

Controle de d... x | Consulta proc... x | PJ 0830234-58.20 x | PJ 0800031-53.20 x | PJ 0804309-60.20 x | PJ 0803426-16.20 x | Portal do Adv... x | Combine arqui... x | +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=347870&ca=b7befe4f77d61983c2d0215bbf8958075b...

Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0830234-58.2019.8.18.0140
RONES LOPES FERNANDES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

10629457 - CONTESTAÇÃO (2732419 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/07/2020 10:57:51

06 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10629454 - CONTESTAÇÃO
 - 10629457 - CONTESTAÇÃO (2732419 CONTESTACAO 01)
 - 10629462 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (processo administrativo)
 - 10629466 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10629469 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10629470 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

10:57

downloadBinario.seam 1 / 13

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08302345820198180140

AUSENCIA DE COBERTURA

PT 10:58 06/07/2020



Número: **0830234-58.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.813,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RONES LOPES FERNANDES (AUTOR)		IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10629462	06/07/2020 10:57	processo administrativo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Autorização de pagamento

Sr.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RONES LOPES FERNANDES

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.944.223 EXPEDIDO POR SSB-DIAVI EM 24/10/06 E

CPF 039202483-44 / CNPJ 00000000-00000000 PROFISSÃO SERVENTE

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RONES LOPES FERNANDES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 3486 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 5805-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL TERESINA DATA 31/10/2018

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) RONES LOPES FERNANDES

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Page: 1 Document Name: untitled

CATXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 11/10/2018

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO !MOVTO. E SALDO DO DIA

PAG: 001 / 001

AG: 3436 - BARRAS

OPER: 013

CONTA:

5.605-0

NOME: RONEZ LOPES FERNANDES

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.: 236,45

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL: 236,45

BLOQUEADO:

0,00

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

F1 AGUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. TEW2A3B1
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR

Date: 11/10/2018 Time: 10:57:08



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0258662/19

Vítima: RONES LOPES FERNANDES

CPF: 039.207.483-44

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONES LOPES FERNANDES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RONES LOPES FERNANDES : 039.207.483-44

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: 30/07/2019
Nome: RONES LOPES FERNANDES
CPF: 039.207.483-44

RONES LOPES FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190454027 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONES LOPES FERNANDES **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSO) P7 12 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P35 @36

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Montes, Lopes Fernandes
 DATA DO ACIDENTE 17/09/2018 CPF DA VÍTIMA 039.202.983-44
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PROPRIO REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É LOPES, FERNANDES
 ENDEREÇO DO PORTADOR VILA LENDEL BELOZOA QD. F. CAMILO
 Nº 516 COMPLEMENTO CASA BAIRRO MONTI VERDE
 CIDADE TELES-PI UF PI CEP 64.012-125
 E-MAIL TELESPI@GMAIL.COM TELEFONE (86) 9.9885.5915

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BULETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE VALORES PREVISTA NA LEI Nº 1.304/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOURA.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA Teresina - PI 30/07/2019IDENTIDADE 2944223 5571ASSINATURA Reneis Lopes Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

PJ CORRETORA

DATA 30 JUL 2019NOME 30 JUL 2019ASSINATURA 30 JUL 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170539260 Nº 013937110584
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 416300510 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
RONES LOPES FERNANDES

CPF / CNPJ 03920748344 PLACA DEH-9960

PLACA ANT. UF 9C2KC1670CR445100 CHASS

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCO/BASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP. POT. cil. 002P/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA

FAIXA / P/A PARCELAMENTO COTAS 2º 3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURO IOF (R\$) PAGO PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICÇÕES

TERESINA DATA 10/5/2019

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013937110584 BILHETE DE SEGURO DP

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 2018 DATA EMISSA 10/5/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 03920748344 PLACA DEH-9960

RENAVAM 416300510 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2011 CAT. TARIF. 09 Nº CHASS 9C2KC1670CR445100

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 31,28 CONTRAT. (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 185,50

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 25/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.246.808/0001-04

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Ronis Lopes Fernandes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 488 680

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 66 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RONES LOPES FERNANDES		Prontuário: 488680
Mãe: URCULINA LOPES FERNANDES	Pai:	
End. Resid.: LEONEL BRIZOLÁ - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/10/1988	Idade: 29a10m26d	Sexo: Masculino Fone: 86-99957-2521
Responsável: O MESMO	CNS: 705001297819654	
Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO	Documento: CPF: 039.207.483-44	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 684736	Data: 17/09/2018 17:42:34	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S O S	
Acid. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIA GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO HA + 40MIN-RELATO DE TRAUMA EM TÓRAX E Membros inferiores. OUTRAS QUEIXAS: (SIC) ECG-15 FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC)		Profissional Clas. Risco: CLEBIANA MARQUES DUARTE AÍRES COREN PI 139653 Em: 17/09/2018 17:49:55	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

Paciente vítima de acidente motociclistico há 1 h. Consciente, orientado. A) não há ferida. B) MV +, bilateral, 2 IRA. Espasmos musculares. C) Estável hemodinamicamente. PA: 140x70 D) glicemia = 15, insulínica. E) dor no tórax e joelho direito, dor torácica.

PA: X mmHg	Pulso: bpm	FC: bpm	Temp.: °C
Diagnóstico Inicial: fratura tórax direita	RAIO X REALIZADO: DATA: 17/09/2018	CID: 86.00	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) Raio X de joelho direito, Raio de tórax, Raio de pernas direita, Raio de pé D.
- 2) Rins - 1 AMP + AD, eu, 616h.

Paciente ligada para ACOA Redução + Fixação

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

LINE: Antropo	Se Internação, indique o Procedimento:
Cirurgia do Sistema	
Endereço: Laboratório	
DATA: 17/09/2018	Procedimento: CID: 86.00

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

110h Gnc- pl CC conforme solicitação ortopedista com-PI 1471



**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:	2 - CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	223093

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome:	RONES LOPES FERNANDES			6 - Prontuário:	488680
7 - CNS:	705001297819654	8 - Nascimento:	22/10/1988	9 - Sexo:	Masculino
11 - Mãe:	URCULINA LOPES FERNANDES			CPF:	039.207.483-44
13 - Resp:	(O MESMO)			12 - Fone:	86-99957-2521
15 - Ender:	LEONEI BRIZOLA - MONTE VERDE - CEP: 64000-010			14 - Fone:	
16 - Munic:	TERESINA	17 - Cod. IBGE:	221100	18 - UF:	PI
				19 - CEP:	64000-010

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19 - Cod. Proced. Anterior:	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição
0408050497	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALOLAR / TRIMALOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO
21 - Cod. Mudança Proced.	20 - Mudança de Procedimento / Descrição
0415030013	TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO
22 - Cód. Prim:	26 - Diagnóstico:

38 - Profissional Responsável:	40 - Tp. Documento:
AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS	CPF
39 - Data Solicitação:	40 - No. Doc. Med. Solic:
17/09/2018	819.404.243-72

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

trauma em mid com fratura exposta do pilão tibial D

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47 - Data Autorização:	48 - CNS/CPF:
	/ /	
51 - Justificativa da 'NÃO' autorização:		
		49 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
50 - Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51 - Data Autorização:	52 - CNS/CPF:
		07/10/2018
		Marcondes Martins S. Moura
		Médico Auditor - FMS - Teresina
		CPF: 126.126.126-12

Patrícia Viana Sales Lato
Matrícula: 021499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 131774 AIH: 2218101698296
--	--

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5425536
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5425536

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	RONES LOPES FERNANDES	22/11/1988	48680	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		URCULINA LOPES FERNANDES	RONES LOPES FERNANDES	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NÚMERO / LOTE		
	LEONEL BRIZOLA	1100		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MÔNTE VERDE		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	041503013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURALUXAÇÃO DO TORNZELO	040805097		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	041503013		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	S823		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Trauma em MID com fratura exposta do pilão tibial D

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201360410270004	17/09/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
170263051200001		28/12/2018 16:47:15

Patricia Virna Sales Leão
Matrícula: 027499
SAIE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

223093
131774

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 223093
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	RONES LOPES FERNANDES			6 - Prontuário:	488680		
7-CNS:	705001297819654	8-Nascimento:	22/10/1988	9-Sexo:	Masculino	CPF:	039.207.483-44
11-Mãe:	URCULINA LOPES FERNANDES			12-Fone:	86-99957-2521		
13-Resp:	(O MESMO)			14-Cor:	Parda		
15-Ende:	LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - CEP: 64000-010						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: Trauma em MTD com fratura de fêmur tibial	
21 - Condições que justificam a internação: Tratamento Cirúrgico	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): R+	
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade distal da tibia	24-CTD Prim.: S023 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050497		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO		Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 819.404.243-72	 Dr. Agnello Sampaio C. B. Medeiros Otorrinolaringologista CRM 12414 IDP 115621 - CRM
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS		34-Data Solicitação: 17/09/2018		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-SERIE:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CHOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Emprego () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Data Carimbo (Rg.Conselho):
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Agno Sampaio</i>				52-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				53-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				54-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				55-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				56-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				57-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				58-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				59-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				60-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				61-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				62-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				63-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				64-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				65-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				66-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				67-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				68-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				69-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				70-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				71-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				72-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				73-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				74-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				75-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				76-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				77-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				78-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				79-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				80-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				81-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				82-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				83-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				84-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				85-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				86-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				87-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				88-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				89-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				90-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				91-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				92-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				93-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				94-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				95-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				96-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				97-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				98-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				99-Data Carimbo (Rg.Conselho):
				100-Data Carimbo (Rg.Conselho):



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 131774
	AIH: 2218101698296

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON RÓDIA - III	CNES 528529
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON RÓDIA - III	CNES 542856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE RONES LOPES FERNANDES	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE ERICILINA LOPES FERNANDES	RESPONSÁVEL RONES LOPES FERNANDES
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MONTE VERDE		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
TRAUMATISMO EM TORAX, TRAUMATISMO EM MÍD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S82.3 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO MEMBRO SUPERIOR

CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408052-97 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALAR DE FÊMUR DO TORSO

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO) DO CONSELHO

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
17/09/2018

DATA ADMISSÃO
17/09/2018 17:50

DATA ALTA
26/09/2018 16:25

MOTIVO ALTA
PERMANÊNCIA POR MANUTENÇÃO DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO CONSELHO

NOME DO PROFISSIONAL PARECER CONTROLADOR (AVULSO) AUDITORIA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Rones Lopes Fernandes</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura exposta piló tibial ②</u>		
Operação - Tipo <u>L.M.C. + Fixação externa de Targeto ②</u>		
Cirurgião <u>H. Aguiar</u>	1º Assistente <u>H. Uaiara</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>17/09/18</u>	Início <u>21:00 hr</u>	Fim <u>22:10 hr</u>
Diagnóstico Pós-operatório T → Fratura exposta piló tibial ② + 6 hr T → Ob = Fixação definitiva da fratura por		
Relatório imediato do Patologista <u>melhora de partes moles em MIO.</u>		
Acidente Durante a Operação		
DESCRÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
① Paciente em DDA		
② Anestesia MIO (limpo e limpo)		
③ FCC Targeto ② ± 2,0 cm		
④ Limpeza com SF 2,9% / Rebridamento Cirúrgico		
⑤ Redução e fixação externa em Targeto ②		
⑥ Sutura (médio) / Perfuro OK MIO.		

Dr. Aguiar Soares Coutinho
Cirurgião / Traumatologia
CRM 44130 - RBO: 113

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Rony Lopes Fernandes</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <u>Fedura Esporte Pilo Tíbil</u>	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: _____	Nº DA SALA: _____
CIRURGIÃO: <u>A. Aguiar Medeiros</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>A. Vitoria</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Kelena</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Joãozinho</u>			
VICRYL							
PROLENE				<u>LOPES 44503272</u>			

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:57:51

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610575025300000010085421

Número do documento: 20070610575025300000010085421



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	223093

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RONES LOPES FERNANDES				6 - Prontuário: 488680
7-CNS: 705001297819654	8-Nascimento: 22/10/1988	9-Sexo: Masculino	CPF: 039.207.483-44	
11-Mãe: URCULINA LOPES FERNANDES				12-Fone: 86-99957-2521
13-Resp: (O MESMO)				14-Fone:
15-End: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - CEP: 64000-010				
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30-Cod.Proced.Princip. 0408050497	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: PIMES		
38-Profissional Responsável: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 17/09/2018	40-No.Doc. Med. Solic.: 819.404.243-72	
41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)		

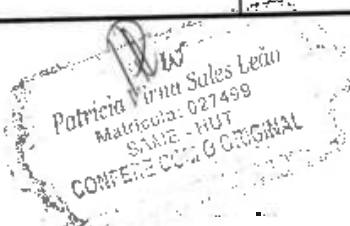
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Fixação externa da fratura exposta de
pilo tibial D*

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: 224158 Marcelino S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CRM-PI 260 / CNS 17026395120001 52-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(LAYLA MORAIS)





223698

No. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

134664

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	223698

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RONES LOPES FERNANDES			6 - Prontuário: 488680				
7-CNS:	705001297819654	8-Nascimento:	22/10/1988	9-Sexo: Masculino	CPF: 039.207.483-44		
11-Mãe:	URCULINA LOPES FERNANDES			12-Fone:	86-99957-2521		
13-Resp:	(O MESMO)			14-Cor:	Parda		
15-Ender:	LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - CEP: 64000-010						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente com dor no tornozelo e
inchaço no tornozelo e
na perna direita

21 - Condições que justificam a internação:

tratamento cirúrgico

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

fratura pilão e tibia

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal da tibia

24-CID, Prin:

S823

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Proc. Solicitado: 0408050543 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	Tempo SUS 4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 342.177.383-15
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: DURVAL TERÇIO NUNES LEAL	34-Data Solicitação: 26/09/2018

Durval Terçio Nunes Leal
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-P. 1995 CRM-MA 3636

35-Ass. Carimbo Méd. Col. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBO:
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: 08/10/18
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50- Assinatura Paciente ou Responsável: 	51- Assinatura Paciente ou Responsável:

Médico Auditor - FMS - Teresina
CRM-P. 1995 CRM-MA 3636
50- Assinatura Paciente ou Responsável (Rg. Conselho)

Usuário: (ANTONIO BORIVAN)
Consulta Local: 684736
Consulta SUS:
Impressão: 26/09/2018 16:24:46



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 134664
	ATM: 2218101702290

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - LTU	CNES 5278836
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - LTU	CNES 5278836

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE RONES LOPES FERNANDES	NASCIMENTO 22/10/1988	SEXO M	PRONTUÁRIO 488650
DOCUMENTO	CPE	TELEFONE	NOME DA MÃE LUCILINA LOPES FERNANDES	RESPONSÁVEL RONES LOPES FERNANDES
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE 000
BAIRRO MONTI VERDE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
TRAUMA EM TORAX, TRAUMA EM MÍD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S922 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO ULNAR	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CASAS ASSOCIADAS
---	-------------------	-------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
940815043 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PULÃO Ulnar

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO
CONSELHO)

CARÁTER
URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO
26/09/2018

ASSINATURA/CARIMBO DO
CPF: 8194024372

CRM

DATA ADMISSÃO
26/09/2018 16:25

DATA ALTA
27/09/2018 09:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

Tipo acidente	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL	PARECER CONTROLADORIA
MARCOS MARQUES SANTOS MOUTINHO CPF: 000000000-00	Patricia Viana Sales Leão Matrícula: 227499	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Rones Lopes Fernandes			
Diagnóstico pré-operatório Fratura do fêmur direito			
Operação - Tipo Reparo + Placa e parafusos			
Cirurgião Dr. Carlos		1º Assistente Dr. Tercio Nemes Leão ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-PI 1995 CRM-MA 3636	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a) Dr. Cláudio	Anestesista Dr. Amanda	Anestesia Rapine	
Anestésico(a)			
Data da Operação 26/08/18		Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório Fratura do fêmur direito Fratura do fêmur direito Fratura do fêmur direito			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação NA			



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

Fratura do fêmur direito
+ ANESTESIA GERAL
COLETA
LAPOSCOPIA
LAPOSCOPIA
LAPOSCOPIA
LAPOSCOPIA
LAPOSCOPIA
LAPOSCOPIA
LAPOSCOPIA
LAPOSCOPIA

Dr. Tercio Nemes Leão
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

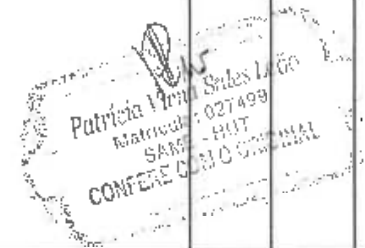
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/09/18

NOME DO PACIENTE: <u>Kenes Lopes Fernandes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>488680</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Dival</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dra Aminda</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ana Cláudia</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	05		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 4.5/8.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		<u>Creppon</u>	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Rose</u>			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:57:51

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610575025300000010085421>

Número do documento: 20070610575025300000010085421



IDADAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

76

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RONES LOPES FERNANDES		488680	22/10/1988	29	Ortopédica	236	250	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DI : 17/09/2018	FRAT. DISTAL DA TIBIA D							
27/09/18	DSC, Alta Hospitalar							
1	Dieta oral livre ✓							
2	Jeito salinizado							
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs SN							
4	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
5	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
6	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N							
7	Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs							
8	Curativos diários							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
Dr. Yuri Jivago Félix Ortopedia e Traumatologia CRM 3766-2508 Dr. Paulo H. L. Passos Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3766-2508								
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:57:51								

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA 236/250

OME Romas Lopes Fernandes IDADE anos DATA 26/09/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 40 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura de Tibia CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>115/57</u>	<u>118 x 68</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>91</u>	<u>121</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>—</u>	<u>—</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>—</u>	<u>Patente</u>
NOME/MATRÍCULA	<u>Alinne</u>	<u>874740-12</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☒
	É Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☒	0 ☒
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☒	1 ☒
	Tem apnéia	0	0 ☒	0 ☒
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☒	1 ☒
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☒	0 ☒
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☒	1 ☒
	Não responde	0	0 ☒	0 ☒
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 82% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☒	1 ☒
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☒	0 ☒
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL <u>09</u>			
ESCALA DE DOR ALTA	ASS. <u>10</u>			

() SONDAS VESICAIS	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOGÁSTRICA
mL	hs	mL	hs	mL	hs
mL	hs	mL	hs	mL	hs

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POE de
fratura de tibia, segue calmo, consciente, orientado.

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:57:51
 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610575025300000010085421
 Número do documento: 20070610575025300000010085421

ALTA SRPA 18:40h
 HORÁRIO 236/250
 ANESTESIOLOGISTA Patricia Soares Fernandes

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()
 POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () PORT () NEU () CIR () MÉD



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE Raulo Lopes Fernandes				488680	
DATA: 26/09/18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	RESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITO	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					DOS. URÉIA
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ASMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ATARAXICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				OUTROS	
APLICADO AS				EFEITOS	
TOTAL DE DOSES					
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO			ROQUI.	
	1			• Bup. pos. 185mg	
	2			• mol. fino-80mg	
	3			IV.	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	AL-500 + 500ml		midazolam-1ml	
	SANGUE 300			Fentanyl 2ml	
	OUTROS 100			SEQUÊNCIA	
TEMPERATURA	35	99% 99% 99%		ciprofol-2ml	
P. ARTERIAL	200			Glomopride-10mg	
V. O	180			Ondansetron-10mg	
PULSO	160			Dexametasona-10mg	
INÍCIO E FIM ANESTESIA	140			Roxitrolina-10mg	
X	120			Diprisona-10mg	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	100			Cefepime-1g	
O	80			Eporil-1g	
RESPIRAÇÃO	60			DURAÇÃO	
	40			15:50	
	20			TÉCNICAS	
	10			ROQUI. + Sedação	
SÍMBOLOS				ENTE - ACIDENTE	
TÉCNICAS					
OPERAÇÕES					
CIRURGIÕES					
ANESTESISTAS					
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
				OK	

MOD 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:57:51

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610575025300000010085421

Número do documento: 20070610575025300000010085421

Num. 10629462 - Pág. 22



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Pito 1820 - Redenção - Fone: 66 3216 5465

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/2022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: **488680**)
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **22/10/1988** Idade: **30a1m5d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **684736**
 Requisição: **874821** Solicitação: **17/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1083575** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 17/09/2018

PERNA DIREITA

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

- Fratura oblíqua completa recente no maleolo medial.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 2218 5465

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/3022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
 Endereço: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m8d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223093
 Requisição: 874890 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
 Controle: 1083672 Convênio: SUS CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 17/09/2018

PERNA DIREITA

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

- FRATURA DO MALEOLO MEDIAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Cito 1820 Redenção - Fone: 86 2218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/2022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RÔNES LOPES FERNANDES (Prontuário: 488680)**
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m8d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223093
 Requisição: 874890 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
 Controle: 1063673 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 17/09/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT

Patricia Viana Sales Leão
 Matrícula: 027499
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: **488680**)
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **22/10/1988** Idade: **30a0m8d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223093**
 Requisição: **874890** Solicitação: **17/09/2018** Solicitante: **AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS**
 Controle: **1083674** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 17/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- FRATURA NO MALÉOLO MEDIAL FIXADA POR APARELHO METÁLICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT

Patricia Virna Sales Leão
 Matrícula: 027499
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223698
 Requisição: 877541 Solicitação: 26/09/2018 Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
 Controle: 1067107 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 26/09/2018

PERNA DIREITA

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

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfise distal da tíbia.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM: 17274

Profissional de Saúde

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

30 JUL 2019

DPVAT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Lima 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.317/0022-09

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223698
Requisição: 877541 Solicitação: 26/09/2018 Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
Controle: 1087108 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 26/09/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfise distal da tibia.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM: 133

Profissional Responsável

**PI CORRETORA
DE SEGUROS**

30 JUL 2019

DPVAT

Patricia Maria Sales Leão
Matricula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



415

559

X



FEPISERH
Fundação Estadual de Planejamento
da Saúde Hospitalar

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



Cirurgia II

236-4

Rones Lopes fernandes

Drº Durval

PRONTUÁRIO MÉDICO

ELETCARDIOGRAMA

EXAME REALIZADO

EM 23/03/19 HORA: 14:20

TECIAUJ

INTERNAÇÃO E

GESTOR SAÚDE 186

Maria Gilda Al. de Xavier
AUXILIAR EM ENFERMAGEM HGV

Marta da Cruz P. B. S.
AUXILIAR EM ENFERMAGEM HGV

DPVAT
CORRETORA
DE SEGUROS

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/19
Edna Maria Andréia Silva
CÓPIA DE PRONTUÁRIO MAT: 0190854

EL-ORTOPEDIA

MOD. 01 - HGV



AVALIAÇÃO MÉDICA INICIAL



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:

920526

Prontuário: 415559 **RONES LOPES FERNANDES**

Endereço: RESIDENCIAL ZILDA ARNS QD 07 C 013 0 NOVA BRASÍLIA

Cidade: TERESINA UF: PI CEP: 64004-140

Sexo: M DT. Nasc: 22/10/1988 (Idade: 30 Anos 4 Meses 21 Dias) Estado Civil: U Profissão: AUXILIAR DE PEDRE

Cadastro: 15/03/2019 Telefone: 86 9815.09300 Cartão SUS: 206730740260001 CPF: 03920748344

Pai:

Mãe: URCULINA LOPES FERNANDES

Cônjuge:

Responsável: MARIA ANTONIA LOPES SARAIVA

Endereço: ZILDA ARNS

0 NOVA BRASÍLIA

Cidade: 2975

UF: PI CEP: 64004-140

Jesus

Funcionário do SAME

Queixa Principal:

H.D.A.

Distrub de autoconf de saúde

Ant. Pessoais:

Ant. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

Distrub de autoconf de saúde

Plano Terapêutico:

Ho empico

DPVAT
 30 JUL 2018
 PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

Data / Hora: *17/07/19* :

Ass. Médico Assistente/Atendente/Residente

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
 CONFERE COM O ORIGINAL
 EM *20/07/19*
 Edna Maria Andrade Silva
 COPIA DE PRONTUÁRIO MAT. 019866-4





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Gestor

3150514922
186214 - Aut. 14.03.19

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HGV - HOSPITAL GETULIO VARGAS	2 - CNES 2726971	CÓDIGO 38984
3 - Nome do estabelecimento executante: HGV - HOSPITAL GETULIO VARGAS	4 - CNES 2726971	

Identificação do Paciente

5 - Nome: RONES LOPES FERNANDES	6 - Prontuário: 415559			
7 - CNS: 208730740260001	8 - Dt. Nasc: 22/10/1988 02:00	9 - Sexo: M	RG: 2044223	CPF: 039.207.483-44
11 - Mãe: URCULINA LOPES FERNANDES	12 - Fone: 86-9.81509300 / 999572521	14 - Cor: PARDA	19 - CEP: 84004-140	
13 - Resp: 	15 - End: RESIDENCIAL ZILDA ARNS QD 07 C 013	Nº 0	NOVA BRASÍLIA	
16 - Munic.: TERESINA	17 - Cod. IBGE: 221100	18 - UF: PI		

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos: <i>paciente operado de uma fratura de tíbia e fêmur com placa e parafusos</i>			
21 - Condições que justificam a internação: <i>totalmente incapacitado</i>			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados): <i>fratura de tíbia e fêmur</i>			
23 - Diagnóstico Inicial: OUTRA OSTEOMIELOTE CRÔNICA	24 - Cid Princ.: M866	25 - Cid Sec.: 	26 - Cid C.Ass.:

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado: 0408050174 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ	Tempo SUS				
29 - Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	30 - Caráter: 1	Ident.: 1	31 - Documento: CPF	32 - Doc. Med. Solic.:
33 - Nome Profissional / Assistente: DURVAL TERCIO NUNES LEAL			34 - Data da Solicitação: 20/03/19		

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bônus.	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	43 - CNPJ Empresa:	44 - CNAE Empresa	44 - CBOR.
38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.			

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização: 20/03/19	
48 - Documento	49 - Num. Documento	

Assinatura Paciente ou Responsável.

<i>X Maria Antonia LOPES Saraiva</i>	Usuário: FRANCISCO.ALMEDA
99572821	Consulta Local:
<i>OK Antonia / P. Saraiva</i>	Consulta SUS:
	Impressão: 16:58:07



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 186214
	AIH: 2219100181760
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV	CNES 2726971
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV	CNES 2726971

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 200730740260041	NOME DO PACIENTE RONES LOPES FERNANDES	NASCIMENTO 22/10/1988	SEXO M	PRONTUÁRIO 415559
DOCUMENTO 2944223	CPF 8681509300	NOME DA MÃE URCULINA LOPES FERNANDES	RESPONSÁVEL MARIA ANTONIA LOPES SARATVA	
CEP 64004140	ENDEREÇO - LOGRADOURO QUADRA T	MUNICÍPIO TERESINA		UF PI
BAIRRO LEONEL BRIZOLA	COMPLEMENTO	NÚMERO / LOTE 06		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PRESENÇA DE PLACA E PARAFUSO NA TÍBIA DIREITA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL M866 - OUTRA OSTEOMIELITE CRÔNICA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408060174 - OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) DARVAL TERCIO MUNIZ LEAL CPF: 34217738315
LEITO(C)ÍTICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		
CARÁTER ELETIVO	DATA SOLICITAÇÃO 14/03/2019	CRM:
DATA ADMISSÃO 15/03/2019 13:45	DATA ALTA 17/03/2019 12:30	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FLRINO DOS SANTOS MACEDO CPF: 27269714811	DATA ANALISE 14/03/2019 01:28:11	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR AVALIAÇÃO / AUDITORIA CARIMBO: FICHA DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DO CUIDADO	DATA ANALISE
---	-------------------------------------	---	--------------

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 186214 AIH: 2219100181769
---	--

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV	2726971
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV	2726971

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
2067307402600H	RONES LOPES FERNANDES	22/10/1988	415559	M
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
2944223	8681509300	URCULINA LOPES FERNANDES	MARIA ANTONIA LOPES SARAIVA	
CEF	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
64004340	QUADRA T	06		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
LEONEL BRIZOLA		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	COD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE	0408060174

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE	0408060174		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO C CIRURGIAS MULTIPLAS	0415010012		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
DEFETO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA	M840		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

0402010016 - DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO COM PERNOITE QTDE.: 2
0302040013 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATORIO COM COMPLICACOES SISTEMICAS QTDE.: 1
0302060022 - ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTES COM DISTURBIOS NEUROGENETICO/FUNCIONAIS COM COMPLICACOES SISTEMICAS QTDE.: 1

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente submetido ao TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/ PERDA ÓSSEA DA METAFISE TIBIAL: 0408050870 CID: M840. Reconstrução luxamentar do tornozelo: 0408050144 CID: S932

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
FRANCISCO FABIO SOUSA SILVESTRE	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
203833869120002	16/03/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
PLINIO DOS SANTOS MACEDO		
CNS AUTORIZADOR	ORÇAO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
170416319050008		14/03/2019 01:28:17

blank

HOSPITAL GETULIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
EM 23/03/2019

1/1

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

CLÍNICA: Pq # LEITO: 236-4 PRONTUÁRIO: 415559

NOME: Lucas Fernandes DATA DE NASC.: / /

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: pseudotumor testicular + lesão do testículo

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

Dr. Fábio S. Silvestre
Ortopedia Geral
Cirurgia do Pê e Testículo
CRM-PI 2833

CIRURGIA: Pseudotumor Testicular Nº SALA: 121

CIRURGIÃO: Dr. Fábio S. Silvestre CRM-PI:

AUXILIARES: 1º Dr. Fábio S. Silvestre 2º

INSTRUMENTADORA: Reginaire CIRCULANTE: Fátima

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: paciente em decúbito dorsal sob

anestesia geral com intubação orotraqueal

em posição de Trendelenburg, incisão

mediana da região inguinal, dissecção

da bolsa testicular, identificação

dos vasos e do ducto deferente,

reseção do pseudotumor,

anastomose dos vasos e do ducto,

curativo.

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: pseudotumor testicular + lesão do testículo

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA: ML

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL?

DATA: 16/03/19 HORA:

CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

MOD. 14 - HGV





FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

CLÍNICA: Piçá II LEITO: 236-4 PRONTUÁRIO: 415559

NOME: Ronis Lopes Fernandes DATA DE NASC.: 16/03/1994

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Prontidão para a cirurgia de L1/L2

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-CIRURGIA:

Dr. Fábio S. Silvestre
Ortopedia Geral
CRM-PI 2833

CIRURGIA: L1/L2 Nº SALA: 124

CIRURGIÃO: Dr. Fábio CRM-PI:

AUXILIARES: 1º Dr. Glaucio

INSTRUMENTADORA Regina CIRCULANTE: Fátima

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: Prontidão para a cirurgia de L1/L2

Prontidão para a cirurgia de L1/L2
Prontidão para a cirurgia de L1/L2
Prontidão para a cirurgia de L1/L2
Prontidão para a cirurgia de L1/L2

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

Dr. Fábio S. Silvestre
Ortopedia Geral
CRM-PI 2833

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Prontidão para a cirurgia de L1/L2

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA: ML

PEÇA PARA HISTOPATOLOGICO: () SIM () NÃO QUAL?

Dr. Glaucio
Ortopedia Traumatologia
CRM-PI 2833

DATA: 16/03/19 HORA: CIRURGIÃO (Assinatura e Carimbo)

MOD. 14 - HGV

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
FOLHA ORIGINAL



HOSPITAL GETULIO VARGAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: VERA LUCIA DE SOUSA SILVA

Em 17/03/2019 11:23

236 - 4

Paciente: 415559 - RONES LOPES FERNANDES

Idade: 30

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: DURVAL TERCIO NUNES LEAL

Conselho / Número Cons.: CRM 1995

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 920526

Leito: CLCIR ENF-236 L-04

Admissão: 15/03/2019 13:45

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 760558 (FECHADO)

Responsável: VERA LUCIA DE SOUSA SILVA - COREN
324298 / ENFERMAGEM

Data de Referência: 17/03/2019
Data/Hora do Documento: 17/03/2019 11:22

PACIENTE EVOLUINDO NO 1º DPO RETIRADA DE PLACA EM MID. CONSCIENTE, FASICO, AFEBRIL, RECEPTIVA, AO DIÁLOGO EUPNEICO RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE SEM OPORTE O2. FO COM CURATIVO OCLUSIVO DE APECTO LIMPO, COM ACESSO EM MSE. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICA PRESENTE ESPONTANEAMENTE. SEGUE SOB CUIDADOS DA EQUIPE.

VERA LUCIA DE SOUSA SILVA
COREN 324298

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:57:51

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610575025300000010085421>

Número do documento: 20070610575025300000010085421

Num. 10629462 - Pág. 36



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: H. Mat. Satélite
Nome: RONES LOPES FERNANDES
Data do exame: 04/02/2019

Id Paciente: 276786
Data do laudo: 07-02-2019

Rolo X de Tornozelo Direito

Mínima desmineralização dos elementos ósseos visualizados.
Espaço articular conservado.
Partes moles sem alterações radiológicas.
Presença de placa e parafusos metálicos na tíbia direita.
Imagens arredondadas hipertransparentes na tíbia direita e no calcâneo secundárias a cirurgia prévia.

Dr. Manoel Antonio Gomes de Castro
Médico Radiologista
CRM-PI: 805

Página 1 de 1

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CONFERE COM O ORIGINAL
CM
Edna Maria Andrade Silva
CARTÃO DE ASSINATURA





SUMÁRIO DE ALTA HOSPITAL GETULIO VARGAS

Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

Atendimento:
920526

Paciente:	RONES LOPES FERNANDES			Idade:	30 Anos 4 Meses 21 Dias		Sexo:	M	Prontuário:	415559
Endereço:	RESIDENCIAL ZIL DA ARNS QD 07 C 013			Número:	0	Bairro:	NOVA BRASÍLIA	Cidade:	TERESINA	
UF:	DT. Nasc:	Profissão:	Telefone:	CPF:	Cartão SUS:					
PI	22/10/1986	AUXILIAR DE PEDREIRO (SEI)	86 - 9815.09300	039.207.483-44	206730740260001					

Internação:	Alta	Permanência:
15/03/2019	17/03/19 às 12:30	

Diagnósticos:	Situação na Admissão:
CID Principal: ☒ J ☒ 6 ☒ 6	Dee no preu
CID Secundário: ☐ ☐ ☐ ☐	
CID Causa Morte: ☐ ☐ ☐ ☐	

Evolução e Situação na Alta: Alta em 17/03/19

Medicações Utilizadas:

Cirurgia: Data: 16/03/19 Tipo: Duto no do acoturel de Sintas

Planejamento Pós Alta ou Motivo da Transferência: Acompanhamento Ambulatorial

Tipo de Alta: ☐ 1.1.1. Curado ☒ 1.2. Melhorado ☐ 1.4. Pedido ☐ 1.5. Alta com prev. retorno ☐ 1.6. Evasão
☐ 1.8. Outro Motivo ☐ 1.9. Alta pac.agudo ☐ 3. Transferência ☐ 4. Óbito ☐ 5. Administrativo

Transferência:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:	 Ass. Médico Assistente/Auxiliar Residente
-------	---



CLINIMAGEM

medicina diagnóstica avançada

Data: 13/02/2019

Nome do Paciente: RONES LOPES FERNANDES

266537

Médico Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL

Exame: RX TORNOZELO DIREITO 02 INC

- Parafusos e placa metálica na porção distal tibial.

- Partes moles sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Parafusos e placa metálica na porção distal tibial.



CAMILA TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: 4200 PI

Rua Anfrísio Lobão, 805/Jóquei
Fone: (86) 99482-1326 / ☎ 9432-3070
Teresina-Piauí

Quadra 178, Casa 06/07 - Dirceu II
Fone: (86) 3236-6536 / ☎ 98876-2015
Teresina-Piauí

Rua Des. Pires de Castro, 456 - Centro
Fone: (86) 3131-6636 / ☎ 98876-2015
Teresina-Piauí

📷 clinimagemjoquei 📷 clinimagem 📱 Clinimagem Teresina



Paciente: **RONES LOPES FERNANDES**
Sexo: **MASC**
Convênio: **MOBDOC(SOLUMEDI)**
Solicitante: **Dr. DENISE M FREIRE**
Idade: **30 anos**
Código: **153911.01**
Data: **26/03/2019 14:11:00**

RAIO X DO TORNOZELO DIREITO

RELATÓRIO:

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências AP/PERFIL demonstra.

- Sinais de manipulação cirúrgica prévia na diáfise distal da tibia.
- Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas.
- Não evidenciamos traço de fratura desalinhada.
- Espaços articulares preservados.
- Calcificação em partes moles adjacente a diáfise distal da tibia, em seu aspecto lateral.

CONCLUSÃO:

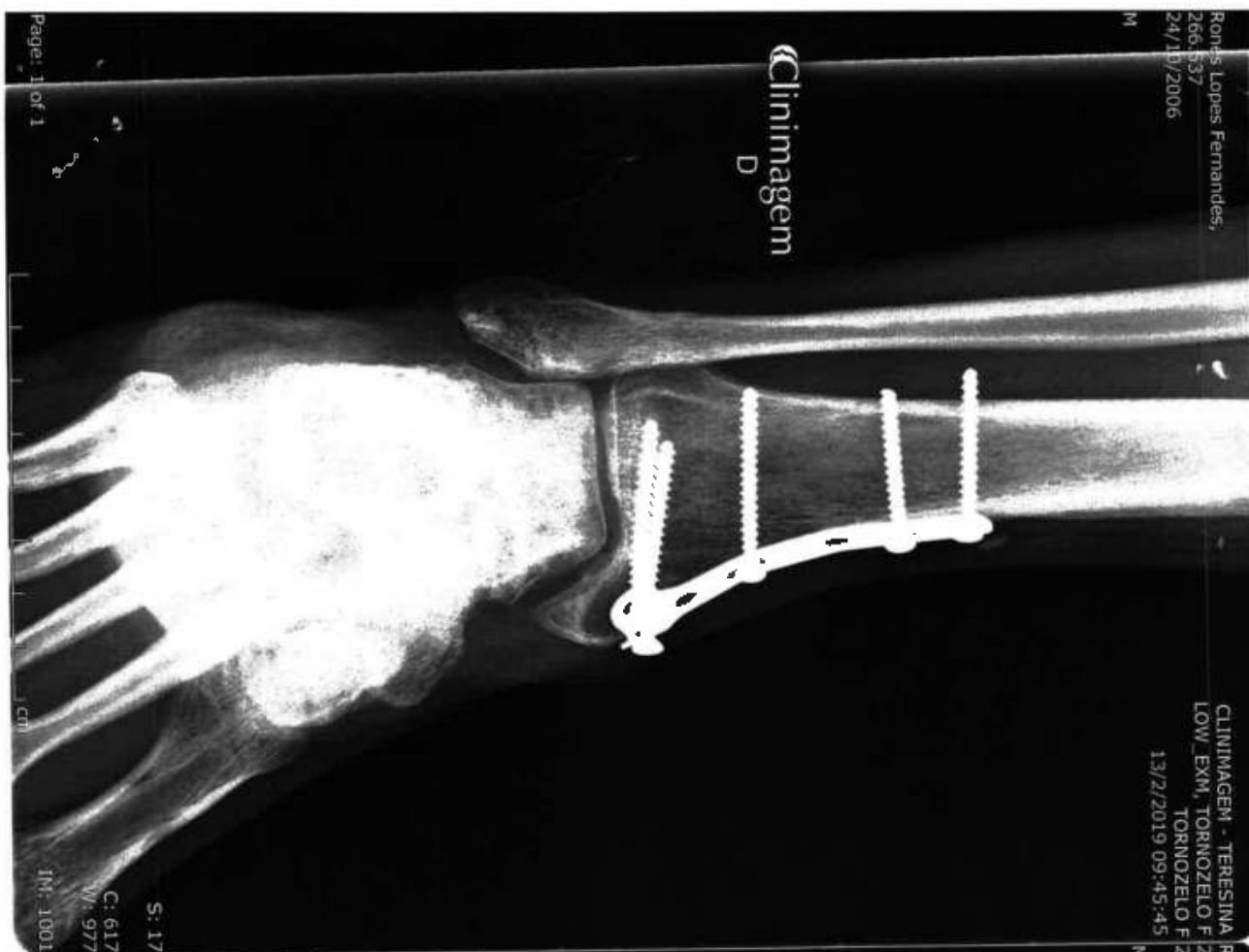
- Sinais de manipulação cirúrgica prévia na diáfise distal da tibia.
- Osteopenia.
- Calcificação em partes moles adjacente a diáfise distal da tibia, em seu aspecto lateral.

DPVAT
30 JUL 2019
PJ CORRETORES
DE SEGUROS


DR. PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JÚNIOR
CRM 2894

Rua Taumaturgo de Azevedo, 1875 - Centro/Sul • Teresina-PI - 64001-340
86. 3131-1550 • www.augustosmedicina.com.br







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
Av. Frei Serafin, 2352-Centro
CEP:64.001-000 Teresina-PI,
CNPJ:08.553.564/0104-43



RECEITUÁRIO

Nome: Romeo Lopes Figueiredo

Data de Nascimento: / /

paciente vítima de
Acidente Auto Colunário
com fratura fechada
do tornozelo direito
e foi submetido a
tratamento cirúrgico,
apresentando sinais de
dor e limitação funcional
insuficiente no tornozelo

Data: 08/04/2020
MOD. 60-HGV

Médico (assinatura e carimbo)

Durval Fereira Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1935 CRM-MA 3636



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1751617350

PROIBIDO PLASTIFICAR
1751617350

NOME
RONES LOPES FERNANDES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA
2944223 SSP PI

CPF
039.207.483-44

DATA NASCIMENTO
22/10/1988

FILIAÇÃO
URCULINA LOPES FERNANDES

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05991999101

VALIDADE
30/03/2022

1ª HABILITAÇÃO
23/01/2018

OBSERVAÇÕES

Rones Lopes Fernandes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
23/01/2019

67064937341
PI320730134

PIAUI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-aspancamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Trânsito	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passagiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passagiro 9 - Ignorado		1 - Igual 2 - Desiguais 3 - Ausente		1 - Igual 2 - Desiguais 3 - Ausente
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso Radial		28 Sangramento
	1 - Igual 2 - Desiguais 3 - Ausente		1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim 2 - Não
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada
	1 - Sim 2 - Não 1 - Aspiração 2 - Prancha longa/corta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Oxigênio 5 - Colar cervical 6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Curativos 8 - Kred 9 - Assistência obstétrica		1 - Sim 2 - Não 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		1 - Sim 2 - Não 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado
Observações Interdisciplinar	34 Óbito		35 Local da lesão		36 Condições de entrada
	1 - Sim 2 - Não 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte		1 - Igual 2 - Desiguais 3 - Ausente 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim 2 - Não 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado

1.2011





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1113717-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/SOI - Teresina - PI

CNPJ: 06.940.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série D-T

Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal

011111119

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 13.438 de 26 de abril de 2017.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2019	21-04-2019	195	181,36

RONES LOPES FERNANDES

VILA LEONEL BRIZOLA, QD-T, CS-06 SAN MONTE VERDE

CPF: 039.207.483-44

CEP: 64012-125

TERESINA - PI

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual	3765	Atual: 14/09/2019
Anterior	3570	Anterior: 14/03/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura: 16/05/2019
Consumo Medido	195	Emissão: 13/09/2019
Consumo Futurado	195	Apresentação: 14/09/2019
NORMA!		
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2019

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:57:51

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610575025300000010085421>

Número do documento: 20070610575025300000010085421



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000608/2018-24

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 08/10/2018 - 15:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora

17/09/2018 - 16:45

Tipo Local

CRUZAMENTO

Município

TERESINA

Bairro

MAFUÁ

Endereço

RUA QUINTINO BOCAIUA COM RUA ALCIDES FREITAS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RONES LOPES FERNANDES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2844223 PI

Mãe: URÇULINA LOPES FERNANDES

Endereço: VILA LEONEL BRIZOLA, QD-T, CS-06, Nº

Bairro: MONTE VERDE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

À VÍTIMA NOTICIANTE, RONES LOPES FERNANDES, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA ALCIDES FREITAS, SENTIDO LESTE OESTE, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN, COR VERMELHA, PLACA OEH-9960, TERESINA PI, RENAVAL 00416300510, PROPRIEDADE DA VÍTIMA; QUANDO INVADIU A PREFERENCIAL E VEIO A SER COLIDIDO POR VW/COMBI, COR BRANCA, PLACA NIB-9302, CONDUZIDO POR RONIEL E VEIO A CAIR; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, Nº DE CHAMADA 2569 E CONDUZIDO PARA HUT "HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA" CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 488680.

Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150
AGENTE DE POLÍCIA

Rones Lopes Fernandes
RONES LOPES FERNANDES - Noticiante
Responsável pela Informação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

30 JUL 2018

DPVAT

Delegado de Polícia





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 - CIP da vítima

4 - Nome completo da vítima

039.207.483-44

RONES LOPES FERNANDES

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

5 - Nome completo

6 - CPF

RONES LOPES FERNANDES

039.207.483-44

7 - Profissão

8 - Endereço

9 - Número

10 - Complemento

ADIVANTE - PEDREIRO VILA LEONAR BEZOLLA QD-T (S-06) S/N

CASA

11 - Bairro

12 - Cidade

13 - Estado

14 - CEP

MONTE VERDE

TERESINA

PI

64012-125

15 - E-mail

36.99585.5915

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

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1,00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine a uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3436

CONTA:

00005805

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do sinistro, 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 laudo assinado, 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 na existência e extensão das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa órfã concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐ Solteiro☐ Casado (ou Civil)☐ Divorçado☐ 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 nascido (ou nascido)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

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

34

Impressão

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TERESINA-PI, 30/07/2019

Rones Lopes Fernandes

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.D01.V002/2019





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 - CIP da vítima

4 - Nome completo da vítima

039.207.483-44

RONES LOPES FERNANDES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

RONES LOPES FERNANDES

039.207.483-44

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

ADIVANTE - PEDREIRO VILA LEONAR BEZOLLA QD-T (S-06) S/N

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

64012-125

36.99585.5915

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1,00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)



CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3436

CONTA:

00005805

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, 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 na existência e extensão das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa orçeva concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



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:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

34 - Imprensa:

35 - Nome legível de quem assina a requisição:

36 - CPF legível de quem assina a requisição:

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: TERESINA - PI, 30/07/2019

Rones Lopes Fernandes

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190454027

Vítima: RONES LOPES FERNANDES

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONES LOPES FERNANDES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RONES LOPES FERNANDES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 3436

Conta: 000005805-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190454027

Vítima: RONES LOPES FERNANDES

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONES LOPES FERNANDES

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

Carta nº 14638629



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: 09/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONES LOPES FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000005805-0

Nr. da Autenticação 74C46727ED66341C



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder -
Consórcios de Seguros DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406667/18

Número do Sinistro: 3180526416

Vítima: RONES LOPES FERNANDES

CPF: 039.207.483-44

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Outros



Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: RONES LOPES
FERNANDES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de Identificação

Outros

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: 10/01/2019
Nome: RONES LOPES FERNANDES
CPF: 039.207.483-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

RONES LOPES FERNANDES

Alexandre Tavares Belfort



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

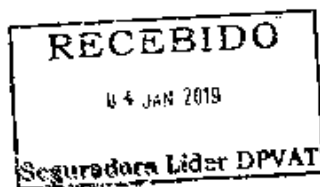
Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180526416
Vítima: RONES LOPES FERNANDES
Data do Acidente: 17/09/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONES LOPES FERNANDES

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar



Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13638179





Seguradora

LÍDER

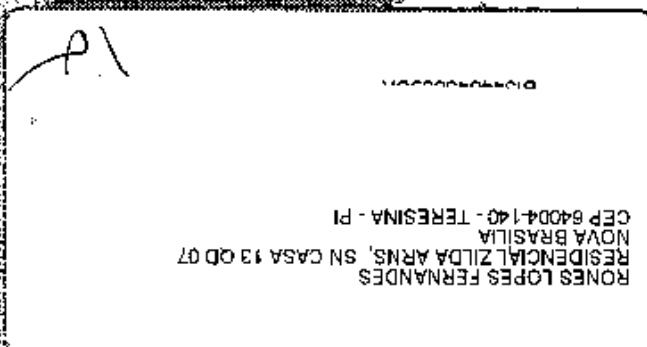
Administradora do Seguro DPVAT

DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br



Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER

Seguradora



Angélio Dora

*3229.3945 + 9.885.2863
9.9824.5724
Albernoir Affre*

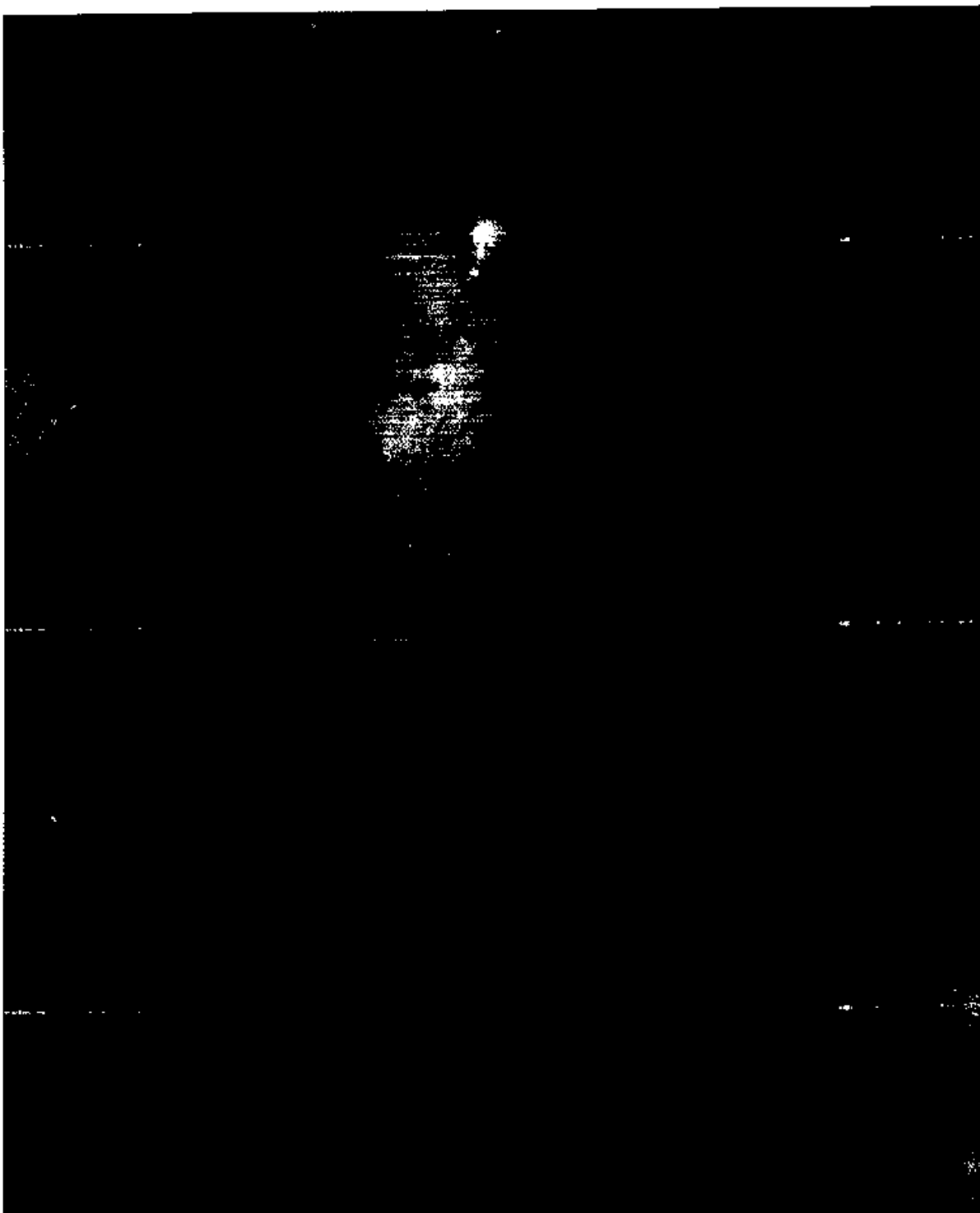


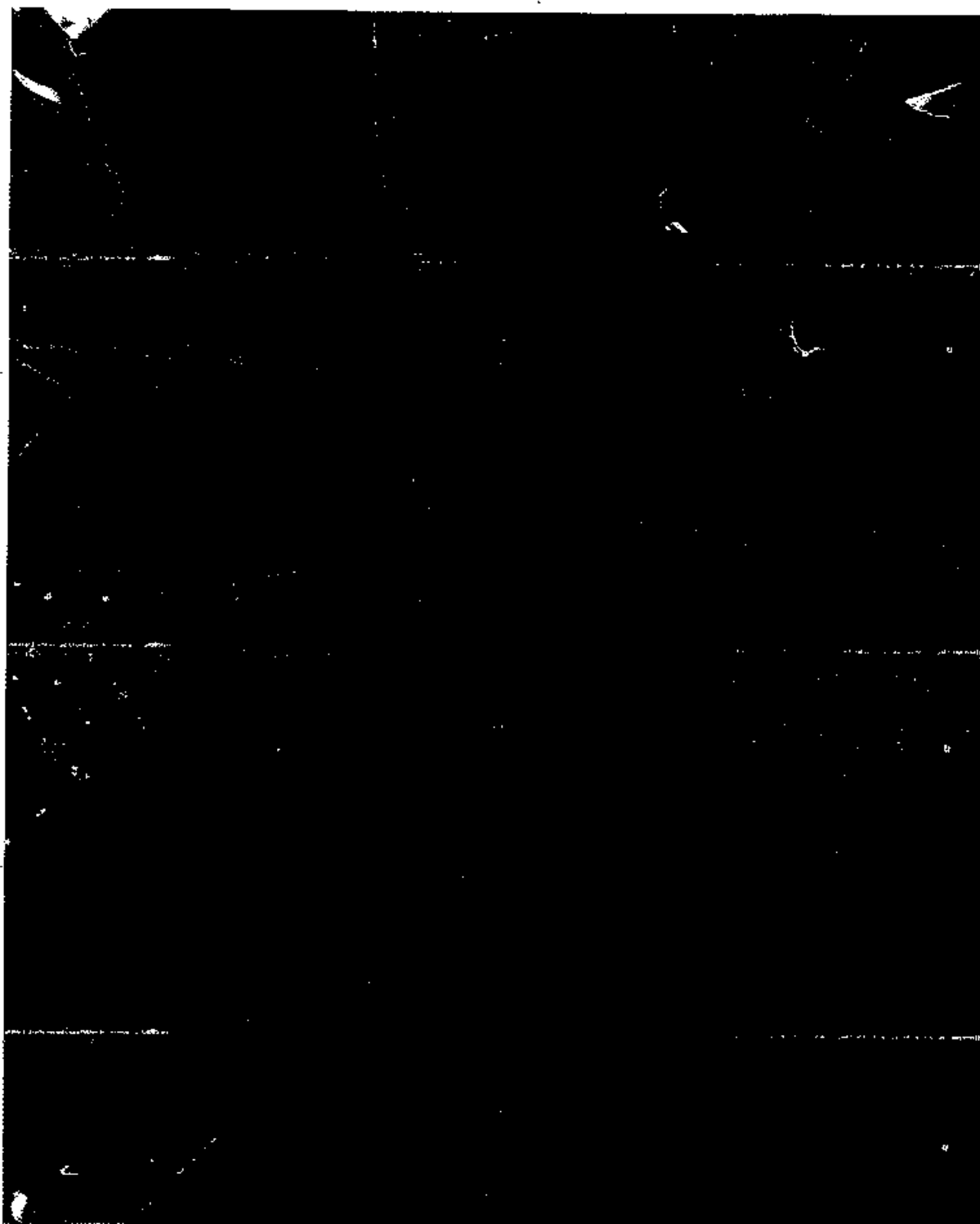
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:57:51

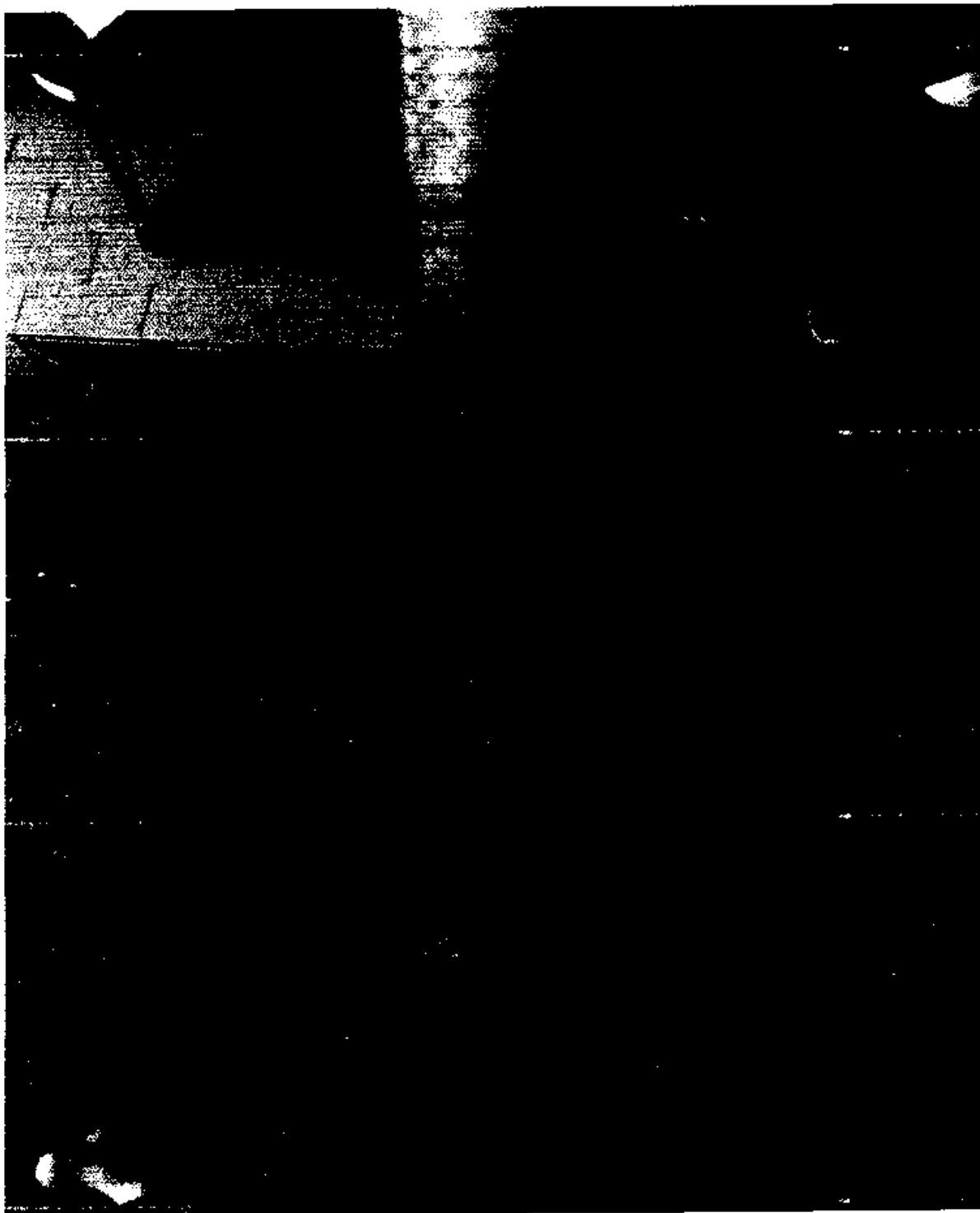
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610575025300000010085421>

Número do documento: 20070610575025300000010085421



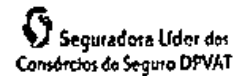








PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406667/18

Vítima: RONES LOPES FERNANDES

CPF: 039.207.483-44

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: RONES LOPES
FERNANDES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

RONES LOPES FERNANDES : 039.207.483-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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: 08/11/2018
Nome: RONES LOPES FERNANDES
CPF: 039.207.483-44

RONES LOPES FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POSSUIR DIREITO

Rones Lopes Fernandes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.944.223 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/10/06

NOME RONES LOPES FERNANDES

FILIAÇÃO URÇULINA LOPES FERNANDES

NATURALIDADE VITORINO FREIRE-MA DATA DE NASCIMENTO 22/10/1988

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 200649 L A239 F 488

EXP. TERESINA-PI 02/06/92

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 26/08/83

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição 20.207.488-40

Nome RONES LOPES FERNANDES

Nascimento 22/10/1988

Documentos de identificação

310 00 31 00

Emissão

CORREIOS

9.
9.



Laudo do IML - Lesões corporais



SECRETARIA DE SEGURANÇA DO PIAUÍ

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "Gerardo Vasconcelos"

Francisca de Melo Lobo, s/n.º Sacy - Fone: 86 3220 7373

ESINA-PI CEP: 64020-190 CNPJ: 06.553.549/0001-90



LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

Pag: 1 de 1

Identificação do Laudo:

Código:	Tipo:	Requerente:	Cidade:
148102	L. CORPORAL-ACID.	DELEGACIA DE ACIDENTES	TERESINA-PI
Data Requisição:	Remeter para:	Data Exame:	Hora Exame:
16/10/2018	O mesmo(a)	17/10/2018	09:21
Local Exame:	Emissão do Laudo:		
M.L.	17/10/2018 09:21:39		

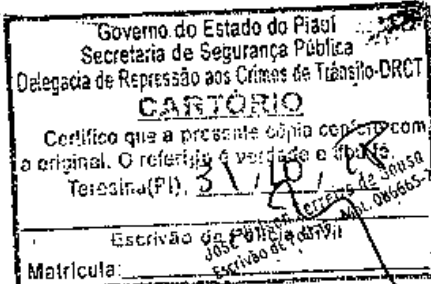
Identificação do Periciando:

Código:	Nome:	Nacionalidade:	Cor:
93899	RONES LOPES FERNANDES	Brasileira	PARDA
Dt. Cadastro:	Endereço:		
17/10/2018	QD- T. C -06. - MONTE VERDE - TERESINA - PI		
Mãe:	Paí:		
URCULINA LOPES FERNANDES	NÃO DECLARADO		
CPF:	RG:	Registro Nascimento:	
	2.944.223-SSP-PI		
Profissão:	Nascimento:	Idade(anos):	Sexo:
SERVENTE DE PEDREIRO	22/10/1989	30	M
		Estado Civil:	
		Solteiro(a)	

LAUDO:

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Periciando orientado auto e alo psiquicamente para a idade, relata que fora vítima de acidente de trânsito no dia 17 de Setembro de 2018, com trauma no tornozelo direito. **DESCRIÇÃO:** Apresenta um ferimento suturado na região medial do tornozelo esquerdo compatível com cirurgia ortopédica. Não apresentou radiografia que comprovem fraturas ou osteossíntese. Apresentou uma cópia do prontuário médico do Hospital de Urgências de Teresina que revelou fratura de tibia distal. **DISCUSSÃO:** Traumatismo em tornozelo esquerdo com fratura de tibia distal compatível com acidente de trânsito. Caracterizada incapacidade acima de 30 dias. Ainda não é possível avaliar sequelas devido ao fato estar recente. **CONCLUSÃO:** Fratura de tibia distal por acidente de trânsito. **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: Sim 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: Contundente 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: Sim 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: Sim. Incapacidade acima de 30 dias 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: A depender de exame complementar após alta médica 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: Não Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. /////

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
Perito Médico-Legista - CRM 3200 - PI





Juradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA RONES LOPES FERNANDES
DATA DO ACIDENTE 17/09/2018 CPF DA VÍTIMA 039.207.483-44
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO RONES LOPES FERNANDES
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É RONES LOPES FERNANDES
ENDEREÇO DO PORTADOR RS. DRA. ZILDA ARNS Q.07 CASA 13
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO NOVA BRASILIA
CIDADE TORESINA UF PI CEP 64.004-140
E-MAIL TELEFONE (76) 99957-2521

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- * O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

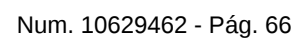
DATA 31/10/2018
IDENTIDADE 2.944.223-PI
ASSINATURA RONES LOPES FERNANDES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 31/10/2018
NOME Signeidepp 2.944.223-PI
ASSINATURA Signeidepp 2.944.223-PI

Parámetros de identificación

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EMISSÃO
NOME	2.944.223
24/10/06	
PARAÇO	
URÇULINA LOPES FERNANDES	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
VITORINO FREIRE-MA	22/10/1988
COG. MARIANA	
CERT. NASC. 200649 L A239 F 488	
COMP. TERESINA-PI 02/06/92	
TERESINA-PI	
ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI Nº 7.115 DE 20/06/83	







Documentação médica - hospitalar



NOME DO PACIENTE: Rônes Lopes Fernandes.

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 488680

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





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

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RONES LOPES FERNANDES Prontuário: 488680
Mãe: URCULINA LOPES FERNANDES Pai:
End. Resid.: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010
Nascimento: 22/10/1988 Idade: 29a10m26d Sexo: Masculino Fone: 86-99957-2521
Responsável: O MESMO CNS: 705001297819654
Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO Documento: CPF: 039.207.483-44
G. Instrução: Médio Incompleto E. Civil: Solteiro(a)
End. Local: - -

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 684736 Data: 17/09/2018 17:42:34 Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim Acid. Trajeto: Sim Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: Evento Principal: Destino: Classificação:
TRAUMA MAIOR Dor intensa CIRURGIÃO GERAL Laranja
Breve História: Profissional Clas. Risco:
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO HÁ + 40MIN. RELATO DE TRAUMA EM TORAX, MID. NEGA
OUTRAS QUEIXAS. (SIC)
ECG-15
PRONTO USO DE CASCARETE. (SIC)
CLEBIANA MARQUES MELO AIRFS
COREN PI 138333
RM: 17/09/2018 17:49:59

DADOS CLÍNICOS:

(Hora:)

Paciente vítima de acidente motociclista há 1 h. Consciente, orientado. A) WOB c/les. p/cur. B) WOB bilaterais. 2.1 RA. Espansibilidade preservada. C) Estável hemodinâmica com PA: 140x70 D) glicemia = 15, metformina preservada. E) dor na cara e joelho direito, dor torácica.

RAIO-X REALIZADO

DATA: 17/09/2018

PA: X NOHg Pulso: FC: bpm Temp: °C

Diagnóstico inicial: Fratura torácica direita I Pilos (B) (C)

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) Rax do joelho direito, Rax do torax, Rax da perna direita, Rax do pé D.
2) Rax de - LAMP + AD, EV, 616h.

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Alta médica
Causa do Sinal
Sintomas
DATA: 17/09/2018 HORA: Se internação, indique o procedimento:
Procedimento: CID:

Assinatura Paciente ou responsável:

Assinatura - Profissional Médico

0:10h Enc. de CC conforme solicitação ortopedista coren-PI 1147



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

4400180914
e3540

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 17/09/2018 17:50:14
[CELESTANA]

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	RONES LOPES FERNANDES			Prontuário:	488680
Mãe:	URCULINA LOPES FERNANDES			Pai:	
End.Resid.:	LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	22/10/1988	Idade:	29a10m26d	Sexo:	Masculino Fone: 86-9957-2521
Responsável:	O MESMO			CNS:	705001297819654
Profissão:	AJUDANTE DE PEDREIRO			Documento:	CPF: 039.207.483-44
G. Instrução:	Médio Incompleto			E.Civil:	Solteiro(a)
End.Local.:	- - -				

DADOS DO ATENDIMENTO:

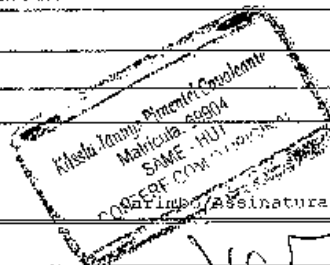
Código:	684736	Data:	17/09/2018 17:42:34	Clas. Cor:	Laranja	
ativo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC				Convênio:	S + S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	__/__/__	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:			
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	__/__/__	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:			
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

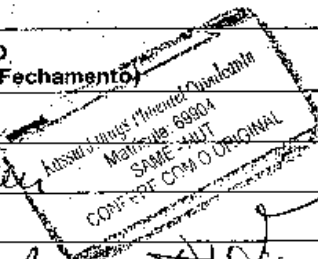




FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Romeo Lopes Fernandes</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura exposta piló tibial ①</i>		
Operação - Tipo <i>L.M.C. + Fixação externa de Touyelo ①</i>		
Cirurgião <i>A. Aguiar</i>	1º Assistente <i>A. Uaiara</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>17/09/18</i>	Início <i>21:00 hr</i>	Fim <i>22:10 hr</i>
Diagnóstico Pós-operatório <i>→ Fratura exposta piló tibial ① + 6 hr</i> <i>→ O.R. = Fixação definitiva da fratura após</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>melhora de partes moles em raio.</i>		
Acidente Durante a Operação		
DESCRÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<i>① Paciente em D.O.A.</i>		
<i>② Anestesia raio / campo estéril</i>		
<i>③ FCC Touyelo ① ± 2,0 cm</i>		
<i>④ Limpeza com SF 2,9% / desbridamento / limpeza</i>		
<i>⑤ Redução e fixação externa em Touyelo ①</i>		
<i>⑥ Enturo / curativo / perfuro OK raio.</i>		



Dr. Aguiar Soares, A. Aguiar
Cirurgião / Traumatologista
CRM 247.324 / FORT-13

Mod. 75 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº

Proc. Nº

Rubrica

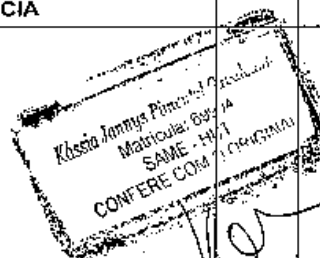
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Rones Lopes Fernandes</u>	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO: <u>Fedura Exposta P. do Tórax</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>A. Aguiar Medeiros</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>A. Vitorino</u>	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Nelma</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Joãozinho</u>			
PROLENE				<u>LOREN LINS</u>			



MOD - 094





NOME DO PACIENTE <i>Reneis Lopes Fernandes</i>	PRONTUÁRIO	CLÍNICA Ortopédica	ENF. OU AP <i>230/EX</i>	LEITO <i>230/EX</i>	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO <i>17.04.18</i>	PRESCRIÇÃO MÉDICA				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
<i>#POI = Fixador externo TAZ (D)</i>				HORÁRIOS	
					<i>1 OBSERVAÇÕES</i>
					<i>ossos tornam-se cada- tado no esterno e do movido, em 10 dias eas+ fixação exte- na com MIE. segue evoluindo, evoluindo, dificuldade de manter o MIE, HAS e alguns médicos inadequados.</i>
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA				
3	CEFALOTINA 1G + 10ML AD EV 6/6 H				
4	FRANITIDINA 50 MG- A AMP + AD, EV, 8/8 H				
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H				
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H				
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN				
8	PLASIL - 1 AMP + AD, EV, SOS				
9	CUIDADOS GERAIS				
10	Controle de perfusões				
0					
				RADIO X REALIZADO	
				DATA: <i>27/02/2018</i>	
				Técnico: <i>Tecnicista</i>	

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

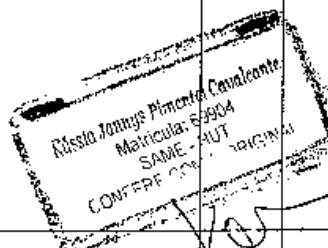
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/09/18

NOME DO PACIENTE: <u>Ronny Lopes Fernandes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>488680</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Daniel</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Amanda</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Dr. Glayde</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	05		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5 18.10	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		<u>Creppon</u>	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Jose</u>			
PROLENE							



MOD - 094





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

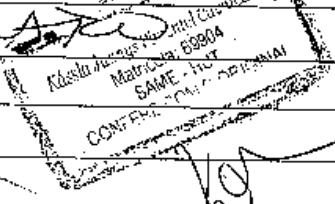
Nome do Paciente Rones Lopes Fernandes		
Diagnóstico pré-operatório Fratura do fêmur direito		
Operação - Tipo Reparo + Placa + Parafusos		
Cirurgião Dr. Daniel Tercio Naves Leal	1º Assistente Dr. Daniel Tercio Naves Leal	2º Assistente Dr. Daniel Tercio Naves Leal
3º Assistente Dr. Daniel Tercio Naves Leal	CRM-PI 1995 CRM-MA 3636	
Instrumentador Dr. Claydes	Anestesista Dr. Amanda	Anestesia Rapine
Anestésico(a)		
Data da Operação 26/09/18	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório Placa + Parafusos 2x		
Relatório imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação Não		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Realizada sob anestesia geral + antibioticoprofilaxia. Acesso cirúrgico realizado na região da coxa direita. Realizado o reparo da fratura com placa e parafusos. Realizada a lavagem da ferida e fechamento da mesma com pontos de sutura.

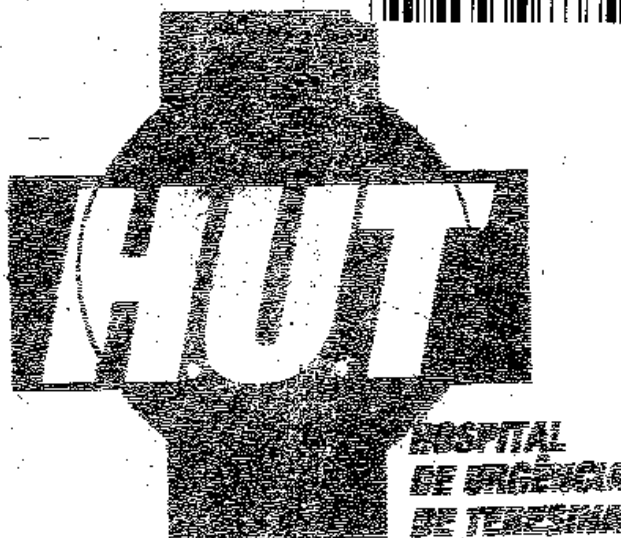
Dr. Daniel Tercio Naves Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636



Documentação médica - hospitalar



Alto



NOME DO PACIENTE:

Rôney Lopes Fernandes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

488680

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1020 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.517/0022 02

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	RONES LOPES FERNANDES	Prontuário:	488680
Mãe:	URCULINA LOPES FERNANDES	Pai:	
End. Resid.:	LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	22/10/1988	Idade:	29a10m25d
Responsável:	O MESMO	Sexo:	Masculino
Profissão:	AGUANTE DO PEDREIRO	Fone:	86-99957-2521
G. Instrução:	Médio Incompleto	CNS:	705001197819054
End. Local:		Documento:	CPF: 039.207.423-44
		E. Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	684736	Data:	17/09/2018 17:42:34	Condução:	AMEUTANCIA DO SAU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOCO)	Convênio:	S 3 H		
Acid. Trab.:	Sim	Acid. Trajeto:	Sim	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Dor intensa	CIRURGIAO GERAL	Laranja
Breve Histórico:	Profissional Clas. Risco:		
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO COM CARRO HÁ 10 MIN. RELATO DE TRAUMA EM OMBRO, MÍD. NERVAIS OUTRAS QUEIXAS (SIC): DOE-10 FARCA USO DE CAPACETE (SIC)	CLEBIANA MACIELA RIBEIRO COREN P. 138633 Em: 17/09/2018 17:43:59		

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: _____ : _____)

Paciente vítima de acidente automobilístico há 1 h. Consciente, orientado. A) não há lesão física. B) não há lesão física. C) lesão física. D) lesão física. E) lesão física. F) lesão física. G) lesão física. H) lesão física. I) lesão física. J) lesão física. K) lesão física. L) lesão física. M) lesão física. N) lesão física. O) lesão física. P) lesão física. Q) lesão física. R) lesão física. S) lesão física. T) lesão física. U) lesão física. V) lesão física. W) lesão física. X) lesão física. Y) lesão física. Z) lesão física.

RAIO X REALIZADO

DATA 17/09/2018

PA: _____ X _____ Tempo: _____ Pulso: _____ FC: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) Raio X do joelho direito, Raio X da tórax, Raio X da perna direita, Raio X do pé D.
- 2) Reparação - LAMP + AD, EV, 616h.

MOTIVO DA ALTA/REENCAMENHO:

1) Alta médica. 2) Alta médica. 3) Alta médica. 4) Alta médica. 5) Alta médica. 6) Alta médica. 7) Alta médica. 8) Alta médica. 9) Alta médica. 10) Alta médica. 11) Alta médica. 12) Alta médica. 13) Alta médica. 14) Alta médica. 15) Alta médica. 16) Alta médica. 17) Alta médica. 18) Alta médica. 19) Alta médica. 20) Alta médica. 21) Alta médica. 22) Alta médica. 23) Alta médica. 24) Alta médica. 25) Alta médica. 26) Alta médica. 27) Alta médica. 28) Alta médica. 29) Alta médica. 30) Alta médica. 31) Alta médica. 32) Alta médica. 33) Alta médica. 34) Alta médica. 35) Alta médica. 36) Alta médica. 37) Alta médica. 38) Alta médica. 39) Alta médica. 40) Alta médica. 41) Alta médica. 42) Alta médica. 43) Alta médica. 44) Alta médica. 45) Alta médica. 46) Alta médica. 47) Alta médica. 48) Alta médica. 49) Alta médica. 50) Alta médica. 51) Alta médica. 52) Alta médica. 53) Alta médica. 54) Alta médica. 55) Alta médica. 56) Alta médica. 57) Alta médica. 58) Alta médica. 59) Alta médica. 60) Alta médica. 61) Alta médica. 62) Alta médica. 63) Alta médica. 64) Alta médica. 65) Alta médica. 66) Alta médica. 67) Alta médica. 68) Alta médica. 69) Alta médica. 70) Alta médica. 71) Alta médica. 72) Alta médica. 73) Alta médica. 74) Alta médica. 75) Alta médica. 76) Alta médica. 77) Alta médica. 78) Alta médica. 79) Alta médica. 80) Alta médica. 81) Alta médica. 82) Alta médica. 83) Alta médica. 84) Alta médica. 85) Alta médica. 86) Alta médica. 87) Alta médica. 88) Alta médica. 89) Alta médica. 90) Alta médica. 91) Alta médica. 92) Alta médica. 93) Alta médica. 94) Alta médica. 95) Alta médica. 96) Alta médica. 97) Alta médica. 98) Alta médica. 99) Alta médica. 100) Alta médica.

Instituição Paciente ou responsável

Assinatura - Profissional Médico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1020 Redenção - Fone: 96 3219 5445
TERESINA-PJ CEP: 64017-770 CNPJ: 05.822.917/0022-02

18/09/18
e-340

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 17/09/2018 17:42:34
CLINICA

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	RONES LOPES FERNANDES			Prontuário:	488680
Mãe:	CRISTINA LOPES FERNANDES			Pai:	
End. Resid.:	RUA BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI - CEP: 64033-010				
Nascimento:	22/10/1988	Idade:	29a10m26d	Sexo:	Masculino
Responsável:	O MESMO	CNS:	705001297019654		
Profissão:	AJUDANTE DE PEDREIRO			Documento:	CPF: 039.207.483-44
G. Instrução:	Médio Incompleto			E. Civil:	Solteiro(a)
End. Local:					

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	684736	Data:	17/09/2018 17:42:34	Clas. Cor:	Laranja	
ativo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	SUS

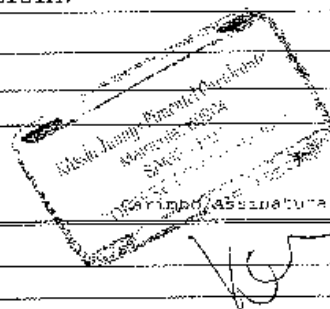
DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	__/__/____	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:			
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER:	Data/Hora:	__/__/____
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer		

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	__/__/____	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:			
Carimbo/Assinatura Solicitante			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	13 Ponto de referência			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo		16 Idade	
	17 Indicador de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência		19 Vítima	
Dados de Ocorrência	20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança
	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
Exame Físico	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sanguinamento
	29 Dor		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
Assistência	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	35 Observações Interdisciplinares		36 Responsável pela recepção		37 Socorristas

Versão: 27.11.2011





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

João Soares
Ficou

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Rones Lopes Fernandes</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura exposta piló tibial (2)</u>		
Operação - Tipo <u>L.M.C. + Fixação externa de Toulouk (2)</u>		
Cirurgião <u>A. Aguiar</u>	1º Assistente <u>A. Uaiara</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>17/09/18</u>	Início <u>21:00 h</u>	Fim <u>22:10 h</u>
Diagnóstico Pós-operatório <u>→ Fratura exposta piló tibial (2) (+) 6 h</u> <u>→ O.R. = Fixação definitiva da fratura com</u> <u>melhora de partes moles em M.I.D.</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em D.H.
- ② Anestesia M.I.D. / Campo Estéril
- ③ FCC Toulouk (2) ± 2,0 cm
- ④ Limpeza com SF 29% / Desbridamento Cirúrgico
- ⑤ Redução e fixação externa em Toulouk (2)
- ⑥ Suturas / Curativos / Perfuro OK M.I.D.

Dr. Agnaldo Soares Coutinho
Ortopedia / Traumatologia
CRM 22.524 - RBO: 1.154

Mod. 76 HUT



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. N°

Proc. N°

Rubrica

BOLTIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: Roney Lopes FERNANDES

PRONTUÁRIO Nº:

DIAGNÓSTICO: Fedura Exposta pelo Têxtil (P)

CIRURGIA:

ANESTHESIA:

Nº DA SALA:

CIRURGIÃO: R. Azevedo Almeida

CPF Nº-

AUXILIAR: 1. Wind

CPF Nº-

ANESTHESIA:

CPF Nº.

INSTRUMENTADORA: Helena

CPEN[®].

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2,0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Francisco João			
PROLENE							

MOD - 094





PRESCRIÇÃO MÉDICA

André

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. QUITAP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
PRESCRIÇÃO MÉDICA			Ortopédica			
DATA/HORA	CÓDIGO			HORÁRIOS		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
14.09.18		# POI = Fixador externo TAZ ①				08.35 Fixador externo colocado
						10.00 no eletrocardiograma
						10.05 no ECG
						10.15 fixador externo
						10.20 no ECG
						10.25 no ECG
						10.30 no ECG
						10.35 no ECG
						10.40 no ECG
						10.45 no ECG
						10.50 no ECG
						10.55 no ECG
						11.00 no ECG
						11.05 no ECG
						11.10 no ECG
						11.15 no ECG
						11.20 no ECG
						11.25 no ECG
						11.30 no ECG
						11.35 no ECG
						11.40 no ECG
						11.45 no ECG
						11.50 no ECG
						11.55 no ECG
						12.00 no ECG
						12.05 no ECG
						12.10 no ECG
						12.15 no ECG
						12.20 no ECG
						12.25 no ECG
						12.30 no ECG
						12.35 no ECG
						12.40 no ECG
						12.45 no ECG
						12.50 no ECG
						12.55 no ECG
						13.00 no ECG
						13.05 no ECG
						13.10 no ECG
						13.15 no ECG
						13.20 no ECG
						13.25 no ECG
						13.30 no ECG
						13.35 no ECG
						13.40 no ECG
						13.45 no ECG
						13.50 no ECG
						13.55 no ECG
						14.00 no ECG
						14.05 no ECG
						14.10 no ECG
						14.15 no ECG
						14.20 no ECG
						14.25 no ECG
						14.30 no ECG
						14.35 no ECG
						14.40 no ECG
						14.45 no ECG
						14.50 no ECG
						14.55 no ECG
						15.00 no ECG
						15.05 no ECG
						15.10 no ECG
						15.15 no ECG
						15.20 no ECG
						15.25 no ECG
						15.30 no ECG
						15.35 no ECG
						15.40 no ECG
						15.45 no ECG
						15.50 no ECG
						15.55 no ECG
						16.00 no ECG
						16.05 no ECG
						16.10 no ECG
						16.15 no ECG
						16.20 no ECG
						16.25 no ECG
						16.30 no ECG
						16.35 no ECG
						16.40 no ECG
						16.45 no ECG
						16.50 no ECG
						16.55 no ECG
						17.00 no ECG
						17.05 no ECG
						17.10 no ECG
						17.15 no ECG
						17.20 no ECG
						17.25 no ECG
						17.30 no ECG
						17.35 no ECG
						17.40 no ECG
						17.45 no ECG
						17.50 no ECG
						17.55 no ECG
						18.00 no ECG
						18.05 no ECG
						18.10 no ECG
						18.15 no ECG
						18.20 no ECG
						18.25 no ECG
						18.30 no ECG
						18.35 no ECG
						18.40 no ECG
						18.45 no ECG
						18.50 no ECG
						18.55 no ECG
						19.00 no ECG
						19.05 no ECG
						19.10 no ECG
						19.15 no ECG
						19.20 no ECG
						19.25 no ECG
						19.30 no ECG
						19.35 no ECG
						19.40 no ECG
						19.45 no ECG
						19.50 no ECG
						19.55 no ECG
						20.00 no ECG
						20.05 no ECG
						20.10 no ECG
						20.15 no ECG
						20.20 no ECG
						20.25 no ECG
						20.30 no ECG
						20.35 no ECG
						20.40 no ECG
						20.45 no ECG
						20.50 no ECG
						20.55 no ECG
						21.00 no ECG
						21.05 no ECG
						21.10 no ECG
						21.15 no ECG
						21.20 no ECG
						21.25 no ECG
						21.30 no ECG
						21.35 no ECG
						21.40 no ECG
						21.45 no ECG
						21.50 no ECG
						21.55 no ECG
						22.00 no ECG
						22.05 no ECG
						22.10 no ECG
						22.15 no ECG
						22.20 no ECG
						22.25 no ECG
						22.30 no ECG
						22.35 no ECG
						22.40 no ECG
						22.45 no ECG
						22.50 no ECG
						22.55 no ECG
						23.00 no ECG
						23.05 no ECG
						23.10 no ECG
						23.15 no ECG
						23.20 no ECG
						23.25 no ECG
						23.30 no ECG
						23.35 no ECG
						23.40 no ECG
						23.45 no ECG
						23.50 no ECG
						23.55 no ECG
						24.00 no ECG
						24.05 no ECG
						24.10 no ECG
						24.15 no ECG
						24.20 no ECG
						24.25 no ECG
						24.30 no ECG
						24.35 no ECG
						24.40 no ECG
						24.45 no ECG
						24.50 no ECG
						24.55 no ECG
						25.00 no ECG
						25.05 no ECG
						25.10 no ECG
						25.15 no ECG
						25.20 no ECG
						25.25 no ECG
						25.30 no ECG
						25.35 no ECG
						25.40 no ECG
						25.45 no ECG
						25.50 no ECG
						25.55 no ECG
						26.00 no ECG
						26.05 no ECG
						26.10 no ECG
						26.15 no ECG
						26.20 no ECG
						26.25 no ECG
						26.30 no ECG
						26.35 no ECG
						26.40 no ECG
						26.45 no ECG
						26.50 no ECG
						26.55 no ECG
						27.00 no ECG
						27.05 no ECG
						27.10 no ECG
						27.15 no ECG
						27.20 no ECG
						27.25 no ECG
						27.30 no ECG
						27.35 no ECG
						27.40 no ECG
						27.45 no ECG
						27.50 no ECG
						27.55 no ECG
						28.00 no ECG
						28.05 no ECG
						28.10 no ECG
						28.15 no ECG
						28.20 no ECG
						28.25 no ECG
						28.30 no ECG
						28.35 no ECG
						28.40 no ECG
						28.45 no ECG
						28.50 no ECG
						28.55 no ECG
						29.00 no ECG
						29.05 no ECG
						29.10 no ECG
						29.15 no ECG
						29.20 no ECG
						29.25 no ECG
						29.30 no ECG
						29.35 no ECG
						29.40 no ECG
						29.45 no ECG
						29.50 no ECG
						29.55 no ECG
						30.00 no ECG
						30.05 no ECG
						30.10 no ECG
						30.15 no ECG
						30.20 no ECG
						30.25 no ECG
						30.30 no ECG
						30.35 no ECG
						30.40 no ECG
						30.45 no ECG
						30.50 no ECG
						30.55 no ECG
						31.00 no ECG
						31.05 no ECG
						31.10 no ECG
						31.15 no ECG
						31.20 no ECG
						31.25 no ECG
						31.30 no ECG
						31.35 no ECG
						31.40 no ECG
						31.45 no ECG
						31.50 no ECG
						31.55 no ECG
						32.00 no ECG
						32.05 no ECG
						32.10 no ECG
						32.15 no ECG
						32.20 no ECG
						32.25 no ECG
						32.30 no ECG
						32.35 no ECG
						32.40 no ECG
						32.45 no ECG
						32.50 no ECG
						32.55 no ECG
						33.00 no ECG
						33.05 no ECG
						33.10 no ECG
						33.15 no ECG
						33.20 no ECG
						33.25 no ECG
						33.30 no ECG
						33.35 no ECG
						33.40 no ECG
						33.45 no ECG
						33.50 no ECG



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

2º fixação interna
linha fixador o
coloca placa

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Rones Lopes Fernandes
Diagnóstico pré-operatório Fratura do fêmur direito
Operação - Tipo Reparo + Placa
Cirurgião Dr. Daniel Costa 1º Assistente Dr. Divaldo Tercio Nunes Leal
2º Assistente Dr. Divaldo Tercio Nunes Leal 3º Assistente Dr. Divaldo Tercio Nunes Leal
Instrumentador(a) Dr. Claudio Anestesista Dr. Amanda Anestesia Proprio
Anestésico(a)

Data da Operação 26/05/18 Início 14h Fim 16h

Diagnóstico Pós-operatório
Placa + parafusos
Fratura do fêmur direito
TEJUT

Relatório Imediato do Patologista

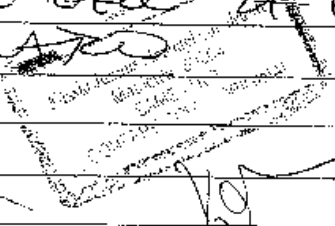
Acidente Durante a Operação
NA

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Tratamento dos Acidentes
+ Anestesia Geral
Placa + parafusos
Reparo + Placa
Fratura do fêmur direito
Sutura + Curativo

Divaldo Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA: 26/09/18

NOME DO PACIENTE: Rone Lopes Fernandes

PRONTUÁRIO Nº: 488680

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA:

ANESTESIA: Raquel

Nº DA SALA: 06

CIRURGIÃO: Dr. Daniel

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIA: Dra. Aminda

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Dra. Glaydis

CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	05		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5 18.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		Ocupon	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Jose			
PROLENE							



MDJ - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:57:51

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610575025300000010085421

Número do documento: 20070610575025300000010085421



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: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
 Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI** CEP: 64000-010
 Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223698
 Requisição: 877541 Solicitação: 26/09/2018 Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
 Controle: 1087108 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 26/09/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfise distal da tibia.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável

Nó do Arquivo Eletrônico Contábil:
 Matrícula: 68294
 SIAPE - HUT
 CONFERE COM O CADASTRO





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
Endereço: LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m8d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223093
Requisição: 874890 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 1083673 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 17/09/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- FRATURA DO MALEOLO MEDIAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 GRM-PI 2710

Profissional Responsável

Assinatura Eletrônica do Responsável
Matrícula: 63864
GRM-PI - HUT
CONFERE COM ORIGINAL

he



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 3445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Folha: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223698
Requisição: 877541 Solicitação: 26/09/2018 Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
Controle: 1087107 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 26/09/2018

PERNA DIREITA

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

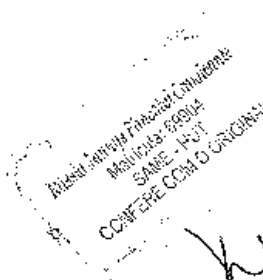
- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfise distal da tíbia.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 19/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável



TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Paciente:	RONES LOPES FERNANDES (Prontuário: 488680)				
Endereço:	LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Nascimento:	22/10/1988	Idade:	30a1m5d	Sexo:	Masculino
				Origem:	URGÊNCIA/EMERG
				Atendimento:	684736
Requisição:	874821	Solicitação:	17/09/2018	Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA	
Controle:	1083575	Convênio:	S U S		

Data Exam: 17/09/2018

- Fratura obliqua completa recente no maleolo medial.
- Aumento de volume de partes moles.

TERESINA - PI 27/11/2018

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

[illegible]

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Gato Tito 1820 Redenção - Fone: 88 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: **488680**)
Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: **22/10/1988** Idade: **30a0m8d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223093**
Requisição: **874890** Solicitação: **17/09/2018** Solicitante: **AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS**
Controle: **1083674** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 17/09/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- **FRATURA NO MALÉOLO MEDIAL FIXADA POR APARELHO METÁLICO.**

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Assinatura Autorizada para
Manuseio EMBR
SAMES - 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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RONES LOPES FERNANDES** (Prontuário: 488680)
Endereço: **LEONEL BRIZOLA - MONTE VERDE - TERESINA - PI** CEP: 64000-010
Nascimento: 22/10/1988 Idade: 30a0m8d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 223093
Requisição: 874890 Solicitação: 17/09/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 1083672 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 250

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 17/09/2018

PERNA DIREITA

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

- FRATURA DO MALEOLO MEDIAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

Assinada eletronicamente por:
Márcia Regina de Sousa
SABRE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



COB-CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES
RUA: CASTELO DO PIAUI Nº3292 B. BUENOS AIRES
CEP: 64009-330 - TERESINA-PI
CNPJ: 05.636.125/0001-26

CONVÊNIO: PARTICULAR

SOLICITANTE: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
DATA: 23/10/2018

PAC: RONES LOPES FERNANDES

EXAME: RX TORNOZELO DIR

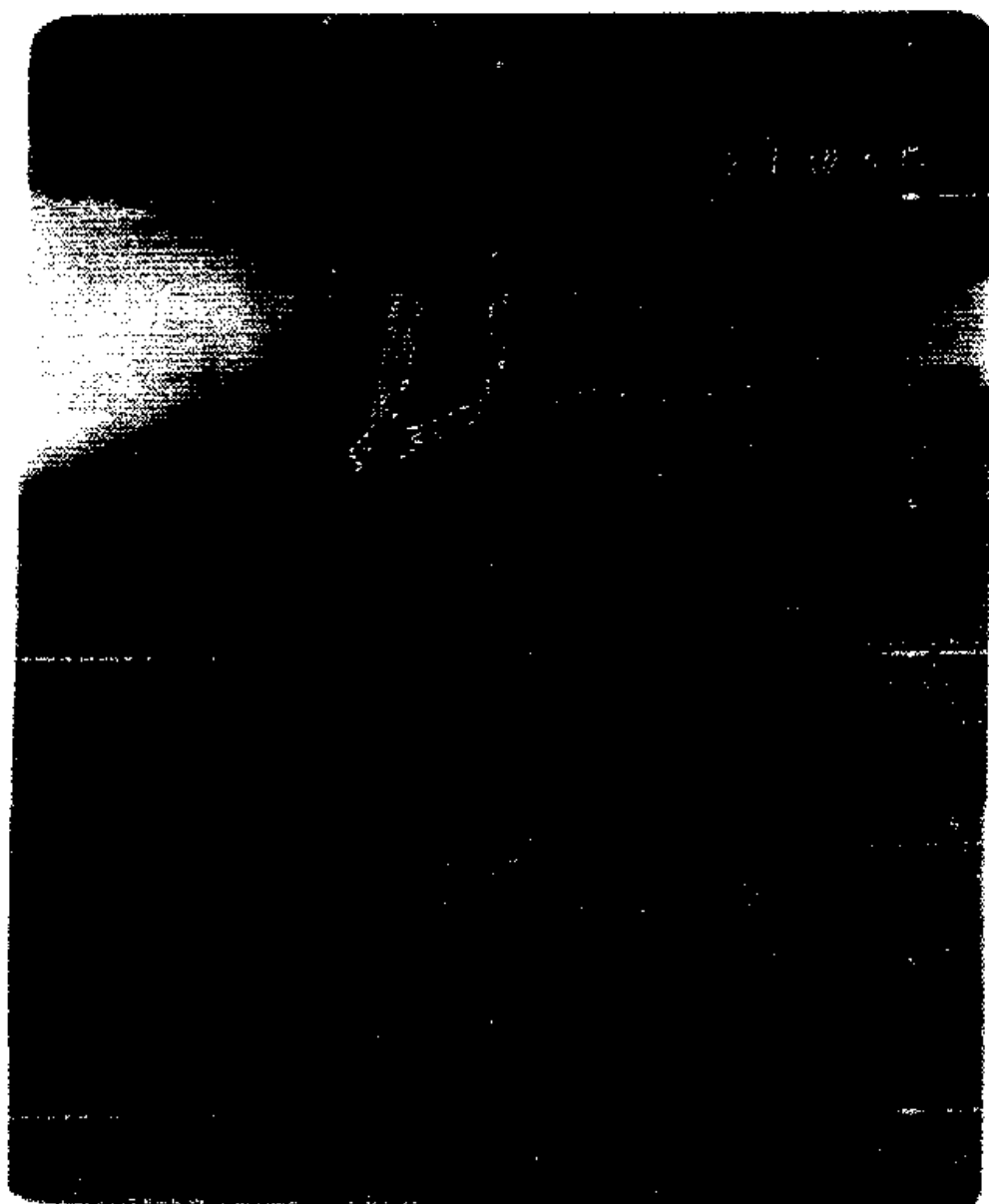
- Fratura alinhada e consolidada na tibia distal fixada com placa e parafusos metálicos.

CONCLUSÃO:

CONTROLE DE OSTEOSSÍNTESE.


Dr. Carlos Augusto Moura
CRM 1341





Comprovante de residência



Faça aqui o seu cadastro

LOGMAIS MAIS

ato com a
informe
ERO

SEU CODIGO

1137177

AV. PIAUIANE 739 - Centro - Teresina - PI		011111119	
CNPJ 06.840.748/0001-89 Ins. Estadual: 19.001.383-5		A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada	
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-2		pela Lei nº 10.438 de 26 de março de 2007.	
Regime especial de impostos substituído pela SEINF 05/08			
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	21-09-2018	195	181,36

FRANCISCA JERONIMO DE OLIVEIRA
RS DRA ZILDA ARNS S/N QD 07 CASA 13 NOVA BRASILIA
CPF: 00065971760300
CEP: 64.004-140 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	8765	Atual:	14/09/2018
Anterior:	8570	Anterior:	14-08-2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	16-10-2018
Consumo Medido:	195	Emissão:	13-09-2018
Consumo Faturado:	195	Apresentação:	14-09-2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Tipologia	Número Medidor	Posto	Código Fixo	Módulo 13 dígitos

RESIDENCIAL	MONO	A1152183	1	1	1577
-------------	------	----------	---	---	------

HISTÓRICO (kWh)		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	195 A R\$ 0,833227 = 162,47
AGO/18	202	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	14,13
Jul/18	160	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	0,38
JUN/18	158	MULTA POR ATRASO 08/18-00	3,60
Mai/18	159	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	0,78
ABR/18	149	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	9,74
MAR/18	136		
FEV/18	155		
JAN/18	138		
DEZ/17	174		
NOV/17	189		

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800-086-0800 E FAÇA O PEDIDO DE VENCIMENTO
Parabéns! Até 08/18-00-2018, não há penalidades por faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO	
OCAS. 7897. CCEE. F71F. A38F. B567. 827E. 8008	

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	33,62	Base de Cálculo	162,47
Energia	63,94	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	10,06	Valor de ICMS	35,74
Encargos	10,18	Valor do PIS	1,59
Tributos	44,67	Valor do COFINS	7,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95
0,63			2,00		0,35



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:57:51

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610575025300000010085421

Número do documento: 20070610575025300000010085421



Boletim de ocorrência
Governo do E
Secretaria de S
Delegacia Geral de Policia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



INW



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000608/2018-24

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 08/10/2018 - 15:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora

17/09/2018 - 16:45

Tipo Local

CRUZAMENTO

Município

TERESINA

Bairro

MAFUA

Endereço

RUA QUINTINO BOCAIUVA COM RUA ALCIDES FREITAS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RONES LOPES FERNANDES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2944223 PI

Mãe: URÇULINA LOPES FERNANDES

Endereço: VILA LEONEL BRIZOLA, QD-T, CS-08, Nº

Bairro: MONTE VERDE

Cidade: TERESINA

RECEBIDO

05 NOV 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

Seguradora Líder DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

À VÍTIMA NOTICIANTE, RONES LOPES FERNANDES, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA ALCIDES FREITAS, SENTIDO LESTE OESTE, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN, COR VERMELHA, PLACA OEH-9960, TERESINA PI, RENAVAM 00416300510, PROPRIEDADE DA VÍTIMA; QUANDO INVADIU A PREFERENCIAL E VEIO A SER COLIDIDO POR VW/COMBI, COR BRANCA, PLACA NIB-9302, CONDUZIDO POR RONIEL E VEIO A CAIR; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, Nº DE CHAMADA 2569 E CONDUZIDO PARA HUT "HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA" CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 488680.

Haroldo Bonfim De Oliveira
Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150
AGENTE DE POLÍCIA

Rones Lopes Fernandes
RONES LOPES FERNANDES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





Comprovação de ato declaratório

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMUSAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	13 Ponto de referência			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo		16 Idade	
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência		19 Vítima	
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança
	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
Exame Físico	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	29 Dor		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
Assistência Hospital de Destino	32 Hospital de Destino		33 Condições da entrada		34 Óbito
	35 Observações Interdisciplinares		36 Responsável pela recepção		37 Socorristas

Versão: 27.11.2011