

P 72

SpO₂ 97% ae iambiente

(P) 130 x 80 mm Hg

rotulação ia E. Fecho eletrodo
comprimido.

Kássia Andrade e Silva
Enfermeira
COREN-PI 336.765

P 50 - Encaminhado ao MTR. Concedente,
sem dardo, sem dor, pupila: macil-
entos e botos resistentes, pupilas: maci-
lentos em reag. Apresenta hemoptise.
P 74, SpO₂ 96% ae ambiente, (P) 130 x 80 mm Hg.

Kássia Andrade e Silva
Enfermeira
COREN-PI 336.765



NOME DO PACIENTE: Manoel Silveira de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508424

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

José Luis Mendes de Oliveira
Matrícula 1250
CONFÉRENCIA CLÍNICA
CONFÉRENCIA CLÍNICA

*NEURO Z Clínica
 Clínica*

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> MANOEL SILVA DE SOUSA		<u>Prontuário:</u> 508424
<u>Mãe:</u> MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA		<u>Pai:</u> JOAO MATIAS DE SOUSA
<u>End. Resid.:</u> EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEPREDO PACHECO - PI - CEP: 64285-000		
<u>Nascimento:</u> 25/02/1990	<u>Idade:</u> 29a1m18d	<u>Sexo:</u> Masculino
		<u>Fone:</u> 86-98112-1650
<u>Responsável:</u> ANA LUCIA MOREIRA MELO		<u>CMS:</u> 702801657049764
<u>Profissão:</u> LAVRADOR		<u>Documento:</u> RG: 3087794 - SSP PI
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civili:</u> União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Edige:</u> 717036	<u>Entrada:</u> 14/04/2019 23:57:51	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced.</u> 0301060061
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLISTA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
HUT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		Indefinido
<u>Breve História Clas. Risco:</u>	EXAME: Crânio + TX Abd/Plv DATA: 15/4/19 às 00:31 TÉCNICO: 000	

<u>SSVV:</u>	(Hora: ____ : ____)	
Peso: 0,00 kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 kg/m ²
Pulso: bpm	Pressão: mmHg	

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>
paciente vítima de acidente motociclistico (MOTO-CARRO), ACERCA DE 6 HORAS, SEM USO CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, APRESENTA OTORRAGIA ESQUERDA. A) VIAS AERÉAS PERTÍVIAS, FÁSICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 61 BPM, SARTO: 97% C) RR, 2T, BNF, SB. PELVE ESTÁVEL E ABDOME INOCENTE D) PUPILLAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES E) COHATIVO

<u>Diagnóstico Inicial:</u>	<u>CIE:</u>
?	

<u>Exames Complementares:</u>
(1195124) - T.C. DE CRANIO (1195125) - T.C. DE TORAX (1195126) - T.C. DE PELVE

<u>Prescrição Médica:</u>
SP 0,9% 500ML EV, FMV DIPIRONA 500MG - 1 AMP + AD, EV, AGORA TILATIL - 1 AMP, EV, AGORA

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>		
Observação (Adulto)	<u>Data:</u> / /	<u>Hora:</u> :

Rassinatura Paciente ou Responsável

*Dr. Antônio Neto Coelho Motta
 Médico
 CRM 4330 Em: 15/04/2019 00:22:17*

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 196540

AIH: 2219100281277

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	MANOEL SILVA DE SOUSA		25/02/1990	M	508426
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL	
		MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA		ANA LUCIA MOREIRA MELO	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE	
64285000	EXTREMA			S/N	
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		UF	
ZONA RURAL		SIGEPREDÔ PACHECO		PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VITIMA DE ACIDENTE MOTOBILICO SEM USO DE CAPACETE, APRESENTANDO OTORRAGIA ESQUERDA COM QUEIXA DE CEFALÉIA ASSOCIADO À TONTURA. EM TC DE CRÂNIO: HEDA TEMPORO-PARIETAL ESQUERDA + HSAT COM INDICATIVO CIRÚRGICO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

AS A CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL.
S064 - HEMORRAGIA EPIDURAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0403010276 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

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

CARATER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

MILAO CARDOZO GUIMARAES
CPF: 97466352391

CRM:

DATA ADMISSÃO
14/04/2019 23:57DATA ALTA
24/04/2019 11:00MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE / AValiação / AUDITORIA

JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA GOMES
CPF: 03834812391

CRM:

DATA ANÁLISE: 15/04/2019 00:30:47

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

José Carlos Menegat
Medicina
Santos
CONFIRA COPIA



Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Consulta: 717036

Temp: 15/24/3015 20:22:18

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA Prontuário: 508424 Local: Leito:
Tipo Sanguíneo: Fator RH: Peso (Kg): 0,00 Altura (M): 0,00 IMC (Kg/m²): 0,00



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 38470 - Em: (15/04/2019)

Atendimento	Prontuário	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
23699	508424	MANOEL SILVA DE SOUZA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGIA - P07	SUPERIOR	EX09	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS		
Evolução:	TCE HEP-PO na melaçona C/TC constante Amentí			Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades: PÓS OF RENDA				
Horas:									
Seq.:	Descrição-Apresentação/Quando:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA, Andor Benedito LIMA (2014)								
	1 CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
	2 RANTITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 8 AD	50,00	mg	EV	8/8h				
	3 FENITOÍNA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 5ML FAZER 2ML + 100ML SF 0,9% EV 8/8h	1,00	Ampola	EV	8/8h				
	4 DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
	5 BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8 AD EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h		AD		
	6 HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORIA	1,00	Ampola	IM	SN				
	7 TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 8/8h - EM CASO DE DOR	1,00	Ampola	EV	SN		SF 0,9%		
	8 MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 0,9% SE	1,00	Ampola	EV	SN		AD		
	9 CAPTOPRIL 25MG SE PA > 160/110MMHG	2,00	Comprim	Oral	8/8h				
	10 CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ. D1	1,00	Frasco	EV	6/6h				
11 TRONOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h		Dr. Elton Bezerra			

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° / FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / SINAIS VITAIS: O2SAT 96-98% / BURGCHECK 2/2 H

CPF: 0364.633-70
NEUROCIRURGIÀ / NEUROLOGIA
Burgcheck 2/2 h



PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE <i>Wendel Silveira de Sousa</i>	PRONTUÁRIO	CLÍNICA <i>NCB</i>	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO <i>15/01/19</i>	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
<ul style="list-style-type: none">1- Dietas genéricas 2x o dia2- Sf 250mg - 2x000 - (2) 7/6h3- Captopril 50 - (2) 6/6h4- Dipirona - 500 - (2) 6/6h - sn5- Flutul - 500 - (2) 2/24 - sn6- Ancepral 100 - (2) 14/24h7- Tidol - 500 - (2) 2/12h8- Tiamol 100g + vent sf - (2) 8/16h9- Glicemic 1000 mg10- ISW - 00666					
<p>COPIA AUTORIZADA C. Gomes PROFISSIONAL CIRURGIANO</p>					

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 38976 - Em: (18/04/2019)

Atendimento	Prontuário	Paciente:	Dt.Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:	
236999	308424	MANOEL SILVA DE SOUSA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGICA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 09	MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS	
Evolução: Horas:		Alergias: Dr. <u>DR. MARCOS V. OLIVEIRA</u> <u>NEUROLOGIA</u> <u>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA</u>				Diagnóstico/Comorbidades: PÓS OP REBA <u>Suje a confusão</u> - <u>G14</u>		
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA,							9:05: Pct de alto hospitalar. Entro Gomelein COREN 38976
	1 CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLOGICO) 1000ML BIST FECHADO		1,00	Frasco	EV	12/12h		(SUSPENSO)
	2 RANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 8 AD		50,00	mg	EV	8/8h		(SUSPENSO)
	3 DIFIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE		1,00	Ampola	EV	6/6h	AD	
	4 BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8 AD EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS		1,00	Ampola	EV	8/8h	AD	
	5 HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA		1,00	Ampola	IM	BN		
	6 TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR		1,00	Ampola	EV	BN	SF 0,9%	
	INTENSA							
	7 MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE		1,00	Ampola	EV	BN	AD	
	DOR INTENSA							
	8 CAPTOPRIL 25MG SE P/AD 160/110MG		2,00	Comprim	Oral	8/8h		
9 TENOMICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Ampola	EV	12/12h			
10 FENTOÍNA SÓDICA 100 MG		1,00	Comprim	Oral	8/8h			
11 LEVOMEPROMAZINA 4% (40MG/ML), SOL. ORAL GOTAS C/20ML. FAZER 10 GOTAS VO À NOITE		1,00	Frasco	Oral	24/24h			

Observações Gerais: CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA + SINAIS VITAIS REGULARES + NEUROCHECK 2/2 R



Mayare

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt.Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
136994	SDR434	MANOEL SILVA DE SOUSA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 09	MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS			
Evolução:				Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:					
Hora:	<p><i>E/C-157</i></p>				<p><i>PÓS OP REBA</i></p>	<p><i>Col: Tc ob ceno do rebab reu volta 06</i></p>				
Seq.º	Descrição- Apresentação/Observações:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons.:	Dil.Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA, LAXANTE									
1	CLORETO DE SODIO 0,9% (SORO FISIOLOGICO) 1000ML SIST FECHADO		1,00	Frasco	EV	12/12h			<i>16/04/17</i>	<i>10h: fonctionamento P1 TC crene</i>
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML, FAZER 2ML + 8 AD		50,00	mg	EV	8/8h			<i>14/2206</i>	<i>Tolânia 26 m helb. infecção tópica</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML, EM CASO DE DOR OU FEBRE		1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		<i>baqueto brachio 20.</i>
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML, FAZER 2ML+ 8AD EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS		1,00	Ampola	EV	12/12h		AD		<i>Col. Al + hipoglicemias desabafa m helb.</i>
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA		1,00	Ampola	IM	SN				<i>desabafa m helb.</i>
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA		1,00	Ampola	EV	SN		SF 0,9%		<i>D. Marcos Vinicius O. dos Santos Neurocirurgião CRM-SP 3950</i>
7	CAPTOPRIL 25MG SE FAZ 160/110MG/MEG		2,00	Comprim.	Oral	8/8h				
8	FENITOÍNA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 5ML FAZER 2ML + 100ML SF 0,9%		100,00	mg	EV	8/8h			<i>14/2206</i>	
9	CLONAZEPAM 2,5 MG/ML ; FRASCO 20ML FAZER 10 GOTAS VO À NOITE		1,00	Frasco	Oral	24/24h			<i>21</i>	
10	ÓLEO MINERAL PURO 15G/100ML		10,00	ml	Oral	8/8h			<i>14/2206</i>	<i>H.T.D.S. ZENON ROCHA APROVADA</i>

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISTOTERAPIA + Mineraloterapia + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2

Vila das Flores U. dos Santos
Neurocirurgião
CRM-PB: 3950

~~MUTER ZENON ROCH
FOTOGRAFIE CZECHIA
DODRZNA~~

~~EXAME: 17909-3
DATA: 24.04.2012 01:53~~

J.R.: Pct de acto
hospitaler



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Manoel filho de Jauá

Diagnóstico pré-operatório

HEPA

Operação - Tipo

Dinner AEVA

Cirurgia

1º Assistente

2º Assistant

3º Assistentes

Instrumentador(a)

- Androctonus

4-25-1

Apocalipsis/ct

Data da Operação

15/01/19

1-6-2

1

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

 1. Pd em dentes doul. sob anestesia geral ; 2- Anexos, subgigna e
crownas cirurgicas ; 3- Fraturas cutaneas protetivas+protetil (2) . 4-
Sutura e sutura de m. temporal ; 5- Causulacis
temporal protetil (2) , a- Drenagem de tecidos ; 7-
Ancarescentes doul + hemostase ; 8- Cervoplastia
9- Drano , usus ; 10- Sutura por planos ; 11-
Corpo

100

[Signature]

Epistles
1 Thessalonians
1 Timothy
2 Timothy
Titus
Philemon

*Dr. Thos. C. Gammie
Neurocirculatory
Nervous System*

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO			
NOME DO PACIENTE <u>Moniz Silveira Souza</u>								
DATA <u>15/10/19</u>	P. ARTERIAL <u>110 x 70 mmHg</u>	PULSO <u>90 bpm</u>	RESPIRAÇÃO <u>100 +</u>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
EXAMES DE SANGUE								
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>Peculiar chega ao cint. crânio devorando Gláquias 3+3+6</u>								
SISTEMA CIRCULATORÍO <u>Selvagem bem regular com ondas de pulso ligeiramente</u>	ELETROCARDIOGRAMA							
SISTEMA RESPIRATÓRIO <u>Abn. sem ind. de alergia</u>	ASMA BRONQUITE							
SISTEMA DIGESTIVO	SISTEMA URINÁRIO							
ESTADO MENTAL	CORTICOIDES ATARAXICOS OUTROS							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO								
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)								
TOTAL DE DOSES								
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3							
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100							
TEMPERATURA T	C° 38	260 240 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10						
P. ARTERIAL V O PULSO								
INÍCIO E FIM ANESTESIA X								
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO								
RESPIRAÇÃO O								
SÍMBOLOS							DURAÇÃO	
TÉCNICAS							INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES							<u>Ataque 1</u> <u>Reatque 2</u>	
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
PARTICULARIDADES								

MOD 76 - HUT



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 15 / 04 / 2019

NOME DO PACIENTE:	Maria Silveira Soárez	PRONTUÁRIO Nº:	50 8424
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	goc	Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	Braga	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Sinal	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Fucino	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	00		LÂMINA DE BISTURI 11,54	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 65,710	PAR	05	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	120		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	00		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	06	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 500	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	66		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	14	UNID.	02				
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Belas sanguíneas Sangue Belas Paus enc Biotipos Gente de breturi Cromotomo sonda Foley extubação			05
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							01
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							02
CAT. GUT. CROMADO C/AG							01
CAT. GUT. CROMADO S/AG							01
ALCOFIL	6	01					01
MONONYLON 20,30		07					01
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2,0		30		CIRCULANTE: Renna			
PROLENE 1,0, 2,0		05					

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maneck Senna de Souza IDADE _____ anos DATA 15/04
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 03 hrs 25 min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Hematomia - Catadural CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	07:10	SAIDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	147 / 86	128 / 73	135 X 72
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	82	70	84
SATURAÇÃO DE O2 (%)	97	96%	93%
TEMPERATURA AXILAR (0°C)			-
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			-
NOME/ MATRÍCULA	<u>Raynul</u>	<u>Maneck</u>	<u>Souza</u>

ÍNDICE DE ALDRETT E KROLIK		ADMISSÃO			
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 20-40% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	TOTAL	<u>09</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	ASS.	<u>Morre</u>		<u>Morre</u>

SONDA VESICAL	DRENOS DE SUÇÃO	DRENOS TORACICO	IDVE	COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NA
hs <u>250</u> mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
03:25 - Paciente chega na RPA no PCI de intubamento cirúrgico de hematomia extradural, consciente, extuba tra oto spcs, hemodinamicamente estável, em PAJ, sem queixa, diante sonda funcional, diurese por SUD V3 250 ml morta.

07:50 Despachado 600 ml de dextrose concentrada 20%
para SUD. morte

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA	HORÁRIO	ANESTESIOLÓGISTA

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

POSTO: [] 12 [] 13 [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] IPED [] NEURO [] GERAL [] 14 [] QUEIM. CLÍNICA [] IPED [] IORT [] NFEU [] ICIR [] IME



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3219 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL SILVA DE SOUSA** (Prontuário: **508424**)
 Endereço: **EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000**
 Nascimento: **25/02/1990** Idade: **29a1m18d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **717036**
 Requisição: **943227** Solicitação: **15/04/2019** Solicitante: **ANTONINO NETO COELHO MOITA**
 Controle: **1195124** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 15/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA CRANIANA NA REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA, ESTENDENDO-SE À MASTÓIDE ESQUERDA.
- HEMATOMA EXTRA-DURAL NA REGIÃO TEMPORO-PARIETAL À ESQUERDA.
- HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR NA REGIÃO TEMPORO-OCCIPITAL ESQUERDA, CONTENDO BOLHAS GASOSAS.
- HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE.
- DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA (0,7 cm).
- CONTUSÕES HEMORRÁGICA NOS LOBOS FRONTAL, TEMPORAL E PARIETAL À ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE HIDROCEFALIA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

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:	MANOEL SILVA DE SOUSA	(Prontuário: 508424)
Endereço:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000	
Nascimento:	25/02/1990	Idade: 29a1m19d
Requisição:	943686	Solicitação: 16/04/2019
Controle:	1196126	Convênio: S U S
		Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236999
		Solicitante: THIAGO CARDOSO GUIMARÃES
		CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 16/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIAS FRONTAL, TEMPORAL E parietais ESQUERDAS COM CATETER INTERPOSTO NO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO ADJACENTE.
- HEMATOMAS SUBGALEAIS AGUDOS DIFUSOS, BILATERALMENTE, DE MAIOR VOLUME À ESQUERDA.
- EDEMA/HEMATOMA EM REGIÕES PERIORBITÁRIA E GENIANA À ESQUERDA.
- ÁREAS DE ENFISEMAS SUBCUTÂNEOS EM REGIÃO FRONTAL BILATERAL E TÊMPORO-PARIETAL ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS EM CONVEXIDADES FRONTAL, TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDAS APAGANDO SULCOS CORTICais ADJACENTES.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDEMAS MARGINAIS EM LOBOS TEMPORAL, E OCCIPITAL ESQUERDO, CAUSANDO COMPRESÃO SOBRE O VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO.
- HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE AGUDA EM REGIÃO FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 16/04/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Professional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MANOEL SILVA DE SOUSA (Prontuário: 508424)				
Endereço:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000				
Nascimento:	25/02/1990	Idade: 29a1m23d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO	Atendimento: 236999
Requisição:	945071	Solicitação: 20/04/2019	Solicitante: JOAO ALFREDO BARROS PAZ		
Controle:	1198954	Convênio: SUS	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 08

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIAS FRONTAL, TEMPORAL E parietais ESQUERDAS.
- HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS EM CONVEXIDADES FRONTAL, TEMPORAL, parietais E OCCIPITAL ESQUERDAS, APAGANDO SULCOS CORTICais ADJACENTES.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDEMAS MARGINAIS EM LOBOS TEMPORAL, parietais E OCCIPITAL ESQUERDOS, CAUSANDO COMPRESSÃO SOBRE O VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO.
- LEVE DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA (0,5 CM).
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MANOEL SILVA DE SOUSA	(Prontuário: 508424)
Endereço:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000	
Nascimento:	25/02/1990	Idade: 29a1m27d
	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	946689	Solicitação: 24/04/2019
Controle:	1202036	Convênio: SUS
		Solicitante: MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
		CLINICA NEUROLOGIA - P07
		ENFERMARIA 212
		LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIA FRONTO-PARIETO-TEMPORAL A ESQUERDA.
- HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO-PARIETO-TEMPORAL A ESQUERDA.
- PEQUENOS HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS AO NÍVEL DA CRANIOTOMIA.
- APAGAMENTO PARCIAL DO VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO, COM DESVIO CONTRALATERAL DAS ESTRUTURAS MEDIANAS, MEDINDO 0,7 CM.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDEMAS MARGINAIS EM LOBOS TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDOS.
- MATERIAL HEMÁTICO EM TENDA CEREBELAR A DIREITA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 24/04/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2365

Professional Responsável

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
CRM 2365
CONCEPCIONAL

PACIENTE: MANOEL SILVA DE SOUSA
MÉDICO SOLICITANTE: EMERSON BRANDÃO SOUSA
IDADE: 29a 3m 11d SEXO: M PEDIDO: 608236
CÓD. PAC: 615340 DATA: 07/06/2019



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Aquisição volumétrica da base do crânio até o vértex, sem a injeção IV do meio de contraste.

RELATÓRIO:

Craniectomia temporo-parietal esquerda, notando-se perda de massa óssea no osso temporal inferior / mastóide deste lado.

Preenchimento parcial de células mastoídeas esquerdas por material hipoatenuante, denotando mastoidopatia.

Hipoatenuação córtico-subcortical observada na região temporo-parietal esquerda, com efeito atrófico caracterizado por alargamento de sulcos corticais adjacentes e efeito ex-vacuum sobre o corno temporal do ventrículo lateral esquerdo, sugestiva de encefalomácia/gliose.

Restante do parênquima cerebral com atenuação preservada.

Espaços periencefálicos, demais sulcos e cisternas encefálicas preservados.

Ventrículo lateral direito e terceiro ventrículo com morfologia, dimensões e topografia normais.

Tronco encefálico e cerebelo com morfologia e coeficientes de atenuação normais

Quarto ventrículo com morfologia, dimensões e topografia normais.

Ausência de processos expansivos ou coleções hemorrágicas intra/extra-axiais detectáveis ao método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Craniectomia temporo-parietal esquerda, notando-se perda de massa óssea no osso temporal inferior / mastóide deste lado.
- Preenchimento parcial de células mastoídeas esquerdas por material hipoatenuante, denotando mastoidopatia.
- Hipoatenuação córtico-subcortical observada na região temporo-parietal esquerda, com efeito atrófico caracterizado por alargamento de sulcos corticais adjacentes e efeito ex-vacuum sobre o corno temporal do ventrículo lateral esquerdo, sugestiva de encefalomácia/gliose.

DR CAIO CESAR DANTAS COSME
Médico Radiologista
CRM 5059

Emido em: 10/06/2019 às 13:07:33 - Pedido: 608236 - Paciente: MANOEL SILVA DE SOUSA

Página 1 de 1

Dr. Alvaro S. Matos CRM-4637	Dr. Agnaldo C. Corrêa CRM-3071	Dr. André Lobo R. Faria CRM-2697	Dr. Cari C. Costa CRM-5189	Dr. Charles I. V. Veloso CRM-5181	Dr. Francisco C. da S. Júnior CRM-5062	Dr. Gleyson F. Rangel CRM-5187	Dr. Gonzalo R. de A. L. Almeida CRM-5012	Dr. Henrique Araújo CRM-4850
Dr. Ivan T. Mendes CRM-5172	Dr. Isabela R. M. M. Afonso CRM-5200	Dr. Jairo D. Costa CRM-4274	Dr. Joyce Rovente CRM-4167	Dr. Luizeno P. Ulysse CRM-4464	Dr. Renato de O. Pereira CRM-4186	Dr. Robert W. M. Ferreira CRM-3402	Dr. Renato G. Cipriano CRM-5181	Dr. Thiago M. Andrade CRM-3545

- ULTRA-X CENTRO - Rua Antônio G. Abreu, 590 - Centro/Sul
- ULTRA-X JOCKEY - Rua Antônio G. Abreu, 318 - Jockey
- ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irineu Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

86 3194 5555

clinicaultrax.com



POLICLÍNICA PAZ LTDA

Av. Alberto Barreto, 211 - Centro • Campo Maior - Piauí

Contato: Claro (86) 99430-2834 / Vivo (86) 98122-8180 / Tim (86) 99842-6988

CNPJ: 06.738.876/0001-16 • Insc. Est.: 19.300.090-3

E-mail: polyclinicapazi@gmail.com

POLICLÍNICA PAZ

Ultrassonografias

Mammografia

Endoscopia Digestiva

Doppler de Artérias

Exames Radiológicos

Electrocardiograma (ECG)

Eco Cardiograma

Electroencefalograma

Consultas Médicas

Intervenções Elétricas e de Urgência

Exames Laboratoriais

Pequenas Cirurgias

RECEITUÁRIO

Nome do paciente (preencher sem abreviar)

Manoel Sílvio de Souza

Data do Nascimento

Idade

Sexo
Masculino
 Feminino

Foi encaminhado com disfagia, cianose, cefaleia e tontura, história de traumatismo craniano provocado por acidente de motocicleta no dia 14.04.18, foi submetido a craniotomia no dia 15.04.18.

(CID-10: T90 + R51)
Recebeu alta do tratamento em
28.10.19.

DATA: 28/10/19

Dr. João Carvalho
Neurologia
CRM: PI 18574

Carimbo e Assinatura do
Médico Solicitante

- Voltando à consulta queira trazer esta receita -



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SÉRIAL 3.087.794 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/12

NOME: MANOEL SILVA DE SOUSA

RESIDÊNCIA:

MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA
JOÃO MATIAS DE SOUSA

NATURALIDADE: CAMPO MAIOR-PI DATA DE NASCIMENTO 25/02/1990

DOC. ORIGEM: CERT. NASC. 65497 L A-54 F 133
EXP CAMPO MAIOR-PI 19/03/02

TELEFONE: PL 051.062.593-20 ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 86.250/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Nº 3.087.794 DATA DE EMISSÃO 30/01/12

MANOEL SILVA DE SOUSA

MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA
JOÃO MATTIAS DE SOUSA

CAMPOMAIOR-PI
DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 65497 L A-54 F 133
EXP CAMPO MAIOR-PI 19/03/02
051.062.593-20

LEI Nº 7.10 DE 20/06/03 - DECRETO Nº 20.250/03



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARQUES"



ANTONIO ARAUJO DA SILVA

0116014

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

2.084.501

DATA DE
EXPEDIÇÃO

21/01/13

NOME
ANTONIO ARAUJO DA SILVA

PAUTAÇÃO

ANTONIA SOUSA ARAUJO.

FRANCISCO SOARES DA SILVA NETO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

CAMPO MAIOR-PI

12/06/1980

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 59591 L-A50 F 155V

CPF EXP CAMPO MAIOR-PI 11/09/98

TEREBINA-PI

914.187.203-72

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	PLACA / RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO	
1711	00173865054		2018	
00000	NOME			
QNE	MARIA DO CARMO DA SILVA GOMES			
IndB	*****			
21a5	*****			
0053	*****			
0067	*****			
1080	*****			
1980	CPF / CNPJ	PLACA		
0308	99780380153	NIO-1157		
9710	PLACAS ANTES/UF	CHASSI		
		9C2JG4110AR541086		
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA		GASOLINA		
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD	
BONDA/CG 125 TAN KS		2009	2010	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
02P/0124CC		PARTICU	PRETA	
I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
P	PAÍSA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	1º IPVA	
V			2º	
A			3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IPF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGUR		PAÍSO		

SEGURO OBRIGATÓRIO

SEM RESTRIÇÕES OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA
JUAZEIRO DO PIAUÍ 17/08/2018

MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013227896949 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2018		17/08/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	99780380153	NIO-1157	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
00173865054		BONDA/CG 125 TAN KS	
ANO FAB	CAT. FAZ	ANº CHASSI	
2009	09	9C2JG4110AR541086	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
IPF (R\$)	IPATRIM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
000,00	000,00	000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IPF (R\$)	TOTAL PRÉMIO PODE SER MAIOR
000,00		000,00	100,50
PAGAMENTO		DATA DEQUITADO	
COTA ÚNICA		ANCELADO	
		10/07/2018	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04



Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

**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: **3190459738**

Nome do(a) Examinado(a): **MANOEL SILVA DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

LOCALIDADE BAIXA FRIA, S/N - RURAL - Castelo do Piauí - PI - CEP 64340-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3087794**

Data e local do acidente: [**14/04/2019**] **PI 115, NA LOCALIDADE PEDREIRA - MUNICÍPIO DE CASTELO DO PIAUÍ**

Data e local do exame: [**13/08/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL, HEMATOMA SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

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

VÍTIMA LÚCIDO E ORIENTADO, DEAMBULANDO COM AUXÍLIO DE TERCEIROS, APRESENTANDO VERTIGEM PERSISTENTE, COM TESTE DE ROMBERG POSITIVO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA.

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

[] Sim [**X**] Não

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em **60** dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% 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):

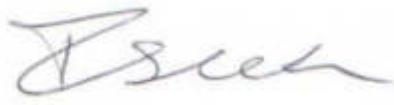
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Vítima em tratamento pela precocidade do trauma com as sequelas encontradas.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

CARTA DE REANALISE

SINISTRO 3190 / 606141

Eu, MANOEL SILVA DE SOUSA portador do RG:
3.087.794 e CPF: 051.062.593-20 Residente na Rua /
AV SÃO FRANCISCO nº 151
Bairro: CENTRO Cidade: JANUARIA DO PIAUÍ UF: PI

Venho através desta carta solicitar o reanálise do meu processo de invalidade. Por que o valor que recebi por parcerias as lesões que tive devido ao acidente. Eu, era uma pessoa normal e hoje não consigo exercer minhas atividades de trabalho, devido as lesões que tenho neurológicas, me encontro incapacitado para o meu trabalho. Sinto muitos dores de cabeça, torturas. Hoje sou uma pessoa totalmente dependente de cuidados de terceiros para lembrar de tudo que preciso. Gostaria que me mandasse para uma nova clínica e que contasse todas suas lesões que tenho. Agradeço a Seguradora. Só devo me atender a minha solicitação de reanálise.

Cidade JANUARIA DO PIAUÍ - PI, () 19/11/2019

manoel silva de sousa
Assinatura da Vítima

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190606141 **Cidade:** Castelo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL E SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, OTORRAGIA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VIDA LUZ CIDA E ORIENTADA, DEAMBULANDO COM AUXÍLIO DE TERCEIROS, APRESENTANDO VERTIGEM PERSISTENTE, COM TESTE DE ROMBERG POSITIVO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRADURAL E SUPORTE CLÍNICO EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR. EVOLUÇÃO SEM INTERCORRÊNCIAS COM ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2019

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 comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190606141 **Cidade:** Castelo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL E SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, OTORRAGIA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VIDA?TIMA LU?CIDA E ORIENTADA, DEAMBULANDO COM AUXÍLIO DE TERCEIROS, APRESENTANDO VERTIGEM PERSISTENTE, COM TESTE DE ROMBERG POSITIVO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRADURAL E SUPORTE CLÍNICO EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR. EVOLUÇÃO SEM INTERCORRÊNCIAS COM ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190606141 **Cidade:** Castelo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL, HEMATOMA SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA.
P. 1,5,6,12,13,

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X - VÍTIMA COM 29 ANOS / FOLHA CIRÚRGICA E FOLHA DE ANESTESIA-P.12,13/ LAUDO E EXAME DE IMAGEM - P. 16 À 20.
- SINISTRO 3190/459738 (14/04/2019) - CANCELADO, APÓS PERÍCIA (13/08/2019), COMO VÍTIMA EM TRATAMENTO, INDICANDO NOVA AVALIAÇÃO EM 60 DIAS./ DIAGNÓSTICO: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL, HEMATOMA SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE./ RESULTADOS TERAPÊUTICOS: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA.

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 de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190606141 **Cidade:** Castelo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL, HEMATOMA SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA.
P. 1,5,6,12,13,

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X - VÍTIMA COM 29 ANOS / FOLHA CIRÚRGICA E FOLHA DE ANESTESIA-P.12,13/ LAUDO E EXAME DE IMAGEM - P. 16 À 20.
- SINISTRO 3190/459738 (14/04/2019) - CANCELADO, APÓS PERÍCIA (13/08/2019), COMO VÍTIMA EM TRATAMENTO, INDICANDO NOVA AVALIAÇÃO EM 60 DIAS./ DIAGNÓSTICO: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL, HEMATOMA SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE./ RESULTADOS TERAPÊUTICOS: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA.

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 de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA
RG: 3.087.794 Órgão Emissor: SSP/PE CPF: 051.062.593-20
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: DESENHADOR
Endereço: AV. SÃO FRANCISCO Nº 151
Bairro: CENTRO CEP: 64.343.000 Cidade/UF: JUAZERIO
Telefone: () () ()

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: ANTONIO ARAÚJO DA SILVA
RG: 2.084.501 Órgão Emissor: SSP/PE CPF: 914.187.203-72
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: AUTÔNOMO
Endereço: AV. NILDO OLIVEIRA Nº 1497
Bairro: FRIPISA CEP: 64.280.000 Cidade/UF: CAMPOMAIOR
Telefone: (86) 99413-1468 (86) 98157-4399 ()

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre a perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima MANOEL SILVA DE SOUSA
CPF: 051.062.593-20 Data do acidente: 14/04/2019
Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte
CAMPOMAIOR - PE 22-10-2019

Local e data

Manoel Silva de Sousa

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Extrajudicial de Campo Maior

AVENIDA JOSÉ PAULINO, CENTRO - N° 904, CAMPO MAIOR - PIAUÍ

CONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MANOEL SILVA DE SOUSA, EM
DA VERDADE. DOU FÉ. CAMPO MAIOR, 22/10/2019 12:38:25

Charla Rocha

MIS TUYANNE DA SILVA ROCHA - ESCREVENTE
I. R\$ 3,65 TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262913/19

Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

CPF: 051.062.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: MANOEL SILVA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MANOEL SILVA DE SOUSA : 051.062.593-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/08/2019
Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA
CPF: 051.062.593-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/08/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

MANOEL SILVA DE SOUSA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374800/19

Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

CPF: 051.062.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: MANOEL SILVA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO ARAUJO DA SILVA : 914.187.203-72

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

MANOEL SILVA DE SOUSA : 051.062.593-20

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: 28/10/2019
Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA
CPF: 914.187.203-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374800/19

Número do Sinistro: 3190606141

Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

CPF: 051.062.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: MANOEL SILVA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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: 21/11/2019
Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA
CPF: 914.187.203-72

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

**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: **3190606141**

Nome do(a) Examinado(a): **MANOEL SILVA DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

AV SAO FRANCISCO , 151 - CENTRO - Juazeiro do Piauí - PI - CEP 64343-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3087794**

Data e local do acidente: [**14/04/2019**] **PI 115 LOCALIDADE PEDREIRA - MUNICIPIO DE CASTELO DO PIAUÍ**

Data e local do exame: [**05/11/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL E SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, OTORRAGIA À ESQUERDA.

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

VI?TIMA LU?CIDA E ORIENTADA, DEAMBULANDO COM AUXÍLIO DE TERCEIROS, APRESENTANDO VERTIGEM PERSISTENTE, COM TESTE DE ROMBERG POSITIVO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRADURAL E SUPORTE CLÍNICO EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR. EVOLUÇÃO SEM INTERCORRÊNCIAS COM ALTA MÉDICA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Dano neurológico

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

% 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):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

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

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190606141 **Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA**

Data do Acidente: 14/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL SILVA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190606141

Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MANOEL SILVA DE SOUSA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190606141 Vítima: **MANOEL SILVA DE SOUSA**

Data do Acidente: 14/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL SILVA DE SOUSA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **MANOEL SILVA DE SOUSA**

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 00000119684-8

Tipo: CONTA POUPANCA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190606141 **Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA**

Data do Acidente: 14/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL SILVA DE SOUSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 051.062.593-20	4 - Nome completo da vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA
----------------------------	---	--

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

5 - Nome completo: MANOEL SILVA DE SOUSA	6 - CPF: 051.062.593-20		
7 - Profissão: DESEMPREGADO	8 - Endereço: LOCALIDADE BAIXA FRIA	9 - Número: S/N	10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: CASTELO DO PIAUÍ	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64.340-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (86)981465079		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0616**

CONTA: **00118225**

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

Recebido em _____

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Tereshita, 02 de Agosto de 2019**

*manoel silva de souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

03741802/9

3 - CPF da vítima:

051.062.593-20

4 - Nome completo da vítima:

MANOEL SILVA DE SOUSA

5 - Nome completo:

MANOEL SILVA DE SOUSA

6 - CPF:

051.062.593-20

7 - Profissão:

LIVRARODOR

8 - Endereço:

AVENIDA SÃO FRANCISCO

9 - Número:

151

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

JANUARIO DO PIAUÍ

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.343 - 000

15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0636

CONTA: 119684 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim
 Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)?

Sim
 Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim
 Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data: JUNARIO DO PIAUÍ - PI 09.10.2019

X manuel silva de sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Araujo da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

342 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 128567.000385/2019-81

Unidade de Registro: DP DE CASTELO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Francisco Kempes De Sousa Cruz

Data/Hora: 09/07/2019 - 09:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE CASTELO DO PIAUÍ

Data/Hora

Tipo Local

VIA PÚBLICA

14/04/2019 - 18:30

Município

CASTELO DO PIAUÍ

Bairro

Endereço

PI 115, NA LOCALIDADE PEDREIRA, MUNICÍPIO DE CASTELO DO PIAUÍ, Nº:

OUTROS - ZONA RURAL

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA

RG: 3.087.794 SSPPI PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA

Pai: JOÃO MATIAS DE SOUSA

Endereço: AVENIDA SÃO FRANCISCO, Nº 151

Complemento: BAIRRO CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8112-1850

Nome: ANA LUCIA MOREIRA MELO

RG: 1.620.070 SSPPI PI

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Mãe: MARIA MOREIRA MELO

Pai: JOSÉ FERREIRA MELO

Endereço: AVENIDA SÃO FRANCISCO, Nº 151

Complemento: BAIRRO CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8112-1850

Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125 FAN KS

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

Condutor: MANOEL SILVA DE SOUSA

2010 NIO1157 9C2JC4110AR541086

00173865054 Preta

RG: 3.087.794 Órgão: SSPPI UF RG: PI

End: AVENIDA SÃO FRANCISCO Número: 151 Complemento: BAIRRO CENTRO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: MARIA DO CARMO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ UF: Bairro: PREJUDICADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia de Polícia Civil para informar que na data supracitada estava transitando pela Pi-115 à noite, quando próximo a localidade PEDREIRA, quando avistou dois animais(VACA), o noticiante conseguiu se esquivar da primeira, mas colidiu com a segundo perdendo o controle de sua motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, COR PRETA DE PLACA NIO-1157 vindo a bater no quebra mola, com a queda obteve escoriações e apresentando otorragia com queixa de cefaleia associado a tontura. Sendo socorrido e levado ao hospital de CAMPO MAIOR e seguida sendo encaminhado ao HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT, onde realizou cirurgia e todo tratamento necessário. Motivo pelo qual compareceu a esta delegacia para registro de



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

342 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 128567.000385/2019-81

ocorrência. Era o que tinha a informar.

Francisco Kempes De Sousa Cruz - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

MANOEL SILVA DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação



Recebido em:

02 ABR 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGURANÇA



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

342 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 128567.000385/2019-81



Unidade de Registro: DP DE CASTELO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Francisco Kempes De Sousa Cruz

Data/Hora: 09/07/2019 - 09:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE CASTELO DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CASTELO DO PIAUÍ

Endereço

PI 115, NA LOCALIDADE PEDREIRA, MUNICÍPIO DE CASTELO DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA

RG: 3.087.794 SSPP/PI

Mãe: MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA

Pai: JOÃO MATIAS DE SOUSA

Endereço: AVENIDA SÃO FRANCISCO Nº 151

Complemento: BAIRRO CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8112-1850

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: ANA LUCIA MOREIRA MELO

RG: 1.620.070 SSPP/PI

Mãe: MARIA MOREIRA MELO

Pai: JOSÉ FERREIRA MELO

Endereço: AVENIDA SÃO FRANCISCO, Nº 151

Complemento: BAIRRO CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8112-1850

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125 FAN KS

Condutor: MANOEL SILVA DE SOUSA

RG: 3.087.794 Órgão: SSPP/UF RG: PI

End: AVENIDA SÃO FRANCISCO Número: 151 Complemento: BAIRRO CENTRO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: MARIA DO CARMO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ UF: Bairro: PREJUDICADO

Renavam: 00173865054 Cor: Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia de Polícia Civil para informar que na data supracitada estava transitando pela PI-115 à noite, quando próximo a localidade PEDREIRA, quando avistou dois animais(VACA), o noticiante conseguiu se esquivar da primeira, mas colidiu com a segundo perdendo o controle de sua motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, COR PRETA DE PLACA NIO-1157 vindo a bater no quebra mola, com a queda obteve escoriações e apresentando otorragia com queixa de cefaleia associado a tontura. Sendo socorrido e levado ao hospital de CAMPO MAIOR e seguida sendo encaminhado ao HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT, onde realizou cirurgia e todo tratamento necessário. Motivo pelo qual compareceu a esta delegacia para registro de



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

342 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 128567.000385/2019-81

ocorrência. Era o que tinha a informar.

*Francisco Kemptes De Sousa Cruz - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA*

Manoel Silva de Sousa
MANOEL SILVA DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação



Recebido em:
02/07/2019

MEDIDA CORRETIVA
SEGURO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
051.062.593-20 MANOEL SILVA DE SOUSA

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

5 - Nome completo: MANOEL SILVA DE SOUSA	6 - CPF: 051.062.593-20		
7 - Profissão: DESEMPREGADO	8 - Endereço: LOCALIDADE BAIXA FRIA	9 - Número: S/N	10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL	12 - Cidade: CASTELO DO PIAUÍ	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64.340-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (86)981465079		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **0616**

CONTA: **00118225**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

Recebido em _____

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão
digível da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Teresina, 02 de Agosto de 2019**

*Manoel Silva de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

03741802/9

3 - CPF da vítima:

051.062.593-20

4 - Nome completo da vítima:

MANOEL SILVA DE SOUSA

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

5 - Nome completo:

MANOEL SILVA DE SOUSA

6 - CPF:

051.062.593-20

7 - Profissão:

LIVRARODOR

8 - Endereço:

AVENIDA SAO FRANCISCO

9 - Número:

151

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

JANUARIO DO PRADO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64.343-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(ddd):

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0636

CONTA: 119684 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

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

28 - Vítima Sim Não teve filhos, informar Vivos: Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho): Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JANUARIO DO PRADO - PE 09.10.2019

X manuel silva de sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Araujo da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO,
SAO LUIZ,CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0237253

Registro: 32128

Data: 14/04/2019

Hora: 20:26:00

Funcionario: MSARAIVA

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 108

MANOEL SILVA DE SOUSA

Nasc.: 25/01/1990 Idade: 29 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Profissão: LAVRADOR
End.: LOC EXTREMAS, 0 - Bairro: ZONA RURAL
Cor: PARDA Telefone: (86) 9817-57993 Mãe: MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA

CPF: - RG: 3087794 - SUS: 702801657009.

Civil: CEP: 64285-000
Cidade: SIGEFREDO PACHECO/PI
Pai: JOAO MATIAS DE SOUSA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGENCIA

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clinica/Exame fisico:

- ex. clínica, glau 10, sepe, doloroso.
- ferida, cutânea de adulto de motoei. Hora: ____:
- Internação

Exames Complementares:

- pulmão não é de ferro e coluna normal.
- dor.

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

1. SE OP-2000 el 20 cm 04 horas
2. Aplicar gaze a - ferro e coluna flex
3. Hidroxina 200 mg - 04 puxas por 20 giro
4. Volutam 8/31 - 04 cm x 1 m giro.

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 20:33:47

Prioridade:

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa/História: PACT. VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA COM TRAUMA NA CABEÇA, ESCORIAÇÕES MULTIEPLAS PELO CORPO

Alergias: DESCONHECE.

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg 130/80

TAX: 0°C

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

FR: 0 rrpm

SAT 02: 0

Dor:

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduita: AO CLÍNICO GERAL.

64196 - JOSE EDINHO MONTE ARAUJO
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino:

Francisco Rodrigues
Médico Hora:
CRM PI 5294

P 72

SpO₂ 97% ae ausente
P_A 130 x 80 mmHg
Intato exagero ia E. Fato exagerado
compressivo

Kássia Andrade e Silva
Enfermeira
COREN-PI 336.765

22 50 - Encaminhado ao HUT. Consciente,
orientado, sonolento, pupilas iraci-
vivas e folhas exageradas, espessas, ANP
pernas em MSN. Apresenta hematomase.
P 74, SpO₂ 96% ae ausente, P_A 130 x 80 mmHg.

Kássia Andrade e Silva
Enfermeira
COREN-PI 336.765

Recebido em:

02/03/2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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: 12/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL SILVA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000119684-8

Nr. da Autenticação 5FAC3EFCF5664FA0

CAIXA

Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO

1380195-3

ESTE NÚMERO

COMUNHÃO ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/PI - Teresina - PI
CNPJ 00.000.148/0001-89 CNPJ: 19.301.385-5
Instituto e Companhia de Energia Elétrica - Série 3-1
Programa especial de incentivo ao pagamento da fatura

Nº da Fatura Fiscal: 017669538

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 em 26 de abril de 2002.

DATA MÊS	VALORES	CONSUMO	TOTAL A PAGAR
FEVEREIRO/2019	19-02-2019	118	73,88

MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA
LC BAIXA FRIA S/N SIGEFREDO PACHECO B-RURAL
CPF: 00000165788312
CEP: 64.340-000 - CASTELO DO PIAUÍ

DATA DE LEITURA	7034	DATA DE LEITURA	12/02/2019
Leitura	6916	Até:	11-01-2019
Valor:	1.060	Aterior:	14-03-2019
Consumo Mês:	118	Proxima Leitura:	11-02-2019
Consumo Médio:	118	Último:	12-02-2019
Consumo Residual:		Aproximado:	

NORMAL

32

RESID.BX.RENDA	LIGAÇÃO	RESIDUAL/METRICO	PONTA	COTIGUEBL.	HORA 12 HORAS
RESID.BX.RENDA	MONO	A1293561		1.4.1.1	115
JAN/19	102	CONSUMO	30 A R\$ 0,300370 =	9,01	
DEZ/18	118		70 A R\$ 0,514933 =	36,04	
NOV/18	130		18 A R\$ 0,772400 =	13,90	
OUT/18	135	DIFERENCA DE TARIFA		46,01	
SET/18	116	SUBVENCAO BAIXA RENDA		32,27	
AGO/18	119	HULTA POR ATRASO 01/19-00		1,14	
JUL/18	108	JUROS POR ATRASO 01/19-00		0,05	
JUN/18	120				
MET/18	69				
ABR/18	123				
MAR/18	102				
FEB/18	102				
JAN/18	102				
DEZ/17	102				
NOV/17	102				
OUT/17	102				
SET/17	102				
AGO/17	102				
JUL/17	102				
JUN/17	102				
MET/17	102				
ABR/17	102				
MAR/17	102				
FEB/17	102				
JAN/17	102				
DEZ/16	102				
NOV/16	102				
OUT/16	102				
SET/16	102				
AGO/16	102				
JUL/16	102				
JUN/16	102				
MET/16	102				
ABR/16	102				
MAR/16	102				
FEB/16	102				
JAN/16	102				
DEZ/15	102				
NOV/15	102				
OUT/15	102				
SET/15	102				
AGO/15	102				
JUL/15	102				
JUN/15	102				
MET/15	102				
ABR/15	102				
MAR/15	102				
FEB/15	102				
JAN/15	102				
DEZ/14	102				
NOV/14	102				
OUT/14	102				
SET/14	102				
AGO/14	102				
JUL/14	102				
JUN/14	102				
MET/14	102				
ABR/14	102				
MAR/14	102				
FEB/14	102				
JAN/14	102				
DEZ/13	102				
NOV/13	102				
OUT/13	102				
SET/13	102				
AGO/13	102				
JUL/13	102				
JUN/13	102				
MET/13	102				
ABR/13	102				
MAR/13	102				
FEB/13	102				
JAN/13	102				
DEZ/12	102				
NOV/12	102				
OUT/12	102				
SET/12	102				
AGO/12	102				
JUL/12	102				
JUN/12	102				
MET/12	102				
ABR/12	102				
MAR/12	102				
FEB/12	102				
JAN/12	102				
DEZ/11	102				
NOV/11	102				
OUT/11	102				
SET/11	102				
AGO/11	102				
JUL/11	102				
JUN/11	102				
MET/11	102				
ABR/11	102				
MAR/11	102				
FEB/11	102				
JAN/11	102				
DEZ/10	102				
NOV/10	102				
OUT/10	102				
SET/10	102				
AGO/10	102				
JUL/10	102				
JUN/10	102				
MET/10	102				
ABR/10	102				
MAR/10	102				
FEB/10	102				
JAN/10	102				
DEZ/09	102				
NOV/09	102				
OUT/09	102				
SET/09	102				
AGO/09	102				
JUL/09	102				
JUN/09	102				
MET/09	102				
ABR/09	102				
MAR/09	102				
FEB/09	102				
JAN/09	102				
DEZ/08	102				
NOV/08	102				
OUT/08	102				
SET/08	102				
AGO/08	102				
JUL/08	102				
JUN/08	102				
MET/08	102				
ABR/08	102				
MAR/08	102				
FEB/08	102				
JAN/08	102				
DEZ/07	102				
NOV/07	102				
OUT/07	102				
SET/07	102				
AGO/07	102				
JUL/07	102				
JUN/07	102				
MET/07	102				
ABR/07	102				
MAR/07	102				
FEB/07	102				
JAN/07	102				
DEZ/06	102				
NOV/06	102				
OUT/06	102				
SET/06	102				
AGO/06	102				
JUL/06	102				
JUN/06	102				
MET/06	102				
ABR/06	102				
MAR/06	102				
FEB/06	102				
JAN/06	102				
DEZ/05	102				
NOV/05	102				
OUT/05	102				
SET/05	102				
AGO/05	102				
JUL/05	102				
JUN/05	102				
MET/05	102				
ABR/05	102				
MAR/05	102				
FEB/05	102				
JAN/05	102				
DEZ/04	102				
NOV/04	102				
OUT/04	102				
SET/04	102				
AGO/04	102				
JUL/04	102				
JUN/04	102				
MET/04	102				
ABR/04	102				
MAR/04	102				
FEB/04	102				
JAN/04	102				
DEZ/03	102				
NOV/03	102				
OUT/03	102				
SET/03	102				
AGO/03	102				
JUL/03	102				
JUN/03	102				
MET/03	102				
ABR/03	102				
MAR/03	102				
FEB/03	102				
JAN/03	102				
DEZ/02	102				
NOV/02	102				
OUT/02	102				
SET/02	102				
AGO/02	102				
JUL/02	102				
JUN/02	102				
MET/02	102				
ABR/02	102				
MAR/02	102				
FEB/02	102				
JAN/02	102				
DEZ/01	102				
NOV/01	102				
OUT/01	102				
SET/01	102				
AGO/01	102				
JUL/01	102				
JUN/01	102				
MET/01	102				
ABR/01	102				
MAR/01	102				
FEB/01	102				
JAN/01	102				
DEZ/00	102				
NOV/00	102				
OUT/00	102				
SET/00	102				
AGO/00	102				
JUL/00	102				
JUN/00	102				
MET/00	102				
ABR/00	102				
MAR/00	102				
FEB/00	102				
JAN/00	102				
DEZ/99	102				
NOV/99	102				
OUT/99	102				
SET/99	102				
AGO/99	102				
JUL/99	102				
JUN/99	102				
MET/99	102				
ABR/99	102				
MAR/99	102				
FEB/99	102				
JAN/99	102				
DEZ/98	102				
NOV/98	102				
OUT/98	102				
SET/98	102				
AGO/98	102				
JUL/98	102				
JUN/98	102				
MET/98	102				
ABR/98	102				
MAR/98	102				
FEB/98	102	</td			

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

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

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

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

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 Ovulária: 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 Antônio Araújo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 934.387.903 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Manoel Silva de Sousa inscrito (a) no CPF sob o N° 051.062.593 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura JNVALDEZ da vítima Manoel Silva de Sousa

Inscrito (a) no CPF sob o N° 051.062.593 / 20 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

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

Endereço:	<u>Av: NILO OLIVEIRA</u>	Número:	<u>1917</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>Fazenda</u>	Cidade:	<u>Campo - MAIOR</u>	Estado:	<u>PI</u>
E-mail:				CEP:	<u>64.280-000</u>

Tel. (DDI):
86-99433-3468
86-98157-4399

Local e Data: Campo - MAIOR-PI 22.10.2019

Antônio Araújo da Silva

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, 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

Eu, MARIA DO CARMO DA SILVA GOMES,

RG nº 2.017.154, data de expedição 08/03/16,

Órgão SSP, portador do CPF nº 997.803.803-53,

com domicílio na cidade de JUAZEIRO DO PIAUÍ, no Estado de
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) NELINHO ANDRADE, nº 2233,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

MANOEL SILVA DE SOUSA, cujo o condutor era

MANOEL SILVA DE SOUSA

Veículo: moto Modelo: _____ Ano: 2010

Placa: N10 1157 Chassi: 9C2JCH110AR541086

Data do Acidente: 14/04/2019

Local e Data: 02 de agosto de 2019, Teresina

Recebido em:

Maria do Carmo da Silva Gomes

Assinatura do Declarante

02 AGO 2019

Manoel silva de souza

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Reconheço a(s) firma(s) autêntica(s)
cedida Maria do Carmo da Silva
Gomes Manoel Silveira Souza
em Testemunho é de verdade
Castelo do Piauí-PI 30/07/2019
Quase de Ceu Azul
2º Fólio



06.842.546/0001-76

Cartório Maia - 2º Ofício de Notas,
Reg. Civil e Protesto de Títulos
Rua Hermelino Cardoso, 253
Centro - CEP: 64.340-000
Castelo - Piauí - PI



Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NOME DO PACIENTE: Manoel Silva de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508424

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".

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

NEVIO ZAU
Car Geral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> MANOEL SILVA DE SOUSA		<u>Prontuário:</u> 508424
<u>Mãe:</u> MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA		<u>Pai:</u> JOAO MATIAS DE SOUSA
<u>End. Resid.:</u> EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI - CEP: 64285-000		
<u>Nascimento:</u> 25/02/1990	<u>Idade:</u> 29a1ml8d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-98112-1850
<u>Responsável:</u> ANA LUCIA MOREIRA MELO		<u>CNS:</u> 702801657049764
<u>Profissão:</u> LAVRADOR		<u>Documento:</u> RG: 3087794 - SSP PI
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Ídigo:</u> 717036	<u>Entrada:</u> 14/04/2019 23:57:51	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060061
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
	HUT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	Indefinido
<u>Breve História Clas. Risco:</u>		
EXAME: Crânio + Tx + Abd/Pelv DATA: <u>15/4/19</u> <u>00:21</u>		
<u>SSVV:</u> (Hora: :)		

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m² Pulso: bmp Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (MOTO-CARRO), ACERCA DE 6 HORAS, SEM USO CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, APRESENTA OTORRAGIA ESQUERDA.

- A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, FASICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHAS RÍGIDAS
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 61 BPM, SATO2: 97%.
- C) RR, 2T, BNF, SS. PELVE ESTÁVEL E ABDOME INOCENTE
- D) PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES
- E) CURATIVO

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

- (1195124) - T.C. DE CRANIO
- (1195125) - T.C. DE TORAX
- (1195126) - T.C. DE PELVE

Prescrição Médica:

SF 0,9% 500ML, EV, PMV
DIPIRONA 500MG - 1 AMP + AD, EV, AGORA
TILATIL - 1 AMP, EV, AGORA

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto) DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 17380
SAME/UF
CONFIRME COM O ORIGINAL

Dr. Rafael Júnior A. da Costa
Médico
CRM 16.5994

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 15/04/2019 00:22:17



Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 717036

Imp: 15/04/2019 00:22:18

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

<u>Name:</u>	MANOEL SILVA DE SOUSA		
<u>Pronotuário:</u>	508424	<u>Local:</u>	
<u>Tipo Sanguíneo:</u>		<u>Fator RH:</u>	

Peso (Kg): 0,00

Altura (M): 0,00

IMC (Kg/m2): 0,00

Leito:

ITEM: PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO:

SINAIS VITAIS:

HORA: T: P: R/SatO2: PA: Dor: Glicemias Diurese

SF, 0,9% 500ML, EV, PMV
DIPIRONA 500MG - 1 AMP + AD, EV, AGORA
TILATIL - 1 AMP, EV, AGORA

Dr. Rafael Jânia A. da Costa
Médico
CRM-PI: 6994

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

01:45 - Ptu 30, sob efeito da anestesia gáseal, intubado sob VM. Realizada paragem de SGB n° 16, conforme orientação médica do mesmo evançônia (Dr. Thaís). Sem relato iminente.

Cintiane Thaís de Bellotti
COREN PI 14411
ENFERMEIRA

*Manoel Luis Mendes de Mesquita
Matriculado 03390
CONTEÚDO D'ORIGINA
Jônio Luis Mesquita*

Recebido o medicamento na forma de enxerto em.



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA NO.: 38470 - Em: (15/04/2019)

Enfermaria: Leito: **Médico Assistente:**

MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

Atendimento: Prontuário: **Paciente:** MANOEL SILVA DE SOUSA

Dt. Nasc.: CLÍNICA NEUROLOGIA - P07

SUPLEMENTO

EXPA9

Evolução:

Hora:

TCE HEP-PO m/ maldugada

Amorim



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
<i>Vinícius de Souza</i> <i>15/01/19</i>					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
1. Dietas para vte 2º ordenar					
2. Sx dengue - 2500 ml (2) 2/1/6					
3. Cefadroxil 400 (2) 6/6L					
4. Paracetamol 625 (2) 6/6L - m					
5. Phenyl - 400 (2) 6/6L - pm					
6. Omeprazol 10 (2) 1/1/2 h					
7. Téla (2) 6/6L					
8. Tiazol salg + were se (2) 8/8L					
9. Glucosamina (2) 8/8L					
10. SSW - CC666					



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 38976 - Em: (18/04/2019)

Aendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leto:	Médico Assistente:
236999	508424	MARCELA SILVA DE SOUSA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGICA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 09	MARCUS VINCUS OLIVEIRA DOS SANTOS
Evolução:		Hora:					
Seq. :	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:
Dista	ORAL TIPO BRANDA,						Horarios:
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h		
2	RANTITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 8 AD	50,00	mg	EV	8/8h		
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD	
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML+ 8AD EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITO	1,00	Ampola	EV	8/8h	AD	
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITACAO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN		
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL, FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN		SF 0,9%
7	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN	AD	
8	CAPTOPRIL 25MG SE PA> 160/110mmHg	2,00	Comprim	Oral	8/8h		
9	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ	1,00	Ampola	EV	12/12h		
10	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG GOTAS C/20ML.	1,00	Comprim	Oral	8/8h		
11	LEVONEPROMAZINA 4% (40MG/ML), SOL. ORAL FAZER 10 GOTAS VO À NOITE	1,00	Frasco	Oral	24/24h		

Prvações Gerais:

CABEÇA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 R



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 40009 - Em: (24/04/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nas.	CLINICA:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
236939	506424	MANOEL SILVA DE SOUSA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 09	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

Evolução:

Hora:

14:15

Descrição-Representação/Observações:

ORAL, TIPO BRANDA,
LAXANTE.

Dia da Dieta:

1

CIGARRO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO)
1000ML SIST FECHADO

Dose: 1,00 Unid.: Frasco

Via: EV Int.: 12/12h

Recom.: DIL VOL.: Horários:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

10h: fome com náuseas

11TC crônica

12h: 358,419

14:22:06

Tolânia - 26

O. Náusea - 26

Fazendo reabreço.

Col. Álcool rapidos nos

desfralde e náuseas.

14:22:06

Náuseas Vomita, dores de dentes

nao conseguindo dormir

DATA: 24.04.2019

CRM-PI: 3950

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA + PATOFÍSICA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Neurocrise

Neurocirurgião

CRM-PI: 3950

DATA: 24.04.2019

TELEFONE:

112/04/2019 07:06:00

(Início Valente)

</div



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

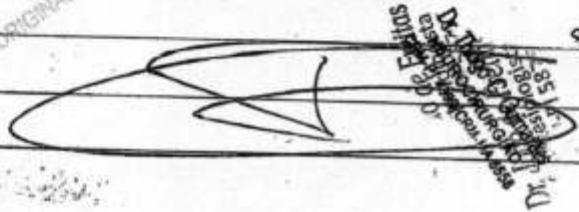
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Manoel filho da Juana		
Diagnóstico pré-operatório	HENA		
Operação - Tipo	Drenagem ATIVAS		
Cirurgião	José Gómez	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	José	Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação	15/01/19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

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

1- Pôr em decúbito dorsal, sols anestesiado geral ; 2- Anapós, subtração e cirurgia anovia, 3- Fazendo cutânea frontotemporal parietal (2). 4- Abertura e drenos de m. temporal ; 5- Causando fístulas parietal (2), a. Transpondo a artéria ; 7- Encavamento dorsal + histerofore ; 8- Causando 9- Drano + sutura ; 10- Sutura por planos ; 11- Cauda

José Luis Mendes de Melo
Matrícula 47390
SAÚDE CONFIRMA O ORIGINAL



Dr. Thales C. Gómez
NEUROCIRURGIA
Operação Neurocirúrgica

Mod. 76 HUT

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 196540



AIH: 2219100281277

FORMA DE ENTRADA: PROPRIO 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
	MANOEL SILVA DE SOUSA			25/02/1990	M	508424
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
			MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA	ANA LUCIA MOREIRA MELO		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE		
64285000	EXTREMA			S/N		
BAIRRO	COMPLEMENTO			MUNICÍPIO	UF	
ZONA RURAL				SIGEFREDO PACHECO	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VITIMA DE ACIDENTE MOTOBILISMO SEM USO DE CAPACETE, APRESENTANDO OTORRAGIA ESQUERDA COM QUEIXA DE CEFALÉIA ASSOCIADO À TONTURA. EM TC DE CRÂNIO: HEDA TEMPORO-PARIETAL ESQUERDA + HSAT COM INDICATIVO CIRÚRGICO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S064 - HEMORRAGIA EPIDURAL		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0403010276 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

LEITO/CLÍNICA	NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARÁTER	URGENCIA	THIAGO CARDOSO GUIMARAES CPF: 97466352391
DATA ADMISSAO	DATA ALTA	CRM:
14/04/2019 23:57	24/04/2019 11:00	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

--	--	--	--	--	--	--

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 03834832391	CRM: DATA ANALISE: 15/04/2019 09:30:47 CRM: DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

João Luís Mendes de Mesquita
Matrícula: 47180
SAME IT
CONFERE COM O ORIGINAL



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 236999

J96540

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

236999

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA

6 - Prontuário: 508424

7-CNS: 702801657049764 8-Nascimento: 25/02/1990 9-Sexo: Masculino

RG: 3087794 - SSP PI

11-Mãe: MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA

12-Fone: 86-98112-1850

13-Resp: ANA LUCIA MOREIRA MELO

14-Cor: Parda

15-Ender: EXTREMA - ZONA RURAL - CEP: 64285-000

16-Munic: SIGEFREDO PACHECO

17-Cod.IBGE: 221065 18-UF: PI

19-CEP: 64285-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Dores de cabeça com vômitos

21 - Condições que justificam a internação:

Dores de cabeça

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

DC CNS: AEN/A F-T-D ()

-Diagnóstico Inicial:

Hemorragia epidural

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S04

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0403010276 TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Tempo SUS

5

29-Clinica:

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

02

01

CPF

974.663.523-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

14/04/2019

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

THIAGO CARDOSO GUIMARÃES

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

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Dr. Thiago Cardoso Guimaraes
CRM-PI 14036529
Assessoria de Atendimento
Assessoria de Atendimento

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Thiago Cardoso Guimaraes

CONFERE CONFERENCIA
SANTOS / 2019 / 04 / 15 / 14:55:29
Assessoria de AtendimentoUsuário: (SOLIMAR BRITO)
Consulta Local: 717036
Consulta SUS:
Impressão: 15/04/2019 01:28:30

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE						Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE		P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	
DATA: 15/04/19		110 x 70 mmHg	92 bpm	100 l.		PESO
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	ALTURA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Peculiar chega ao vento crônico desenvolvido</i> Glicose 3 + 3 = 6						
SISTEMA CIRCULATORIO		<i>Saturando bem em ambos</i>			ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO		<i>Abal sem hzni. d oligo</i>			ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 AR 2 JEVS				
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	500ml	500ml	500ml	
TEMPERATURA T		C° 260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40				
P. ARTERIAL V O PULSO		38 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						1 Clorof. 250mg 2 Fenflur. 250mg 3 S... 100mg 4 ... 100mg 5 A. Vaca 500ml 6 ... 7 Diaz. 3 8 ... 9 Dexmed. 100mg 10 ... 11 ... 12 ... 13 ... 14 ... 15 ...
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES				<i>Anestesia geral</i>		
CIRURGIÕES				<i>Thorax</i>		
ANESTESISTAS				<i>José F. L. J. do Nascimento</i>		
PARTICULARIDADES						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15, 04, 2019

NOME DO PACIENTE:	<i>Maria Silve de Souza</i>	PRONTUÁRIO N°:	<i>50 8424</i>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	Nº DA SALA:		
CIRURGIÃO:	CPF N°:		
AUXILIAR:	CPF N°:		
ANESTESIA:	CPF N°:		
INSTRUMENTADORA:	CPF N°:		

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 11,74	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA N° 615,710	PAR	05	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA N° 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	120		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	06	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	14	02					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <i>Beltrôdes Surgelet Belo Pore 010 Bibopader Gente de bisturi Cromotomo Sonda Foley Editor Fichado</i>			05 04 02 01 01 01 01 01 01 01
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL	0	01					
MONONYLON	20,30	07					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	2.0	3.0		CIRCULANTE: <i>Ramne</i>			
PROLENE	4.0, 3.0	05					

Joana Alves Andrade de Mesquita
Matr. 17390
SIME - HUT
CONFERENCE O ORIGINAIS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Marcos Senna de Souza IDADE _____ anos DATA 15/04
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 03 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Hematoma - Extradural

SINAIS VITais	HORÁRIO		CIRURGIÃO
	ADMISSÃO	SAIDA	
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>147/86</u>	<u>128/73</u>	<u>135x72</u>
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	<u>82</u>	<u>70</u>	<u>84</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>97</u>	<u>96%</u>	<u>93%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Rogelio</u>		<u>Joaúia</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS	MOVIMENTA DOIS MEMBROS	É INCAPAZ DE MOVER OS MEMBROS VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDO	É CAPAZ DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU DE TOSSIR LIVREMENTE	APRESENTA DISPNEIA OU LIMITAÇÃO DA RESPIRAÇÃO	TEM APNÉIA	ADMISSÃO	SAÍDA			
							<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
RESPIRAÇÃO	Movimenta os quatro membros	Movimenta dois membros	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	Tem apnêa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS	Movimenta os quatro membros	MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS	MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS	MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS	MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	PA em 20-49% do nível anestésico	PA em 50% do nível pré-anestésico	PA em 50-99% do nível anestésico	PA em 100% do nível anestésico	PA em 100% do nível anestésico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	PA em 20% do nível pré-anestésico	PA em 20-49% do nível anestésico	PA em 50% do nível pré-anestésico	PA em 50-99% do nível anestésico	PA em 100% do nível anestésico	PA em 100% do nível anestésico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
CONSCIÊNCIA	ESTA LÚCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	DESPERTA, SE SOLICITADO	NÃO RESPONDE	ESTA LÚCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	DESPERTA, SE SOLICITADO	NÃO RESPONDE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ESTA LÚCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	DESPERTA, SE SOLICITADO	NÃO RESPONDE	ESTA LÚCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	DESPERTA, SE SOLICITADO	NÃO RESPONDE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
SATURAÇÃO O2	É CAPAZ DE MANTER SATURAÇÃO DE O2 MAIOR DE 92% RESPIRANDO EM AR AMBIENTE	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	APRESENTA SATURAÇÃO DE O2 MENOR QUE 90%, MESMO COM SUPLEMENTO DE O2	É CAPAZ DE MANTER SATURAÇÃO DE O2 MAIOR DE 92% RESPIRANDO EM AR AMBIENTE	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	APRESENTA SATURAÇÃO DE O2 MENOR QUE 90%, MESMO COM SUPLEMENTO DE O2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	É CAPAZ DE MANTER SATURAÇÃO DE O2 MAIOR DE 92% RESPIRANDO EM AR AMBIENTE	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	APRESENTA SATURAÇÃO DE O2 MENOR QUE 90%, MESMO COM SUPLEMENTO DE O2	É CAPAZ DE MANTER SATURAÇÃO DE O2 MAIOR DE 92% RESPIRANDO EM AR AMBIENTE	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	APRESENTA SATURAÇÃO DE O2 MENOR QUE 90%, MESMO COM SUPLEMENTO DE O2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
ESCALA DE DOR ALTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
TOTAL							<u>09</u>				<u>10</u>
ASS.							<u>move</u>				<u>move</u>

SONDA VESICAL	DRENO DE SUCÇÃO	()DRENO TORACICO	()DVE	()COLOSTOMIA	SONDA ()NASOG ()NASOE
hs <u>850</u> mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

03:25 - Paciente chega na RPA no PDI de tratamento cirúrgico de hematoma extradural, sonolento, extubado com SpO2, hemodinamicamente instável, em HU, sem queixas, diante seletor funcionante, diurese por SUD V= 850 ml

07:50 Despresseu 600 ml de díurese concentrada para SUD. mto desidratado

PREScrição MÉDICA

ALTA SRPA

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 17390
SALE AUT CONFERE O ORIGINAL

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

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



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:	MANOEL SILVA DE SOUSA (Prontuário: 508424)		
Endereço:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000		
Nascimento:	25/02/1990	Idade:	29a1m18d
Requisição:	943227	Solicitação:	15/04/2019
Controle:	1195124	Convênio:	S U S
		Sexo:	Masculino
		Origem:	URGÊNCIA/EMERG
		Atendimento:	717036
		Solicitante:	ANTONINO NETO COELHO MOITA

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 15/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA CRANIANA NA REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA, ESTENDENDO-SE À MASTÓIDE ESQUERDA.
- HEMATOMA EXTRA-DURAL NA REGIÃO TEMPORO-PARIETAL À ESQUERDA.
- HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR NA REGIÃO TEMPORO-OCCIPITAL ESQUERDA, CONTENDO BOLHAS GASOSAS.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE.
- DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA (0,7 cm).
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NOS LOBOS FRONTAL, TEMPORAL E PARIETAL À ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE HIDROCEFALIA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
 Profissional Responsável

*Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47250
 SAMU - HUT
 CONFIRME COM O ORIGINAL*



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MANOEL SILVA DE SOUSA (Prontuário: 508424)		
Endereço:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000		
Nascimento:	25/02/1990	Idade: 29a1m18d	Sexo: Masculino
Requisição:	943228	Solicitação: 15/04/2019	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 717036
Controle:	1195125	Convênio: S U S	Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 15/04/2019

T.C. DE TORAX

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

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
 Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47290
 SAU-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:	MANOEL SILVA DE SOUSA (Prontuário: 508424)		
Endereço:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000		
Nascimento:	25/02/1990	Idade: 29a1m18d	Sexo: Masculino
Requisição:	943229	Solicitação: 15/04/2019	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 717036
Controle:	1195126	Convênio: SUS	Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 15/04/2019

T.C. DE PELVE

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

- URETERES DISTAIS DE CALIBRE NORMAL.
- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- PRÓSTATA SEM ACHADOS RELEVANTES.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE LESÕES EXPANSIVAS NA CAVIDADE PÉLVICA.

CONCLUSÃO: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME INFERIOR NORMAL.
 (JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

José Luís Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAMU HUT
 CONFIRA COM O ORIGINAL



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MANOEL SILVA DE SOUSA (Prontuário: 508424)		
Endereço:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000		
Nascimento:	25/02/1990	Idade: 29a1m18d	Sexo: Masculino
Requisição:	943230	Solicitação: 15/04/2019	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 717036
Controle:	1195127	Convênio: S U S	Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 15/04/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E PELVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E 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 LINFONODOMEGLIAS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
 Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47320
 SAMU HUT
 CONFIRME COPIA 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:	MANOEL SILVA DE SOUSA (Prontuário: 508424)		
Endereço:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000		
Nascimento:	25/02/1990	Idade: 29a1m19d	Sexo: Masculino
Requisição:	943686	Solicitação: 16/04/2019	Origem: INTERNAÇÃO
Controle:	1196126	Convênio: SUS	Solicitante: THIAGO CARDOSO GUIMARÃES
		CLINICA NEUROLOGIA - P07	Atendimento: 236999 ENFERMARIA 212 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 16/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIAS FRONTAL, TEMPORAL E parietais ESQUERDAS COM CATETER INTERPOSTO NO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO ADJACENTE.
- HEMATOMAS SUBGALEAIS AGUDOS DIFUSOS, BILATERALMENTE, DE MAIOR VOLUME À ESQUERDA.
- EDEMA/HEMATOMA EM REGIÕES PERIORBITÁRIA E GENIANA À ESQUERDA.
- ÁREAS DE ENFISEMAS SUBCUTÂNEOS EM REGIÃO FRONTAL BILATERAL E TÊMPORO-PARIETAL ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS EM CONVEXIDADES FRONTAL, TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDAS APAGANDO SULCOS CORTICais ADJACENTES.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDEMAS MARGINAIS EM LOBOS TEMPORAL, E OCCIPITAL ESQUERDO, CAUSANDO COMPRESÃO SOBRE O VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE AGUDA EM REGIÃO FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 16/04/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

José Luis Mendes de Melo
 Matrícula: 1750
 SAME - HUT
 CONFERE COM ORIGINAL



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MANOEL SILVA DE SOUSA (Prontuário: 508424)			
Endereço:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000			
Nascimento:	25/02/1990	Idade: 29a1m23d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	945071	Solicitação: 20/04/2019	Solicitante: JOAO ALFREDO BARROS PAZ	Atendimento: 236999
Controle:	1198954	Convênio: S U S	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIAS FRONTAL, TEMPORAL E parietais ESQUERDAS.
- HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS EM CONVEXIDADES FRONTAL, TEMPORAL, parietais E OCCIPITAL ESQUERDAS, APAGANDO SULCOS CORTICais ADJACENTES.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDEMAS MARGINAIS EM LOBOS TEMPORAL, parietais E OCCIPITAL ESQUERDOS, CAUSANDO COMPRESSÃO SOBRE O VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO.
- LEVE DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA (0,5 CM).
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luisa Melo de Mesquita
 Matr. 47390
 SAL - HUT
 CONFERIDO 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:	MANOEL SILVA DE SOUSA (Prontuário: 508424)		
Endereço:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000		
Nascimento:	25/02/1990	Idade: 29a1m27d	Sexo: Masculino
Requisição:	946689	Solicitação: 24/04/2019	Origem: INTERNAÇÃO
Controle:	1202035	Convênio: S U S	Solicitante: MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
		CLINICA NEUROLOGIA - P07	Atendimento: 236999 ENFERMARIA 212 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIA FRONTO-PARIETO-TEMPORAL A ESQUERDA.
- HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO-PARIETO-TEMPORAL A ESQUERDA.
- PEQUENOS HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS AO NÍVEL DA CRANIOTOMIA.
- APAGAMENTO PARCIAL DO VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO, COM DESVIO CONTRALATERAL DAS ESTRUTURAS MEDIANAS, MEDINDO 0,7 CM.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDEMAS MARGINAIS EM LOBOS TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDOS.
- MATERIAL HEMÁTICO EM TENDA CEREBELAR A DIREITA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/04/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Recebido em:
02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Júnia Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SUSEP-HUT
CONFIRME com o original!