PD=PE=FR, MOVE OS QUATRO MEMBROS.

FERIMENTO CORTO-ONTUSO FRONTOBASAL ESQUERDO COM SAÍDA DE MASSA ENCEFÁLICA PELA FERIDA.

TC: FRATURA AFUNDAMENTO ABERTA.

21 - Condições que justificam a internação:

ACIDENTE DE TRÂNSITO.

ECGL 11, PD=PE=FR, MOVE OS QUATRO MEMBROS.

FERIMENTO CORTO-ONTUSO FRONTOBASAL ESQUERDO COM SAÍDA DE MASSA ENCEFÁLICA PELA FERIDA.

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO.

ECGL 11, PD=PE=FR, MOVE OS QUATRO MEMBROS.

23-Diagnóstico Inicial:

Informação Posterior)

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0415020077

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

Tempo SUS

9999

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

854.643.173-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CLECITON BRAGA TAVARES

24/05/2019

35-Ass. Responsável Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

5 - Vínculo com a Previdência:

Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

31/07/19

CPF

49-Num. Documento:

CPF

Paciente ou Responsável:

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria (CRM) - 11000
CRM - PI 11000 - CPE 11000-0004
CNE 11000-0004

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

Assinatura: (CLECITON BRAGA)

Consultoria Local: 723183

Consulta SUS:

Impressão: 24/05/2019 13:49:48

Joana Luiza Mendes
Matrícula: 4100
SUS
FEBRE



**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: 239808
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-Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL - CEP: 64130-000			
-Munic: MIGUEL ALVES	17-Cod.IBGE: 220620	18-UF: PI	19-CEP: 64130-000

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.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Bergiel Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 3009 41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 26/05/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 809.651.803-87	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

luxação de joelho (E).

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 31/04/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DICAAPUS CRM-PI 1638 - CPF 16.000.000-7 CNS 215604821004
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
NÃO REPRODUZIR SEM O ORIGINAL



0536

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 26/05/19

Dr. Sérgio Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM 191.590/1

Francis D.

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento

Joanna Larisa M...
Matrícula: 000000
SAFE - HUT
THE COM O ORIGINAL

RECEBEMOS DE 1 BRAGA E BRAGA IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-0
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 9235 SÉRIE: 1

 Braga e Braga Importação e Exportação Ltda R de Melo, 851 - Pleasant, 89902-786 RIO BRANCO - AC Fone/Fax: 3532295057	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 2 Nº 9235 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO DA NF-e 1219 0563 6077 9000 0198 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 NFE-e 312190001905082	DATA/HORA AUTORIZAÇÃO 27/05/2019 14:10:54
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0101604000124	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 63607790000198

DESTINATÁRIO/REMETENTE		
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE		CNPJ/CPF 05522917000170
ENDEREÇO GOV RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015		DATA DE EMISSÃO 27/05/2019
BAIRRO/DISTRITO AEROPORTO		CEP 64076-410
MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 27/05/2019
FONE/FAX		HORA DE SAÍDA/ENTRADA 14:10:54
ISENTO		

FATURA
11 26/05/2019 00:00:00

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

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO 9 - SEM FRETE 9	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE ,00	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO ,000	PESO LÍQUIDO ,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
COD. PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTD.	VL. UNIT.	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
9847	FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350; SIGTAP: 07.02.03.04-8.	90211020	048	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 ,000	VALOR DO ISSQN ,000

S ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PACIENTE: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS; HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA; CIRURGIÃO: DR. BERGIEL BARBOSA BEZERRA; PRONTUÁRIO: 512075; DATA CIRURGIA: 26/05/2019.	RESERVADO AO FISCO

24 a 26.05

25.05 a 23.05

Joana Luiza Mendes de Mesquita
CPF: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26 / 05 / 19

NOME DO PACIENTE:	Kaimundo Rodrigues de Amorim	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	Ulcera de Jell E	CIRURGIA:	Perf - + Ps
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	Dr. B. B. B.	CPF Nº:	
AUXILIAR:	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Solange	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.	—		Agon 20cm		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:			
PROLENE							

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - FMS
CONFERE COM O 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: Tho. cirurgia luxação joelho E

Cirurgião: Bergiel

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Lidoc 3% 1N		30mg											
2 Pentanil		200mg											
3 Propofol		30mg											
4 Quelicin		100mg											
5 Atacuras													
6 Clazoline		40mg											
7 Diprongo		3g											
8 Bromoprid		3g											
9 Ranitidil		10mg											
10		50mg											
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatil SEVO	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico MSD
Cat. Venoso nº 18G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☒ IOT nº 8.5 cuff
☐ LMA nº

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito: DDH

SPO2 (%)	98% 98% 98%
ETCO2 (mmHg)	40 44 42
Aces. Venoso	
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia:

1. Monitorização
2. Pré-oxig 3' sob máscara facial + indução EV Lidoc + Pentanil + Propofol + Quelicin
3. IOT sob laringoscopia direta ol tudo 8.5 cuff
4. VCV + Sevo + VC=600 ml FR=12 ipm. PEEP=5

Procedimento anestésico - cirúrgico - para intercondução.
Pte. seu nível neurológico.

João Luiz Mendes de Mesquita
Médico: 17390
Sócio: HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Elaine Saraiva
Anestesiologista
CRM 2676

Anestesiologista



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			
Nome: <u>RAIMUNDO RODRIGUES</u>		Prontuário:	Data: <u>26.05.19</u>
Sexo: () Masc. () Fem.	Idade:	Peso: <u>± 95</u>	Altura:
Procedimento (s) proposto (s): <u>Hto. úring. luxação joelhos E</u>			Apto? () Sim () Não
ANAMNESE			
1 - Patologias cardiocirculatórias	<u>HAS (X) Sim</u>	() Não	
2 - Patologias respiratórias	() Sim	() Não	
3 - Antecedentes patológicos	() Sim	() Não	
4 - Convulsão	() Sim	() Não	
5 - Passado anestésico cirúrgico	(X) Sim	() Não	
Transusão sanguínea	() Sim	() Não	
7 - Uso de medicação	(X) Sim	() Não	
8 - Alergia	() Sim	() Não	
9 - História familiar de complicações anestésicas	() Sim	() Não	
<u>Rel. 53 a, portador de DM + HAS, 2º DPO com história de descompressão (afundamento frontal exposto). No momento apresenta ECG=09, sem exames para realização de Hto. úring de luxação joelhos E, sendo ortopedista responsável procedimento em caráter de urgência por risco de lesão neuro-vascular do membro</u>			
EXAME FÍSICO			
PA: <u>150 x 80</u>	Pulso: <u>72</u> () arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) <u>X</u>	
1. Respiratório	() Normal (X) Alterado: <u>fagite dispneia</u>		
2. Cardiovascular	() Normal (X) Alterado: <u>fabrilação sinusal</u>		
3. Neurológico	() Normal () Alterado: <u>ECG=09</u>		
4. Abdome	(X) Normal () Alterado:		
5. Vias aéreas	(X) Possível VAD		
6. Extremidades	() Normal (X) Alterado: <u>luxação joelhos E</u>		
EXAMES COMPLEMENTARES			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia		
ECG:		RX Tórax	
ECO:	<u>SEM EXAMES</u>		
ASA: <u>IV (E)</u>	Anestesia proposta: (X) Geral () Outro:		
OBSERVAÇÃO DE CRPA:			
Anestesiologista: <u>João Luiz de Sousa</u>			
Matrícula: <u>67350</u>			
SAME - HUT			
CONFERE COM ORIGINAL			
CRM:			



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Raimundo Rodrigues da Silva*
Diagnóstico pré-operatório *luxação do joelho E*
Operação - Tipo *Redução e fixação externa*
Cirurgião *Dr. Bergiel* 1º Assistente
2º Assistente 3º Assistente
Instrumentador(a) Anestesista Anestesia
Anestésico(a)

Data da Operação *26/05/19* Início Fim
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pte em DDU sob anest.
Assepsia e antisepticos;
Campo estéril;
Redução manual da luxação do joelho E;
Fixação externa transcutânea.
Curativos

Dr. Bergiel Carlos Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
SAMES - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

HOSPITAL: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA** CNPJ: 05.522.917/0022-02

PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Nº PRONT.: 512025 Nº LAUDO: _____
Amis

- () NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO COD. 0309010047
 () NUTRIÇÃO ENTERAL EM PEDIATRIA COD. 0309010063
 () NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO COD. 0309010071
 () NUTRIÇÃO PARENTERAL EM PEDIATRIA COD. 0309010098

JUSTIFICATIVA

NUTRIÇÃO ENTERAL

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

NUTRIÇÃO PARENTERAL

- () Íleo paralítico
 () Fístula de alto débito
 () Obstrução intestinal
 () Necessidades nutricionais não atingidas pelo TGI
 () Síndrome do intestino curto
 () Pancreatite aguda grave

mt
 Justim Sérgio Leal Taboira
 CRM - 3131
 Diretor Técnico - HJT

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

Celso Pires Ferreira Filho
 Assessor de Auditoria DICA/AFMS
 CRM - PI 1635 - CPF 763.563.537 - 1
 CMS 20156040963070

DATA: 31/04/19

ASSINATURA DO AUDITOR



DF 212-5199



Joana Luísa Mendes da Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HJT
 COM ORIGINAL



HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

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

Fl. 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

Joana Lúcia de Sousa
Matrícula: 47330
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

FISIOTERAPIA


HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

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

() GRANDE QUEIMADO COD. 0302070028 () MEDIO QUEIMADO COD. 0302070010 () FISIOTERAPIA COD. 0302050035

JUSTIFICATIVA

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


Justino Sergio Leal Teixeira
CRM - 3131
Capel Técnico - HUT

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: _____

ASSINATURA DO AUDITOR



86 3218 5193



Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAMT - 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 de Jesus Nº PRONT.: 512075 Nº LAUDO: _____

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM LESÃO CUTÂNEA APRESENTANDO TECIDO COM ASPECTO:

- () NECROSADO
() ESFACELADO AMARELO
() TECIDO DE GRANULAÇÃO



Justino Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO AUDITOR



88 3216-5476



Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 42890
SAME - 42890
CONFERE COM O ORIGINAL

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.: 512075 Nº LAUDO: _____

JUSTIFICATIVA

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

DATA: ____/____/____


Justivan Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria ORCA/AFMS
CRM - PI 1638 - CPF 783.563.537 - 8
CNS 281598406930004DATA: 31/07/14

ASSINATURA DO AUDITOR

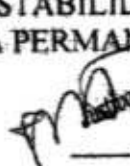
Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 97390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:**DIÁRIA DE UTI (TIPO II)**

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

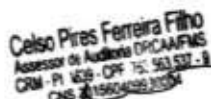
PACIENTE: Raimundo Rodrigues de Assis Nº PRONT.: 512075 Nº LAUDO: _____☒ UTI ADULTO COD. 0802010083☐ UTI PEDIÁTRICA 0802010156

JUSTIFICATIVA

**PACIENTE GRAVE APRESENTANDO INSTABILIDADE CLÍNICA
E NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA PERMANENTE**
Jackson Sérgio Lobo Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUTDATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR


Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria OFICIAFMS
CRM - PI 1638 - CPF 751.563.537-9
CNS 15604285.21504

DATA:

31/07/19

ASSINATURA DO AUDITOR



86 3214-5199

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

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

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

704000320183162

NOME DO PACIENTE

RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

NASCIMENTO

09/05/1966

SEXO

M

PRONTUÁRIO

512075

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

8699220865

NOME DA MÃE

LUZIA RODRIGUES DE SOUSA

RESPONSÁVEL

BRUNA RODRIGUES

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

LOC. TAMANDUA

NUMERO / LOTE

SN

BAIRRO

ZONA RURAL

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

MIGUEL ALVES

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050683 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO AO NIVEL DO JOELHO

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

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

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

26/05/2019

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

CPF: 80965180387

CRM:

DATA ADMISSÃO

26/05/2019 16:47

DATA ALTA

22/06/2019 14:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO

CPF: 22759379353

CRM:

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luiza Medeiros de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

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

Resp: BRUNA RODRIGUES

14-Cor: Sem Informação

Ender: TAMANDUA - ZONA RURAL - CEP: 64130-000

6-Munic: MIGUEL ALVES

17-Cod.IBGE: 220620

18-UF: PI

19-CEP: 64130-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Luxação de joelho @

DIÁRIA DE U.T.I.

21 - Condições que justificam a internação:

TTF Amigrio

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

Rx

Diagnóstico Inicial:

fratura da extremidade proximal da tíbia

24-CID Prim:

S821

25-CID Sec.:

26-CID C./as.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408050683

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

809.651.803-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

34-Data Solicitação:

26/05/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

21/07/19

48-CPF:

49-Num. Documento:

() CPF

Paciente ou Responsável:

Bruna Rodrigues

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria DICA/FMS
CRM-PI 1638-CPF 76.563.537/9
CNS 20.000.000.000Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47.000
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

Usuário: (ANTONIO ZUKIVAN)

Consulta Local: 003183

Consulta SUI:

Impressão: 25/05/2019 16:47:12


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 Atendimento: 239808
 Requisição: 965929 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1240397 Convênio: S U S 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.

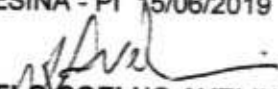
RELATÓRIO:

- CRANIECTOMIA FRONTAL À ESQUERDA, COM MATERIAL DENSO NO SEIO FRONTAL IPSILATERAL.
- HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE 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

Joana Luísa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 473980
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Prontuario: 512075 - RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS
Nascim.: 09/05/1966 Id:53alm6d CPF: 394.513.133-20
Mãe: LUZIA RODRIGUES DE SOUSA
Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL
: MIGUEL ALVES-PI - 64130-000 CNES: 704000320183162

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

1) 1240377 T.C. DE CRANIO (0206010079)

	Díálise / Hemodiálise		Procedimento fora da faixa etária
	Albumina Humana 20%	X	tc de crânio

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

JUSTIFICATIVA

tc de controle

DATA:

15/06/19

Dr. Fábio Marcos de Sousa
MÉDICO
CRM-PI 3336

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Médica
SAME - HUT
CONFERE/COM O ORIGINAL

Assinatura do Médico Solicitante

GC de crânio

João Luiz Mendes de Mesquita
Médico - RUI
SALE - 47390
CONFERE COM O ORIGINAL

Cranectomia frontal à eq,
com material denso no
seio frontal ipsilateral.

HSA discreta no convexidade
P bilateral.

Foco focal de gliose no
talamo à (eq).

(3) (5)

Acentuação dos espaços subdu-
rais bifrontais, maior à (eq).

Obs: Fraturas faciais.

Manuel

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Prontuario: 512075 - RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS Nascim.: 09/05/1966 Id: 53a0m29d CPF: 394.513.133-20 Mãe: LUZIA RODRIGUES DE SOUSA Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL : MIGUEL ALVES-PI - 64130-000 CNES: 704000320183162	Req: 962783 -Atend: 239800-INT- Sol.: 07/06/2019 06:33 1) 1234300 T.C. DE CRANIO (0206010079)
Dialise / Hemodiálise	... atendimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	X TC de Crânio

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

JUSTIFICATIVA

Paciente politraumatizado, SO de craniotomia descom-
 pressionada. Evolui, em 10^o DIH com rebaixamento da nuca,
 de consciência. Em uso de Cefepime (02), em sedação al-
 gia. Glasgow do dia anterior (05.06.19) 12nt, hoje: 04nt.
 Sem sedação desde 29.05.

DATA: 06.06.19


Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:


Assinatura do Médico Solicitante

Joana Luísa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINÁRIO

Cranietomie frontal E.

Hematoma subdural agudo frontal D e fronto-parietal E.

Hemorragia intracranial de na alte comeniscoida parietal bilateral.

3
4
5 } on



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
DE BPA INDIVIDUALIZADO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Etiqueta de Autorização

Handwritten signature

BPA - I

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: LUEZIA 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

1-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

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

003.135.103-42

41-Ass.Carimbo Méd.Sol. (CRM)

*Glauco Bezerra e Silva
Médico
CRM-PI 7110*

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)

*Joana Lúcia Mendes de Albuquerque
Matrícula 67380
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Etiqueta de Autorização

Uh g.

BPA - I

2-CNES

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

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

9-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:

E30.0

28-CID Sec.:

29-CID C.Ass.:

26-Observações/Justificativa:

trauma e Dr.

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO

39-Data Solicitação:

24/05/19

40-Tp. Documento:

CPF

40-No. Doc. Méd. Solic.:

003.135.103-42

Glauco Rocha e Silva
Médico
CRM-PI 7110

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 DE ALMEIDA MACHADO)

(Ass. Paciente/Responsável)

Joana Luiza Mendes de Almeida
Médico
SAM-PI 47390
CONFERE COM O ORIGINAL



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Etiqueta de Autorização

BPA - I

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

0206010079

20 - Nome do Procedimento Principal

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

21 - Qtde.

1

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

26-Diagnóstico:

TCE

27-CID Prin:

5069

28-CID Sec.:

29-CID C.Ass.:

26-Observações/Justificativa:

TCE + trauma

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO

39-Data Solicitação:

24/05/19

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

003.135.103-42

Glauro Rocha e Silva
Médico
CRM-PI 7110

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: 1224386

WILLIAM MACHADO

(Ass. Paciente/Responsável)

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica
Matrícula: 47390
SUS - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Etiqueta de Autorização

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
DE BPA INDIVIDUALIZADO

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: LUEZIA 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 Prin:

407

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

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

003.135.103-42

Glauco Rocha e Silva

Médico

CRM-PI 7110

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: 957900

Consulta: 723183

Exame: 1224390

(Ass. Paciente/Responsável)

Joana Lúcia Mendes de Aguiar
Mantida: 47390
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

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: LUIZIA 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:

407

28-CID Sec.:

29-CID C.Ass.:

26-Observações/Justificativa:

Do trauma.

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO

39-Data Solicitação:

24 / 05 / 19

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

003.135.103-42

Glauco Rocha e Silva
Médico
CRM-PI 7110

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

AUTORIZAÇÃO

48-CBO:

45 - 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)

João Luiz Mendes de Mesquita
Médico
CRM-PI 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**FMS**

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

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

8 - NOME DA MÃE

Prontuario: 512075 - RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

Nascim.: 09/05/1966 Id:53a0m15d CPF: 394.513.133-20

Mãe: LUZIA 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

=1) 1224434 T.C. DE PELVE (0206030037)

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

0206030037

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

Termografia de abdome inferior com contraste.

21 - QTD.

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

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Don

23 - CID 10 PRINCIPAL

R10.0

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

Paciente vítima de acidente de moto/ciclito, mecanismo frontal a cerca de 4 horas, com dor à palpação em abdome e sinais de peritonite.

com contraste**SOLICITAÇÃO**

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/05/19

29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dra. Auriane
MÉDICA
CRM-PI 36530 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

32 - CRO

33 - CNS DO PROFISSIONAL AUTORIZAÇÃO

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

36 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica - 47390
SAME - HUT
CONFERE 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

5 - DATA DE NASCIMENTO

03/05/66

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

8 - NOME DA MÃE

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - Prontuário: 512075 - RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

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

Nascim.: 09/05/1966 Id:53a0m15d CPF: 394.513.133-20

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

12 - Mãe: LUZIA RODRIGUES DE SOUSA

Endereço: TAMANDUA - ZONA RURAL

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

0206030010

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

Tomografia de abdome superior contrasto

21 - QTD.

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

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Dor

23 - CID 10 PRINCIPAL

E500

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

Paciente vítima de acidente automobilístico,
mecanismo frontal a cerca de 4 horas, com dor
à palpitação, com sinais de peritonite.
com contraste

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/05/19

29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dra. Auriane Alencar
MÉDICA
CRM-PI 11111

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

32 - CRO

33 - CNS DO PROFISSIONAL AUTORIZAÇÃO

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

36 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Enfermeira - 477990
SAME - HUT
NÃO É O ORIGINAL



Etiqueta de Autorização

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

uti g

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: LUEIA 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	27-CID Prin: 707	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	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) Glauco P. de Silva CRM-10
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: 957903

Consulta: 723183

Exame: 1224393

(WILLIAM MACHADO)

(Ass. Paciente/Responsável)

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica 47390
SUS - HUT
CONFERE COM O PACIENTE

**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

Pag: 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: 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

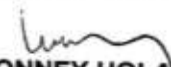
TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

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-ETMOIDO-MAXILAR À ESQUERDA.
- EDEMA/HEMATOMA EM REGIÕES PERIORBITÁRIA E NASOGENIANA À ESQUERDA.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

JIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019


WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes da Mota
Matrícula: 47390
SANE - 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 Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 239808
Requisição: 965929 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1240397 Convênio: S U S 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
Matricula: 059234
SAM - 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:	967571	Solicitação:	20/06/2019	Solicitante:	YURI JIVAGO FELIX
Controle:	1243702	Convênio:	S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11	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 Esquivel Pereira de Sousa Lopes
 Matrícula: 059234
 SAM - HUT
 Conferido 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 Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 239808
 Requisição: 962783 Solicitação: 07/06/2019 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
 Controle: 1234300 Convênio: S U S UTI GERAL UTI GERAL LEITO 08

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

Jorge Luis Mendes de Mesquita
 Matrícula: 20090
 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: 53a6m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 239808
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 MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes
Matricula: 059234
SAV - 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

Pág: 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: S U S 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





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




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: 965610 Solicitação: 14/06/2019 Solicitante: WYSMAR VIEIRA FREITAS DA SILVA
 Controle: 1239871 Convênio: S U S 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



**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: 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.

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

Joana 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: 957923 Solicitação: 24/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1224435 Convênio: S U S

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 PERIESPLÊNICO.
- 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 LINFONODOMEGALIAS.
- BACIA COM GRANDE REPLEÇÃO.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019


WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

Joana 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: 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.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019


WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SANE - 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: 1224389 Convênio: S U S

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.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO 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

Josana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SABE - HUT
CONFERE 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

Pag: 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: 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

Joanna Luísa Mendes de Mesquita
Matriculada 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

Pag: 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: 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

Pag: 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: 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 LINFONODOMEGALIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEM NORMAL.

(S CEZAR)

TERESINA - PI 24/05/2019


WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Régistro: 47390
SAME - HUT
COMPARE COM O ORIGINAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464954/19

Vítima: RAIMUNDO RODRIGUES DE ASSIS

CPF: 394.513.133-20

Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/05/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO RODRIGUES
DE ASSIS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-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

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