

Screenshot of a web browser showing a legal document management interface. The main window displays a list of documents under a case number (0808564-27.2020.8.18.0140) and a specific document titled '10681192 - CONTESTAÇÃO (2732075 CONTESTACAO 01)'. The document is dated 08/07/2020 at 12:11:53. The right panel shows a preview of a scanned document from 'downloadBinario.seam', page 1/10, with the text 'JOÃO BARBOSA - ADVOGADOS ASSOCIADOS' and 'EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI'. The bottom status bar shows the date and time as 08/07/2020 12:13.



Número: **0808564-27.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1º Cartório Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **30/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES (AUTOR)	GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10681 352	08/07/2020 12:11	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

Nome: Jose De Jesus Da Silva Nunes	RG: 1.448.746	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 28/08/13
CPF: 758.321.433-53	ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: motorista	
ENDEREÇO: R\$ Francisco Tundade s/n lote c/23	Nº:		
COMPLEMENTO: casa		BAIRRO: urbano	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP:	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

Nome: Nelly Rose Soares Marques	RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Recuso	
ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro		Nº: 544	
BAIRRO: Centro	CIDADE: Teresina	UF: PI	CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Jose De Jesus Da Silva Nunes

Data do acidente de trânsito: 28/08/2019

Cobertura da vítima: Imobilized

LOCAL / DATA: TERESINA PI, 13.9.2019

Jose De Jesus Da Silva Nunes

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

NOTARIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escrivão Autorizado
Teresina - PI

NOTARIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
NOTARIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Alessandro Alves de Sousa
Escrivão Autorizado
Teresina - PI
Data: 13/09/2019
Selo: AJ163994-7477
www.tjpi.jus.br/portalnotas
ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-EGREVIENDE AUTORIZADO
ESEL013-85 TJ0-77 FMNP/PI:0.10 Selo:0.26 Total:4,98 - OP:117
PROCURAÇÃO PARTICULAR

TERESINA

HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES

Rua Miguel Alves S/N Buenos Aires - Fone: 86 3215-9176
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 17.577.205/0001-37Imp: 18/08/2019 20:49:36
(User: MAXWELL SANTOS)
(Entidade: GERENCIAMENTO)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		Prontuário: 134436
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai:	
End. Resid.: QD. X, CS. 23, RES. FRANCISCA TRINDADE - SANTA MA. COOPI - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m24d	Sexo: Masculino Fone: 86-99963-1428
Responsável: MILDÁ - ESPOSA		CNS:
Profissão:		Documento: Reg.Nasc: SEM DOCUMENTAÇÃO
G. Instrução: NÃO informado		E.Civil: Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 176634	Entrada: 18/08/2019 20:47:14	Convênio: SUS	Proced:
Motivo da Procura: QUEDA DE NOTO (Conforme Paciente/Acomp):			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES ENTREGUE Documento Conforme Lema Oficial THE 02/01/17 Salvo Redação		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	Kg	Altura:	M	IMC:	Kg/m ²	Paíso:	Imp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

- Paciente vítima de acidente motociclistico há 40 minutos. Refere ter se chocado contra muro e árvore. Apresenta escoriações em face, epistaxe. Apresenta confusão mental. Aferição SCG = 14. Evacuado, suspeito. Abdomen inócente.

Exame(s) Inicial:	CID:
-------------------	------

Exames Complementares:

- RX do Tórax. ITC de Crânio + enxames +
Fratura de mandíbula (1), costela (1) Neurologista no HUT.
+ óbito (1).

Prescrição Médica:

②. Transtorno + Tolerância + Sfog x 100ml/dia
a 80pts/mês. Preenchida galinha de vegetal
mildá domingos HUT (sem urinase).

Dr. Aderson Aragão Mota
Gastroenterologista Coloproctologista
Gastroenterologista Coloproctologista
CRM - PI 4115

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

ENTREGUE Paciente ou Responsável





NOME DO PACIENTE: Joana Luisa Mendes de Mesquita

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 10132603

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

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070812115235100000010132603>
Número do documento: 20070812115235100000010132603

Num. 10681352 - Pág. 3



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

Neurocirurgia: ✓
BUCO-MAXIL: OK
Cir. Geral: OK

Imp: 19/08/2019 10:13:22

User: GILBERTO

Modo: EXCLUSIVO

Ortopedia

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		Prontuário: 341441
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai: RAIMUNDO DA SILVA NUNES	
End. Resid.: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m24d	Sexo: Masculino
Responsável: MILDIA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES	CNS: 704509364518910	
Profissão: MOTO TAXISTA	Documento: CPF: 758.321.433-53	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 736799	Entrada: 18/08/2019 23:50:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
(Conforme Paciente/Acomp):			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEDAS	Déficit neurológico novo	Amarelo
Alieve História Clas. Risco:		
ACIDENTE DE MOTO DE ALTO IMPACTO, DESORIENTAÇÃO, VOMITO, EPISTAXE, RAIO X EVIDÊNCIA TRAUMA DE MANDÍBULA, TRAUMA DE BASE, ORBITA ESQUERDA E COSTAL A DIREITA, NEGA ALERGIA, NEGA OUTRAS PATOLOGIAS, NÃO FET USO DE MEDICAMENTOS		FRANCISCO ALEXANDRE DE SOUZA CRM: 14747-PI EM: 19/08/2019 23:51:27

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:					
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE DUAS HORAS. MENCIONA USO DE CAPACETE, MAS O MESMO FOI SACADO DURANTE O OCORRIDO. RELATA PERDA MOMENTANEA DA CONSCIENCIA, NEGANDO VOMITOS, OTORRÉIA OU RINORRÉIA.					
VEIO TRANSFERIDO DO HOSPITAL BUENOS AIRES PARA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA, JÁ PORTANDO RELATÓRIO DE TRANSFERENCIA, ONDE O MESMO CITA REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CRANIO E TORAX, EVIDENCIANDO FRATURA DE FACE, BEM COMO EM REGIÃO COSTAL A DIREITA.					
A) VÍAS AÉREAS PERTIVAS, FÁSICA SEM COLAR CERVICAL OU FRANCHA RÍGIDA					
B) MURMURIO VESICULAR DIMINUIDO A DIREITA, PULSO: 76.8PM, SAT: 92:97 C) RR, 2T, BNP, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA 120x80mmHg, ABDOME INOCENTE. D) PACIENTE ENCONTRA-SE COLABORATIVO E ORIENTADO. E) ESCORRÊNCIAS EM MÉDROS SUPERIORES E INFERIORES.					

Diagnóstico Inicial:	?	CID: 502.4 P: 0404020526
Exames Complementares:	DATA: 18/08/2019 CRANIO/FACE + TORAX	
(1287567) - T.C. DE CRANIO		
(1287568) - T.C. DE FACE		
(1287570) - T.C. DE TORAX		

Prescrição Médica:	SOLICITO EXAMES COMPLEMENTARES E AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROCIRURGIA E CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL), BEM COMO REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL.	
Motivo da Alta/Encerramento:	Assinatura Paciente ou Responsável	
Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável	ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE
DATA: 19/08/2019 08:27	
Solicite contato com Bucmaxilo e/ou as Unidades de Telefonia	
SOLICITE AGENDA DE ATENDIMENTO	
CONFERE COM O ORIGINAIS	



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

Imp: 18/08/2019 23:54:01

(User: ALEXANDRO IBIRAPUERA)

(Estação: ACC01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

NHEC
20/8/19 10:10

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		Prontuário: 341441
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai: RAIMUNDO DA SILVA NUNES	
End. Resid.: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m24d	Sexo: Masculino Fone: 86-99407-7747
Responsável: MILDIA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES	CNS: 704509364518910	
Profissão: MOTO TAXISTA	Documento: CPF: 758.321.433-53	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 736799	Data: 18/08/2019 23:50:00	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: SUS	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Déficit neurológico novo	Destino: CIRURGIAO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: ACIDENTE DE MOTO DE ALTO IMPACTO, DESORIENTAÇÃO, VOMITO, EPISTAXE, RAIO X EVIDENCIA TRAUMA DE MANDIBULA, TRAUMA DE BARRA, ORBITA ESQUERDA E COSTAL À DIREITA. NEGA ALERGIA, NEGA OUTRAS PATOLOGIAS, NAO FES USO DE MEDICAMENTOS		Profissional Clas. Risco: FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO COREM 147667 PI Em: 18/08/2019 23:54:01	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 06:04)

Exa. geral - paciente interna de acidente de moto -
ao ex. hemodinamicamente estável, em regular estado
geral, eupneico em ar ambiente. PEP: tórax simétrico
ausculta cardiopulmonar normal bilateralmente. Abdomen:
queado, urdado sem VMG ou defesa. TC de Tórax (sem
pontas): ruptura de costelas? sem pneumothorax.
A ed: alta da cir geral. rel. avaliação da ortopedia

PA: X mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: _____			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ortopedia: 06:30

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO		Se Internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: / / - HORA: : :		Procedimento: _____	CID: _____
		Dr. Ricardo Valença	
		CRM: 3766 - TBO: 1140	
		Assinatura - Profissional _____	

Mildia Domingas
natura Paciente ou Responsável

Joana Luisa Mendes da Mota
CRM: 4730
Assinatura - Profissional _____
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

Prontuário:

341441

Internação:

245603

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES				
End. Resid.: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI				
Cidade: TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Sexo: Masculino	Nascimento: 12/02/1975	Idade: 44a5m26d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: MOTO TAXISTA
Admissão: 19/08/2014	G. Instrução: Não informado	Fone: 86-99407-7747	Cartão SUS (CNS): 704509364518910	Procedência: TERESINA
Pai: RAIMUNDO DA SILVA NUNES			Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	
Responsável: MILEDA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES				
End. Responsável: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI TERESINA - PI 64000-010				
Documento: CPF: 756.321.433-53				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
data: 20/08/2019	hora: 16:26	data: 21/08/2019	hora: 09:10h	CENTRO CIRÚRGICO
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0404020550 - OSTEOSSÍNTSE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA CID 10: B026 - Fratura de mandíbula				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: <i>Vimarr</i> CID 10: <i>Vimarr</i>				
Tratamento Realizado: <i>Alívio da dor e colocação de sutura mandibular.</i>				
Exames Realizados: <i>TCF</i>				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.*Até a alta*

Data

Dr. José Carlos O. Gomes Filho
CIRURGIA BUCO-MAXILOFACIAL
IMPLANTODONTIA
www.jcgomes.com.br



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	<i>José de Jesus da Silva Nunes</i>		
Diagnóstico pré-operatório	<i>Fratura de mandíbula</i>		
Operação - Tipo	<i>Redução + fixação de mandíbula</i>		
Cirurgião	<i>Carlos Eduardo</i>	1º Assistente	<i>Bruna</i>
2º Assistente	<i>Werley</i>	3º Assistente	<i>Agou</i>
Instrumentador(a)	<i>Renata</i>	Anestesista	<i>João</i>
Anestésico(a)	<i>General</i>		
Data da Operação	<i>20/08/19</i>	Inicio	<i>15:00</i>
Diagnóstico Pós-operatório	<i>Fratura de mandíbula</i>		

Relatório Imediato do Patologista
<i>φ</i>
Acidente Durante a Operação
<i>φ Não houve</i>

 DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)	
<ol style="list-style-type: none"> 1 - Exploração mastoideal. 2 - Articulação extra-articular operação de险amp; 3 (extra-articular) infiltración de xylo 27 com 1000. 4 - Acesso submandibular + iloscuro 5 - Redução anatômica e fixação (03 placas e 09 parafusos de 2.0mm). 6 - Sutura em plomo + ferreiro de ferro. 7 - Encerrado. 	

José Luís Mendes de Mesquita
Matrícula: 4736
SAME - HUT
CONFIRME COM O ORIGINAL

Mod. 76 HUT



19/08/19 - 00:30 - Neurocirurgia - Acidente

Acidente com capacete, ingestão de bebida alcoólica.

Exame: consciente, orientado, glasgow 15, edema

de hemiface direita principalmente orbital direita,

sangramento no faringe, movimenta os quatro membros

de cranio: sem aferção neurocirúrgicas.

Colo: • Alta da neurocirurgia

• Avaliação da boca, emergia geral

Dr. Leonardo Moura
Neurocirurgia
CRM - PI 367

José Luis Mendes de Mesquita
Médico 47390
SAME / HUT
CONFERE COM O ORIGINAIS

02:45h - Sócio recente à telefonia, contato com ~~Edmundo Bessa~~
requisito pl. avaliação do paciente.

Juciléia Aguiar de Souza
Enfermeira
COREN - PI 177.804

03:08 - Feito novo contato com a telefonia para solicitar presença
do bucomaxilo para avaliações do paciente.

~~Isaac Alcofora~~
ENFERMEIRO
COREN - PI 315.79

CTBMP 19/08/19 às 04:23

CID 502.6
COD: 0404020500.

Paciente vítima de acidente motociclistico, orientado.

Exame físico foi observado escoriações na face, laceração
no arco supraciliar ①, mucosa do lábio inferior sem abertura
bucal suficiente, apresentando apenas 2 dedos para aferir
exame de imagem o paciente apresentava fratura
mandibular localizada na parassinfise, com deslocamento
lateral e imobilizada na boca após avaliações das

Marcia Soárez
Médico 47390
SAME / HUT
CONFERE COM O ORIGINAIS



#CTBMF# 19/08/19 07:50

Paciente vítima de acidente motociclistico
apresentou ao exame TC de face fratura de
síntese mandibular com indicação de redução
e fixação interna feita.

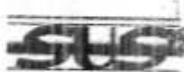
Conduta: Internação e promover cirurgia


Dr. Ednan Soares Coutinho
CRM-PI 04350
CRM-FI 04350

CRM-PI 04350
CRM-FI 04350
Dr. Ednan Soares Coutinho

Joana Luisa Mendes da Mesquita
Matriuca: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

3
24155LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	245603

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES	6 - Prontuário: 341441		
7-CMS: 704509364518910	8-Nascimento: 22/02/1975	9-Sexo: Masculino	CPF: 758.321.433-53
10-Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA			12-Fone: 86-99407-7747
13-Resp: MILDA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES			14-Cor: Parda
15-Ender: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Do, (u.º Tua), 10000</i>
--

21 - Condições que justificam a internação: <i>12 x Frac, procedimento cirúrgico 33 mandíbula direita.</i>

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>12 x Frac</i>	24-CID Prin: S026	25-CID Sec.: 	26-CID C.Aux.:
---	--------------------------	----------------------	------------------------

23-Diagnóstico Inicial: Fratura de mandíbula	24-CID Prin: S026	25-CID Sec.: 	26-CID C.Aux.:
--	--------------------------	----------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 0404020550	27-Procedimento Solicitado: OSTEOSSÍTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA	Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 957.650.423-68	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO	34-Data Solicitação: 20/08/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- <input checked="" type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico			
38- <input checked="" type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
45 - Vínculo com a Previdência:			
<input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50- <i>João Luisa Mendes de Mesquita Assinatura: 47390 Médico: (Ex. Conselho)</i>
48-Documento: <input type="checkbox"/> CMS <input type="checkbox"/> CPF	49-Num. Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: EDNAN SOARES COUTINHO CONFERE CONFERE Consulta Local: 736799 Consulta SUS: 20/08/2019 16:26:40 Impressão: 20/08/2019 16:26:40
--	--



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 234155 AIH: 2219101831573
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE 704509364518910 JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES	NASCIMENTO 22/02/1975	SEXO M	PRONTUÁRIO 341441
DOCUMENTO CPF	TELEFONE DOCUMENTO	Nome da Mãe FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	RESPONSÁVEL NILDA DOMINGAS	
CEP 64000010	ENDERECO - LOGRADOURO QD= X CASA 23		NUMERO / LOTE 23	
BAIRRO SANTA MARIA DA CODIP	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE DUAS HORAS. MENCIONA USO DE CAPACETE, MAS O MESMO FOI SACADO DURANTE O OCORRIDO. RELATA PERDA MOMENTANEA DA CONSCIENCIA, NEGANDO VOMITOS, OTORRÉIA OU RINORRÉIA. VEIO TRANSFERIDO DO HOSPITAL BUENOS AIRES PARA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA, JA PORTANDO RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA, ONDE O MESMO CITA REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CRANIO E TORAX, EVIDENCIANDO FRATURA DE FACE, BEM COMO EM REGIÃO COSTAL A DIREITA. ESCORIACOES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME DE IMAGEM : TC DE CRANIO E FACE

INFORMAÇOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S06 - FRATURA DE MANDIBULA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

6404020530 - OSTEOSINTSE DE FRATURA SIMPLES DE MANDIBULA

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LAURENDO DE SOUSA BRITTO JUNIOR CRM: 06555977353	
CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 18/08/2019	
DATA ADMISSÃO 18/08/2019 23:50	DATA ALTA 21/08/2019 08:36	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCOS DE MELLO MARTINS SANTOS MOURA CRM: 07959400382	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HPT CONFERE COM O ORIGINAL	
DATA ANÁLISE: 10/10/2019 15:46:39	CRM	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20/08/59

NOME DO PACIENTE:	José de Jesus da S. Nunes		PRONTUÁRIO Nº:	343443
DIAGNÓSTICO:			CIRURGIA:	
ANESTESIA:			Nº DA SALA:	03
CIRURGIÃO:	Carlos Eduardo		CPF Nº:	
AUXILIAR:			CPF Nº:	
ANESTESIA:	Geral		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Residente		CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI n.º 35	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5 a 6,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7,0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	—		PVPI DE GERMANTE	ML	—	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500 FRASCO	03		
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—		TOT n.º 7,0		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	—			Excavos = 04			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	—			Bisturi Elétrico Monofásico = 03			
CAT. GUT. CROMADO C/AG	—			Micropedi = 30 cm			
CAT. GUT. CROMADO S/AG	—			AgoFlex n.º 4 = 03			
ALCOFIL	—						
MONONYLON n.º 2,0	03						
FITA UMBILICAL	—			ENFERMARIA:			
VICRYL n.º 3,0	03			CIRCULANTE: Vandilis Viana			
PROLENE	—						

Mononylon n.º 5,0-03

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - 047
CONFERE COM O ORIGINA

PSISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME José Jesus Sáuia Júnior IDADE anos DATA 20/10/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 10 min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUEL BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA osteointese da mandíbula CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	SAIDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>147/92</u>		<u>157/92</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>		<u>82</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>		<u>95%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O ⁰ C)	<u>36</u>		<u>36</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (ipm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Cirurgia</u>		<u>Cirurgia</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	SAIDA		
		2	1	0
Movimenta os quatro membros	2	2	2	2
Movimenta dois membros	1	1	1	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou só com comando	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	ADMISSÃO	2	1	0
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1
Tem apneia	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	ADMISSÃO	2	1	0
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	ADMISSÃO	2	1	0
Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2
Deserta, se solicitado	1	1	1	1
Não responde	0	0	0	0
SATURAÇÃO O ₂	ADMISSÃO	2	1	0
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90% mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
ESCALA DE DOR ALTA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ASS.

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POC de osteointese da mandíbula, segue calmo, orientado, acorda facilmente. Fazendo fonemas.

PRESCRIÇÃO MÉDICA	José Luis Mendes de Melo Júnior Matrícula 47390 SAME - HUT FONE: 3202-0000 CRM-PI 4924	ALTA SRPA	Alta da RPA CRM-PI 4924 Assinatura
ENCAMINHAMENTO	[] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []	HORÁRIO	ANESTESIOLOGISTA

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





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	245603

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES	6 - Prontuário: 341441
7-CKS: 704509364518910	8-Nascimento: 22/02/1975
11-Mae: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	9-Sexo: Masculino
13-Resp: MILDIA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES	CPF: 758.321.433-53
15-Ender: QD X CASA 23 - SANTA MAR. COSTRIP - CEP: 64000-010	12-Fone: 86-99407-7747
16-Munic: TERESINA	14-Fone: 86-99407-7747
	17-Cod. IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0404020550	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEBOSSÍTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA	
31-Cod.Procedimento Especial 0702050482	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Solicitada: 2

Fornecedor da OFM: BIOSINTHSE

38-Profissional Responsável: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO	40-Tp. Documento: CPF	<i>Carlos Eduardo M. Bujisio Cirurgião Dentista - Odontologia 41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)</i>
39-Data Solicitação: 20/08/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 957.650.423-68	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Prócedimento cirúrgico dos Amelias Gomes

AUTORIZAÇÃO

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

50. Nome do Profissional/parecer constante de avaliação/auditoria 	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

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

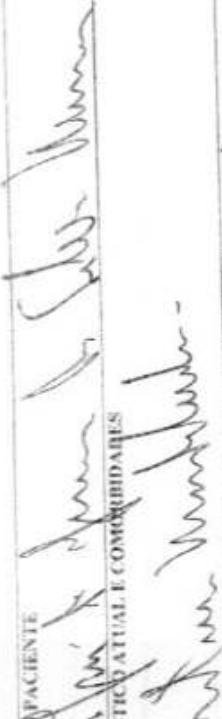


BUCO

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 42390
SAME: MUL
SERE COM O ORIGINA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	LEITO
				09
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMOQUIDADES	ALÉRGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/Especialidade		
		BUCOMAXILOFACIAL		
HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
DATA: 21/08/2020	HORA: 11:10	8h : pt de alto卷orido Enf - somnolência com jogos		
1) Dieta líquida pastosa				
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h				
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h				
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h				
5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h				
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h				


Dr. José Carlos O. Gomes Filho
Médico de Família e Medicina Dentária
Médico de Família e Medicina Dentária



PRESCRIÇÃO MÉDICA



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE		DATA	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou API.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES						MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE	
José Sávio de Souza 85 Anos Hipertensão Diabetes		20/07/2020	3411611 ALÉRGIAS	20/07/1935	09	BUCOMAXILO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORA:	10:00	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
DATA: 20/07/2020					Prescrito em 20/07/2020 pela Enf. Bárbara Souza Bem.		
1) Dieta liquida/semi líquida		10:00	10:00	10:00	13:15h Encaminhado p/ C.E.		
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h			12:18	12:18	Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h		
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h				14	Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h		
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h					Dipirona sódica 500mg, 1 amp+AD, EV de 6/6h		
5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+AD, EV de 6/6h					Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h		
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h					7) Triatil 20 mg + AD EV de 12/12h		
7) Triatil 20 mg + AD EV de 12/12h					8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia		
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia					9) SSVV + CCGG		
9) SSVV + CCGG					10) SSVV + CCGG		
10) SSVV + CCGG					11) SSVV + CCGG		
11) SSVV + CCGG					12) SSVV + CCGG		
12) SSVV + CCGG					13) SSVV + CCGG		
13) SSVV + CCGG					14) SSVV + CCGG		
14) SSVV + CCGG					15) SSVV + CCGG		
15) SSVV + CCGG					16) SSVV + CCGG		
16) SSVV + CCGG					17) SSVV + CCGG		
17) SSVV + CCGG					18) SSVV + CCGG		
18) SSVV + CCGG					19) SSVV + CCGG		
19) SSVV + CCGG					20) SSVV + CCGG		
20) SSVV + CCGG					21) SSVV + CCGG		
21) SSVV + CCGG					22) SSVV + CCGG		
22) SSVV + CCGG					23) SSVV + CCGG		
23) SSVV + CCGG					24) SSVV + CCGG		
24) SSVV + CCGG					25) SSVV + CCGG		
25) SSVV + CCGG					26) SSVV + CCGG		
26) SSVV + CCGG					27) SSVV + CCGG		
27) SSVV + CCGG					28) SSVV + CCGG		
28) SSVV + CCGG					29) SSVV + CCGG		
29) SSVV + CCGG					30) SSVV + CCGG		
30) SSVV + CCGG					31) SSVV + CCGG		
31) SSVV + CCGG					32) SSVV + CCGG		
32) SSVV + CCGG					33) SSVV + CCGG		
33) SSVV + CCGG					34) SSVV + CCGG		
34) SSVV + CCGG					35) SSVV + CCGG		
35) SSVV + CCGG					36) SSVV + CCGG		
36) SSVV + CCGG					37) SSVV + CCGG		
37) SSVV + CCGG					38) SSVV + CCGG		
38) SSVV + CCGG					39) SSVV + CCGG		
39) SSVV + CCGG					40) SSVV + CCGG		
40) SSVV + CCGG					41) SSVV + CCGG		
41) SSVV + CCGG					42) SSVV + CCGG		
42) SSVV + CCGG					43) SSVV + CCGG		
43) SSVV + CCGG					44) SSVV + CCGG		
44) SSVV + CCGG					45) SSVV + CCGG		
45) SSVV + CCGG					46) SSVV + CCGG		
46) SSVV + CCGG					47) SSVV + CCGG		
47) SSVV + CCGG					48) SSVV + CCGG		
48) SSVV + CCGG					49) SSVV + CCGG		
49) SSVV + CCGG					50) SSVV + CCGG		
50) SSVV + CCGG					51) SSVV + CCGG		
51) SSVV + CCGG					52) SSVV + CCGG		
52) SSVV + CCGG					53) SSVV + CCGG		
53) SSVV + CCGG					54) SSVV + CCGG		
54) SSVV + CCGG					55) SSVV + CCGG		
55) SSVV + CCGG					56) SSVV + CCGG		
56) SSVV + CCGG					57) SSVV + CCGG		
57) SSVV + CCGG					58) SSVV + CCGG		
58) SSVV + CCGG					59) SSVV + CCGG		
59) SSVV + CCGG					60) SSVV + CCGG		
60) SSVV + CCGG					61) SSVV + CCGG		
61) SSVV + CCGG					62) SSVV + CCGG		
62) SSVV + CCGG					63) SSVV + CCGG		
63) SSVV + CCGG					64) SSVV + CCGG		
64) SSVV + CCGG					65) SSVV + CCGG		
65) SSVV + CCGG					66) SSVV + CCGG		
66) SSVV + CCGG					67) SSVV + CCGG		
67) SSVV + CCGG					68) SSVV + CCGG		
68) SSVV + CCGG					69) SSVV + CCGG		
69) SSVV + CCGG					70) SSVV + CCGG		
70) SSVV + CCGG					71) SSVV + CCGG		
71) SSVV + CCGG					72) SSVV + CCGG		
72) SSVV + CCGG					73) SSVV + CCGG		
73) SSVV + CCGG					74) SSVV + CCGG		
74) SSVV + CCGG					75) SSVV + CCGG		
75) SSVV + CCGG					76) SSVV + CCGG		
76) SSVV + CCGG					77) SSVV + CCGG		
77) SSVV + CCGG					78) SSVV + CCGG		
78) SSVV + CCGG					79) SSVV + CCGG		
79) SSVV + CCGG					80) SSVV + CCGG		
80) SSVV + CCGG					81) SSVV + CCGG		
81) SSVV + CCGG					82) SSVV + CCGG		
82) SSVV + CCGG					83) SSVV + CCGG		
83) SSVV + CCGG					84) SSVV + CCGG		
84) SSVV + CCGG					85) SSVV + CCGG		
85) SSVV + CCGG					86) SSVV + CCGG		
86) SSVV + CCGG					87) SSVV + CCGG		
87) SSVV + CCGG					88) SSVV + CCGG		
88) SSVV + CCGG					89) SSVV + CCGG		
89) SSVV + CCGG					90) SSVV + CCGG		
90) SSVV + CCGG					91) SSVV + CCGG		
91) SSVV + CCGG					92) SSVV + CCGG		
92) SSVV + CCGG					93) SSVV + CCGG		
93) SSVV + CCGG					94) SSVV + CCGG		
94) SSVV + CCGG					95) SSVV + CCGG		
95) SSVV + CCGG					96) SSVV + CCGG		
96) SSVV + CCGG					97) SSVV + CCGG		
97) SSVV + CCGG					98) SSVV + CCGG		
98) SSVV + CCGG					99) SSVV + CCGG		
99) SSVV + CCGG					100) SSVV + CCGG		
100) SSVV + CCGG					101) SSVV + CCGG		
101) SSVV + CCGG					102) SSVV + CCGG		
102) SSVV + CCGG					103) SSVV + CCGG		
103) SSVV + CCGG					104) SSVV + CCGG		
104) SSVV + CCGG					105) SSVV + CCGG		
105) SSVV + CCGG					106) SSVV + CCGG		
106) SSVV + CCGG					107) SSVV + CCGG		
107) SSVV + CCGG					108) SSVV + CCGG		
108) SSVV + CCGG					109) SSVV + CCGG		
109) SSVV + CCGG					110) SSVV + CCGG		
110) SSVV + CCGG					111) SSVV + CCGG		
111) SSVV + CCGG					112) SSVV + CCGG		
112) SSVV + CCGG					113) SSVV + CCGG		
113) SSVV + CCGG					114) SSVV + CCGG		
114) SSVV + CCGG					115) SSVV + CCGG		
115) SSVV + CCGG					116) SSVV + CCGG		
116) SSVV + CCGG					117) SSVV + CCGG		
117) SSVV + CCGG					118) SSVV + CCGG		
118) SSVV + CCGG					119) SSVV + CCGG		
119) SSVV + CCGG					120) SSVV + CCGG		
120) SSVV + CCGG					121) SSVV + CCGG		
121) SSVV + CCGG					122) SSVV + CCGG		
122) SSVV + CCGG					123) SSVV + CCGG		
123) SSVV + CCGG					124) SSVV + CCGG		
124) SSVV + CCGG					125) SSVV + CCGG		
125) SSVV + CCGG					126) SSVV + CCGG		
126) SSVV + CCGG					127) SSVV + CCGG		
127) SSVV + CCGG					128) SSVV + CCGG		
128) SSVV + CCGG					129) SSVV + CCGG		
129) SSVV + CCGG					130) SSVV + CCGG		
130) SSVV + CCGG					131) SSVV + CCGG		
131) SSVV + CCGG					132) SSVV + CCGG		
132) SSVV + CCGG					133) SSVV + CCGG		
133) SSVV + CCGG					134) SSVV + CCGG		
134) SSVV + CCGG					135) SSVV + CCGG		
135) SSVV + CCGG					136) SSVV + CCGG		
136) SSVV + CCGG					137) SSVV + CCGG		
137) SSVV + CCGG					138) SSVV + CCGG		
138) SSVV + CCGG					139) SSVV + CCGG		
139) SSVV + CCGG					140) SSVV + CCGG		
140) SSVV + CCGG					141) SSVV + CCGG		
141) SSVV + CCGG					142) SSVV + CCGG		
142) SSVV + CCGG					143) SSVV + CCGG		
143) SSVV + CCGG					144) SSVV + CCGG		
144) SSVV + CCGG					145) SSVV + CCGG		
145) SSVV + CCGG					146) SSVV + CCGG		
146) SSVV + CCGG					147) SSVV + CCGG		
147) SSVV + CCGG					148) SSVV + CCGG		
148) SSVV + CCGG					149) SSVV + CCGG		
149) SSVV + CCGG					150) SSVV + CCGG		
150) SSVV + CCGG					151) SSVV + CCGG		
151) SSVV + CCGG					152) SSVV + CCGG		
152) SSVV + CCGG					153) SSVV + CCGG		
153) SSVV + CCGG					154) SSVV + CCGG		
154) SSVV + CCGG					155) SSVV + CCGG		
155) SSVV + CCGG					156) SSVV + CCGG		
156) SSVV + CCGG					157) SSVV + CCGG		
157) SSVV + CCGG					158) SSVV + CCGG		
158) SSVV + CCGG					159) SSVV + CCGG		
159) SSVV + CCGG					160) SSVV + CCGG		
160) SSVV + CCGG					161) SSVV + CCGG		
161) SSVV + CCGG					162) SSVV + CCGG		
162) SSVV + CCGG					163) SSVV + CCGG		
163) SSVV + CCGG					164) SSVV + CCGG		
164) SSVV + CCGG					165) SSVV + CCGG		
165) SSVV + CCGG					166) SSVV + CCGG		
166) SSVV + CCGG					167) SSVV + CCGG		
167) SSVV + CCGG					168) SSVV + CCGG		
168) SSVV + CCGG					169) SSVV + CCGG		
169) SSVV + CCGG					170) SSVV + CCGG		
170) SSVV + CCGG					171) SSVV + CCGG		
171) SSVV + CCGG					172) SSVV + CCGG		
172) SSVV + CCGG					173) SSVV + CCGG		
173) SSVV + CCGG					174) SSVV + CCGG		
174) SSVV + CCGG					175) SSVV + CCGG		
175) SSVV + CCGG					176) SSVV + CCGG		
176) SSVV + CCGG					177) SSVV + CCGG		
177) SSVV + CCGG					178) SSVV + CCGG		
178) SSVV + CCGG					179) SSVV + CCGG		
179) SSVV + CCGG					180) SSVV + CCGG		
180) SSVV + CCGG					181) SSVV + CCGG		
181) SSVV + CCGG					182) SSVV + CCGG		
182) SSVV + CCGG					183) SSVV + CCGG		
183) SSVV + CCGG					184) SSVV + CCGG		
184) SSVV + CCGG					185) SSVV + CCGG		
185) SSVV + CCGG					186) SSVV + CCGG		
186) SSVV + CCGG					187) SSVV + CCGG		
187) SSVV + CCGG					188) SSVV + CCGG		
188) SSVV + CCGG					189) SSVV + CCGG		
189) SSVV + CCGG					190) SSVV + CCGG		
190) SSVV + CCGG					191) SSVV + CCGG		
191) SSVV + CCGG					192) SSVV + CCGG		
192) SSVV + CCGG					193) SSVV + CCGG		
193) SSVV + CCGG					194) SSVV + CCGG		

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64010-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Frontuário:
 341441
 Internação:
 245603

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

End. Resid.: QD X CASA 23 - SANTA M. CNP: 11

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m0d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: MOTO TAXISTA
Internação		Alta		Permanência
Data 20/08/2019	Hora 16:26	Data 21/08/19	Hora :	

Diagnósticos:

CID Principal:

fratura mandibular

Cod.CID:

5024	

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

fratura mandibular

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Bonita evolução

MEDICAÇÕES:

metamizol h forte

CIRURGIA: Data: 20/08/19 Tipo: *fratura mandibular*

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

reabilitação

Transporte:

ambulância

Transporte:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

*Assist. Médico Assistente/Auxiliar/Enfermeiro
 Dr. José Carlos O. Gomes Filho
 CIRURGIA BUCO-MAXILLO-FACIAL
 IMPLANTODONTIA
 CRO-PI 2200*

*Joana Lúcia Mendes
 Matrícula: 47390
 SAME-HUT
 CONFERE COM O ORIGINAIS*



EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Nome:	José de Jesus da Silva Nunes		Prontuário:	343443
Idade:	44	Profissão:	Naturalidade:	Procedência:

DATA	03:30 - Segue aos cuidados da equipe, aguardando 19/08/19 poder ser bucomaxilo e cirurgia geral. Feito novo contato com a telefonia solicitando a pre- sença dos profissionais.
	04:00 - JÁ avaliado pelo bucomaxilo, aguarda avaliação da cirurgia geral. Feito contato solicitando profissional.

Isaac Alcoforado
ENFERMEIRO
COREN-PI 315.391

Isaac Alcoforado
ENFERMEIRO
COREN-PI 315.391

sh52'	Realizado (cirurgia) sutura em condado bacal e sutura (0).
	Agora de encontro da cirurgia qual

Marcia Socorro C. Ribeiro
Médica Socorro Ribeiro
CRM-PI 135207-3232.0752

<u>07/08/04</u>	<u>Oftalmia: Polifuncional</u> fo parho (0) credene seu local px - funda rodar B.M.F? an - Tela Genodo Reunido + Sustento
-----------------	---

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Oftalmologista
CRM-PI 3054 / RQE 1025

<u>07/08/04</u>	<u>Alta da Oftalmia</u> Reanálise B.M.F.
-----------------	---

José Luis Mendes de Moraes
Matrialda: 47360
SAME - HUT
CONFERE COM CORRIGIDA





CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 727281917	Nº REGULAÇÃO: 87370	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D'ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	NEUROCIRURGIA	
PACIENTE: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES	NASCIMENTO: 22/02/1975	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

18/08/2019 21:53:13 PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO DE ALTO IMPACTO, COM DESORIENTAÇÃO MENTAL, RELATO DE VÓMITO E EPISTAXE. REALIZADOS RAIOS X DO TRAUMA EVIDENCIANDO FRATURA DE MANDIBULA A DIREITA, TRAUMA EM BASE DE ÓRBITA A ESQUERDA, FRATURA COSTAL A DIREITA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAME CLÍNICO E RX DO TRAUMA

EXAMES SOLICITADOS:

TC DE CRÂNIO E DE FACE

DIAGNÓSTICO(CID): TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 100bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 16rpm

GLICEMIA: 89mg/dL **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 14 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

ATA: 18/08/2019 22:07:54

Dr. Anderson Souza Moura
Cirurgião Geral
Cirurgião Dentista
Cirurgião Pediátrico
Especialista em Urologia
Especialista em Gastroenterologia
Especialista em Endocrinologia

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO / CARIMBO

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

nk

1/1

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 66 3219 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CRM-PI: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: **341441**)
 Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPÍ - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799
 Requisição: 989421 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 Controle: 1287567 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 19/08/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- PARÉNCIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO CENTRO DA NORMALIDADE.
- ABSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- ABSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATHOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/08/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696 958 303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

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



LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA CODIP - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799
Requisição: 989422 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1287568 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 19/08/2019

T.C. DE FACE

TIPOLOGIA: EXAME FEITO EM TOMOGRAFO MULTI-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLVÔMETRICA.

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- PAREDES DOS SETOS MAXILARES E ASSOMO DA ÓRBITA DIREITA;
- PROCESSOS STERIGÓIDES;
- SEPTO NASAL;
- PALATO DURO À DIREITA;
- REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA DA MANDÍBULA.

- HEMOSSEINUS FRONTAL, ETMOIDAL E MAXILAR BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.

JORGE AUGUSTO

TERESINA - PI 19/08/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696 958 303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de M...
Matrícula: 47390
SAME-FUT
CONFERE COM O ORIGINA





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1520 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-270 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Fax: 86 3218 5445

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799
Requisição: 989424 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1287570 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 19/08/2019

T.C. DE TORAX

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

RELATÓRIO:

- PROJEÇÕES LAMINARES NAS REGIÕES POSTERIORES DOS PULMÕES.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE FERMEÁVEIS.
- ABSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMALHAS MEDIASTINAIAS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIAS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCAVOUCO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/08/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007081211523510000010132603>
Número do documento: 2007081211523510000010132603

Num. 10681352 - Pág. 22

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a6m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799
Requisição: 989473 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1287691 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 19/08/2019

PUNHO DIREITO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227 528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 0390
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1620 - Federação - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)
 Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a6m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799
 Requisição: 989473 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 Controle: 1267692 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 19/08/2019

MAO DIREITA

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

Os seguintes aspectos observados:

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

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007081211523510000010132603>
 Número do documento: 2007081211523510000010132603

Num. 10681352 - Pág. 24



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86-3118-5445
TERESINA-PI CEP: 64015-770 - CNPJ: 25.522.917/0022-02

FECHADO

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 245603
Requisição: 990122 Solicitação: 20/08/2019 Solicitante: CARLOS EDUARDO MENDONCA BATISTA
Controle: 1288935 Convênio: SUS CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/08/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- PAREDES DOS SEIOS MAXILARES E ASSOAIRO DA ÓRBITA DIREITA;
- PROCESSOS PTERIGÓIDES;
- SEPTO NASAL;
- OSSOS NASAIS;
- FRATURA DURA À DIREITA;
- ESTRUTURA PARAMENTONIANA DIREITA DA MANDÍBULA, ALINHADA;
- PAREDE LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA.

- HEMISENOSIS FRONTAL, ETMOIDAL E MAXILAR BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.

- EDEMA/HEMATOMA EM REGIÃO PARAMENTONIANA, JUGAL E MALAR À DIREITA, NASAL, PERIORBITÁRIA E ZIGOMÁTICA BILATERAL.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 20/08/2019

DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE

CPF: 566.189.643-34 CRM 3389

Profissional Responsável

Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 43300
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

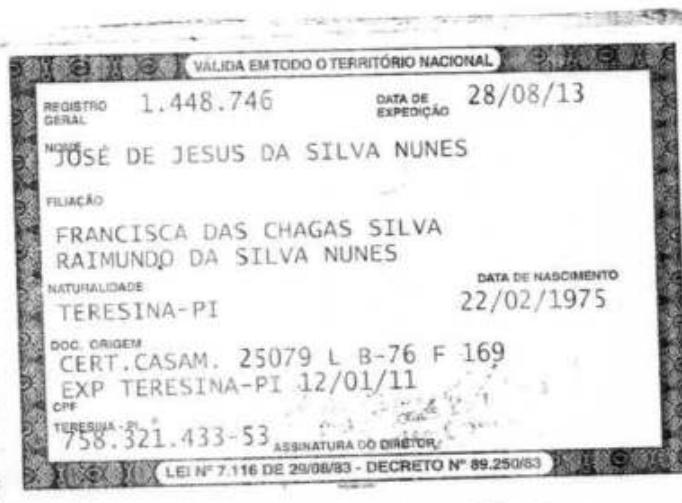


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007081211523510000010132603>
Número do documento: 2007081211523510000010132603

Num. 10681352 - Pág. 25









COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insr. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
consoce, informe
esse NÚMERO! → **SEU CÓDIGO**
0051869-7

CONTA MÊS **VENCIMENTO**
OUTUBRO/2019 **31/10/2019**

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONSUMO (kWh) **TOTAL A PAGAR (R\$)**
394 **411,88**

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 000884017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		swb	DADOS DA LEITURA	
Atual:	21824		Atual:	24/10/2019
Anterior:	21430		Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura:	25/11/2019
Consumo Médio:	394		Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:	394	FCAM	Apresentação:	24/10/2019

Forma de Faturamento: **NORMAL** Código de Irregularidade: Dias de Consumo: **30**

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Lipação	Número Medidor	Posto	Código Faz.
COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Médiano consumo		CONSUMO	394 A R\$ 0,944936 =
SET/19	368	CONTR. ILUMINACAO PUBL. (COSIP)	372,30
AGO/19	285	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00	30,03
JUL/19	222	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00	0,57
JUN/19	205	MULTA POR ATRASO 09/19-00	0,13
MAI/19	204	JUROS POR ATRASO 09/19-00	7,18
ABR/19	178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,67
MAR/19	243	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,70
FEV/19	297		3,12
JAN/19	365		
DEZ/18	57		

TARIFA COM TRIBUTOS:
B A 394 - 6.635310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Verifique regularidade das faturas vencidas (de vencimento de sua fatura mais cedra 1, 5, 10, 15, 20 ou 25), entre em contato por meio das nossas canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.848F.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30 271,78
Energia:	141,48	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	1,40% 3,82
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	6,49% 17,64

INDICADORES DE COMUNICAÇÃO

	DNC		PI		DNC		DNCB	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00		0,00			0,00		

Endereço: TERESINA-MACAPÁ

Período de abrangência: 08/2019 a 08/2019

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

0051869-7

TOTAL A PAGAR - R\$

411,88

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

31/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

83650000004 4 11880017000 3 00000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/10/2019 F.ENTR.: 09
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010
DT.VENC.: 31/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007081211523510000010132603
Número do documento: 2007081211523510000010132603

Num. 10681352 - Pág. 29

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josei De Jesus De Siqueira inscrito (a) no CPF sob o N° 758.321.433 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura T-PA da Vítima Josei De Jesus, inscrito (a) no CPF sob o N° 758.321.433 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar:

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

Endereço	<u>Rua 24 De Janeiro</u>	Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Lentis</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP	<u>64.000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 14 de novembro de 2019
Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

1 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007081211523510000010132603>
Número do documento: 2007081211523510000010132603

Num. 10681352 - Pág. 30

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:
758.321.433-53 José de Jesus da Silveira

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

5 - Nome completo: José de Jesus da Silveira 6 - CPF: 758.321.433-53
 7 - Profissão: mototaxista 8 - Endereço: Rua das Francisco Trenidade
 11 - Bairro: STA Maria da Piedade 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-321
 15 - E-mail: eduanseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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: 0029

CONTA: 1140 36

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disconcorde 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 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim 31 - Vítima Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim 34 - Não pais/avós vivos? Não

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

34

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Assinatura de José de Jesus da Silveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

00/2020

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS





HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES

Rua Miguel Alves S/N Buenos Aires - Fone: 86-3215-9176
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 17.577.204/0001-37

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 18/08/2019 20:49:36

USADO: MAXWELL SANTOS

(Estatuto: GERENCIAMENTO)

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		(Estação: GERENCIAMENTO)	
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai:	Frontuário: 134436	
End. Resid.: QD. X, CS. 23, RES. FRANCISCA TRINDADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99963-1428
Responsável: MILDÁ - ESPOSA		CNS:	
Profissão:		Documento: Reg.Nasc: SEM DOCUMENTAÇÃO	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
DADOS DO ATENDIMENTO:			
Código: 176634	Entrada: 18/08/2019 20:47:14	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): QUEDA DE MOTO			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
Bruxismo Clas. Risco:	<p>HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES ENTREGUE Documento Conferido conforme Origem THE 01/01/14 Produção</p>	

SSVV: (Hora: :)

Altura: M IMC: Kg/m² Peso: bmp Pressão: mmHg

- Paiente vítima de acidente metacôndrico há 40 minutos. Refer fer se chocar contra muro de areia. Apresenta escoriações em face, orelhas e pescoço. Apresenta confusão mental. A exame $ICG = 14$. EVOLUÇÃO: evoluiu. ABLENCIA INCERTE.

www.499991.com iniciado | CID: 10000000000000000000000000000000

Exames Complementares:

- Fix do Tpene / TC de Crâns + anhrex +
fratura de mandíbula (1), costela (2), neurologista no HUT.
l orelha (3).

Prescrição Médica:

① Trumpet song + ② Bleeding + SFog (green) &
← 80 pts / min.                <img alt="handwritten check

Motivo da Alta/Encerramento: AVS (sem urgência) - CRM - PI 4115
Milda Domingos DATA: 11/01/2018 HORA: 10:00

中華人民共和國國務院令
總理朱鎔基
1993年1月22日



ÁGUAS DE TERESINA																																									
CNPJ 27137479000106 - LE 1295968574 Av. Prof Camilo Filho, 1960, Bairro os Sантos - CEP 64095-040, Teresina - PI Telefone: 0800 223 2000 ou 315 / (86) 98124-3199																																									
FATURA		FATURA N°		152704109																																					
MÊS/ANO		MÊS/ANO		8/2019																																					
NOME/ENDEREÇO MORADOR MILDÁ DOMINGAS MENDES DA SILVA CON RES FRANCISCA TRINDADE 0---X-CASA-023-STA MARIA DA CODIPI-TERESINA-PI-cep:64012321																																									
LOCALIZAÇÃO 018-00001-006590		GRUPO 018		NÚMERO DO HIDROMÉTRICO A12L150966																																					
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS/ANO TIPO UDO FATURADO		ECONOMIAS-CATEGORIAS/TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal																																							
07/2019 Liso 14 13 08/2019 Liso 14 14 09/2019 Liso 16 16 04/2019 Liso 12 12 03/2019 Liso 14 14 02/2019 Liso 14 14																																									
DATA ANTERIOR 24/07/2019 944 ATUAL 27/08/2019 962		LEITURA CONSUMO MÊS/MÊS		18 LEI 16.741/2002 PES. PESO 77.9441.650 = 1.28 CORR. 77.9441.650 = 5.92																																					
TABELA DE TARIFAS RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E R\$ /M3		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA VALOR REFERENTE ÁGUA - 76,36 > Residencial-Normal 18,0 m3 76,36 JUROS POR ATRASO 06/2019 0,44 MULTA POR ATRASO 06/2019 1,14																																							
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E R\$ /M3																																									
VENCIMENTO 30/09/2019 TOTAL A PAGAR 77,94																																									
IRREGULARIDADES / ANOMALIAS																																									
MENSAGEM SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA. SE SEU HIDROMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL, FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.																																									
NOTIFICAÇÃO																																									
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/96, Art. 6º, §3º, inciso II.																																									
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MÊS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLORÍN. LIVRE</td> <td>2561</td> <td>2558</td> <td>23</td> <td>1,35</td> <td>0,2-5,0 mg/l</td> </tr> <tr> <td>COR APARENTE</td> <td>2667</td> <td>2618</td> <td>49</td> <td>6,08</td> <td>Inferior a 15</td> </tr> <tr> <td>PH</td> <td>2879</td> <td>2842</td> <td>37</td> <td>6,78</td> <td>6,00-9,50</td> </tr> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td>2803</td> <td>2740</td> <td>63</td> <td>1,82</td> <td>Inferior a 5</td> </tr> <tr> <td>CONFORMES/TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO	CLORÍN. LIVRE	2561	2558	23	1,35	0,2-5,0 mg/l	COR APARENTE	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15	PH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50	TURBIDEZ	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5	CONFORMES/TOTAL					
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																																				
CLORÍN. LIVRE	2561	2558	23	1,35	0,2-5,0 mg/l																																				
COR APARENTE	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15																																				
PH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50																																				
TURBIDEZ	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5																																				
CONFORMES/TOTAL																																									
CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MÊS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESCHERICHIA COLI</td> <td>1027</td> <td>1025</td> <td>2</td> <td>Ausência</td> <td>Ausente</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1027</td> <td>1027</td> <td>0</td> <td>Ausência</td> <td>Ausente</td> </tr> </tbody> </table>						PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO	ESCHERICHIA COLI	1027	1025	2	Ausência	Ausente		1027	1027	0	Ausência	Ausente																		
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																																				
ESCHERICHIA COLI	1027	1025	2	Ausência	Ausente																																				
	1027	1027	0	Ausência	Ausente																																				
DATA DA EMISSÃO: 27/08/2019 HORA DA EMISSÃO: 10:27																																									



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, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190642896 **Vítima: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES**

Data do Acidente: 18/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

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, contados 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

Carta nº 15114246

Pag. 01589/01590 - carta_01 - INVALIDEZ



00020795



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007081211523510000010132603>
Número do documento: 2007081211523510000010132603

Num. 10681352 - Pág. 34

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Registro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 758.321.433-53 José De Jesus Da Silva Nunes

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

5 - Nome completo: José De Jesus Da Silva Nunes 6 - CPF: 758.321.433-53
 7 - Profissão: metaloxista 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: STA maria da Piedade 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-321
 15 - E-mail: eduanseguro2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 1140 36 (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 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, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICOS 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 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valnascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

34 Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____	Assinatura da testemunha

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 35 - Assinatura da testemunha
 36 - Assinatura da testemunha 37 - Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

a do Representante Legal (se houver)

19/07/2020



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070812115235100000010132603>
Número do documento: 20070812115235100000010132603

Num. 10681352 - Pág. 36



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

264 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100122.002790/2019-44

Unidade de Registro: 22º DP DE TERESINA

Resp. pelo Registro: Nelson Pereira Mascarenhas Neto

Data/Hora: 19/08/2019 - 16:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

22º DP DE TERESINA

5603 56

Data/Hora

18/08/2019 - 19:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

ALAMEDA FRANCISCO NOGUEIRA, N°:

Complemento

SANTA MARIA DA CODIPI

Bairro

MONTE VERDE

Ponto de Referência

PROX. HORTA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ VINICIUS MENDES DA SILVA NUNES

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 4539613 SSP PI

Mãe: MILDÁ DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES

Pai: JOSÉ DE JESUS DA SILVA NUNES

Endereço: RESIDENCIAL FRANCISCA TRINDADE, N° 23

Complemento: QUADRA-X

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9963-1428

Mandado: 0000000000000000

Nome: JOSÉ DE JESUS DA SILVA NUNES

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1448746 SSP PI

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA

Pai: RAIMUNDO DA SILVA NUNES

Endereço: FRANCISCA TRINDADE, N° 23

Complemento: QUADRA-X, CASA-23, RES. FRANCISCA TRINDADE.

Bairro: SANTA ROSA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9963-1428

Mandado: 0000000000000000

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa.

MEIO(S) EMPREGADO(S)

Meio(s) Empregado

1 - OUTROS.

Apreendido

Não Apreendido

OBJETO(S) MATERIAL(IS) ENVOLVIDO(S)

1 - MOTOCICLETA.

Cor: Preta

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo: CG 160 START

Marca: HONDA

Nº Série: CHASSI: 9C2KC2500HR059323

Identificação: PLACA: PIU-2026, THE-PI.

Complemento: RENAVAM: 01129894395. ANOS: 2017/2017

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante afirma que seu pai que conduzia a moto supracitada no endereço citado acima se chocou com monte de barro, que estava no meio do asfalto e que foram deixado por uma caçamba amarela, que danificou a moto e causa lesões no corpo de seu pai, que mesmo caiu da moto, que ele foi socorrido por uma pessoa, que acionou o SAMU, mas ele foi socorrido por um parente, que levou para HOSPITAL DA TRINDADE, que em seguida levaram para HOSPITAL DO BUENOS AIRES, daí o levou para HUT, onde

Boletim de Ocorrência emitido em: 13/11/2019 09:49 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007081211523510000010132603
Número do documento: 2007081211523510000010132603

Num. 10681352 - Pág. 37



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

264 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100122.002790/2019-44

está internado.


Jerônimo Soáres Lima Júnior - Mat.
AGENTE DE POL'


JOSÉ VINÍCIUS MENDES DA SILVA NUNES - Noticiante
Responsável pela Informação


Luccy Keiko Leal Parába
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.731-7





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: 3190642896 Vítima: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

Data do Acidente: 18/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00730/00734 - carta_11 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/07/2020 12:11:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007081211523510000010132603>
Número do documento: 2007081211523510000010132603

Num. 10681352 - Pág. 39

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403655/19

Vítima: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

CPF: 758.321.433-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

Seguradora: SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES : 758.321.433-53

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: 18/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403655/19

Vítima: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

CPF: 758.321.433-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES : 758.321.433-53

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: 18/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

