

Browser tabs: Email - A, Controle, Messenger, Sistema, Download, (28) WhatsApp, PJM Consulta, PJM 0812351, PJM 0814737, Baixar o, +

Address bar: Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=516493&ca=c40614a25104a19627...

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

PJe ProceComCiv 0812351-64.2020.8.18.0140
RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS X SEGURADORA LIDER DOS CON...

11709665 - CONTESTAÇÃO (2747460 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/09/2020 12:17:16

03 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11709661 - CONTESTAÇÃO
- 11709665 - CONTESTAÇÃO (2747460 CONTESTACAO 01)
- 11710067 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 11709667 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 11709669 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 11709670 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 15

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08123516420208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DVAT em caso de invalidez parcial de..."

PT 12:17 03/09/2020



03/09/2020

Número: **0812351-64.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **31/05/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11710057	03/09/2020 12:17	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

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 15192988

Pag. 01107/01108 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

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

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

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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000855**

Conta: **00000132623-7**

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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01061/01062 - carta_02 - INVALIDEZ

00050531



Carta nº 15315409



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 3



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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000855**

Conta: **00000132623-7**

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, 29 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00915/00916 - carta_02 - INVALIDEZ

00040458



Carta nº 15898357



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066



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, 02 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 01/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01083/01084 - carta_09 - INVALIDEZ

00030542



Carta nº 15907128





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, 28 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01209/01210 - carta_09 - INVALIDEZ

00030605



Carta nº 15980810



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Raimundo Renato Fernandes de MORAIS

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

5 - Nome completo: Raimundo Renato Fernandes de MORAIS 6 - CPF: 446.200.393-49
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: R. Farm. João Carneiro 9 - Número: 4344 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santa Isabel 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64053-150
15 - E-mail: luizsegueros@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0855 CONTA: 132623 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão legível da assinatura do beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 29/11/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Raimundo R. Fernandes de MORAIS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





AUTOATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU
DATA: 29/11/2019 HORA: 11:52:05
TERMINAL: 20041025 CONTROLE: 200410250335

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0855 013.00132623-7
NOME: RAIMUNDO NONATO FERNANDES MORAIS
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA
VALOR TOTAL EM DINHEIRO: ~~2,00~~

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 160973155

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Duvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR

BOLETIM DE Ocorrência DE TRâNSITO - Nº 10583

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de trânsito (Com pessoa ferida ou morta)
TIPO DE ACIDENTE: Atropelamento DATA: 15/06/2019 HORA: 20:28:41
MUNICÍPIO: Teresina LOGRADOURO: R. José Torquato Viana Nº: 1861

CONDUTORES			
Veículo Nº 1 Placas LWB5889	Condutor	Francisco das Chagas Ferreira de souza	
	Sexo	Masculino	Idade 41
	Endereço	Rua Santa irene número 8070 bairro Santa Bárbara município de Teresina	
	Proprietário	Francisco das Chagas Ferreira de souza	
	Veículo: Marca / Modelo	HONDA/125	
	Esécie	Passageiro	Ano
			CNH 563370

DANOS NOS VEÍCULOS	
Veículos	Danos
LWB5889	Banco [rasgado], Carenagem [farol quebrado]

Vítimas			
Nome	Raimundo nonato Fernandes de morais	Sexo	Masculino
		Idade	50
Endereço	Rua farmacêutico João Carvalho	Condição	Lesões graves ou gravíssimas, Sintomas de embriaguez

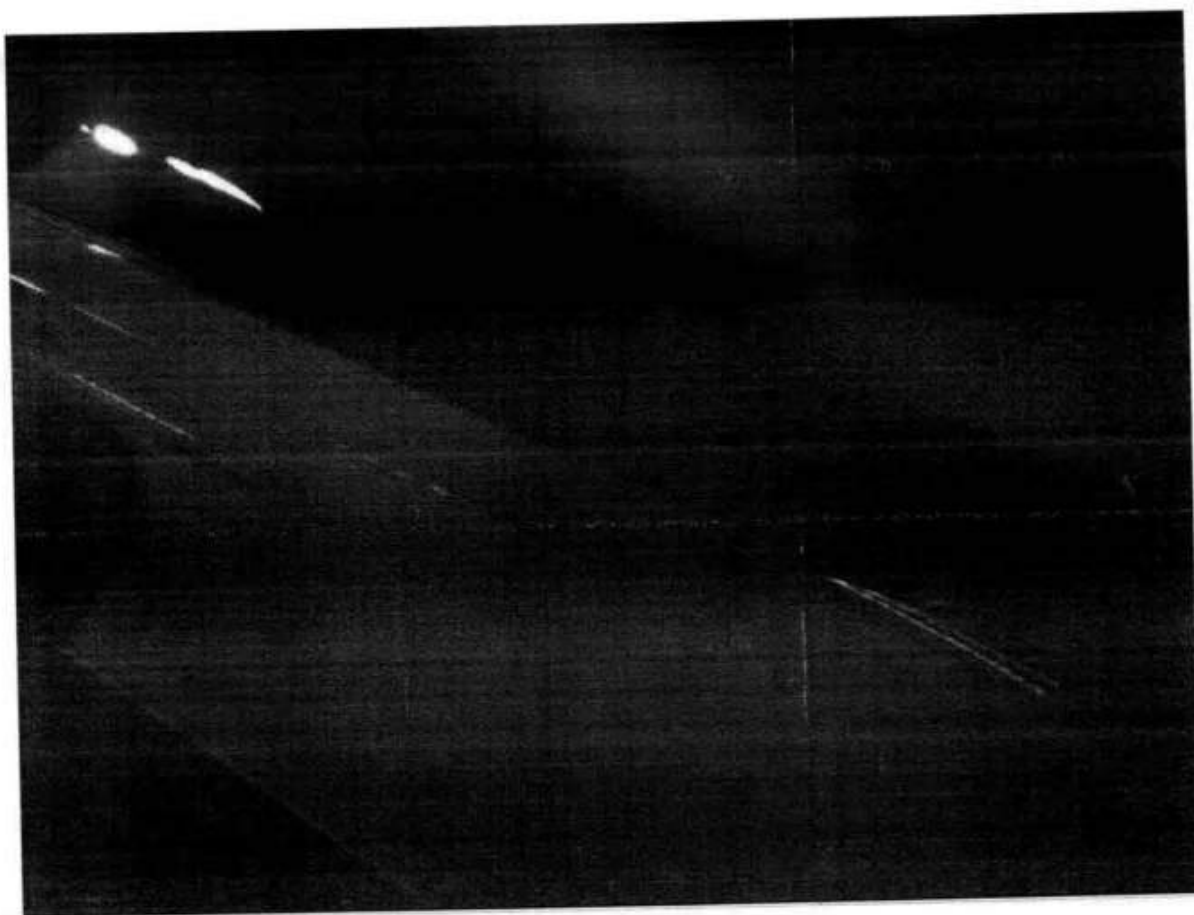
Testemunhas

RELATÓRIO RESUMIDO: Fomos informados pelo Copom a respeito de um acidente com vítima na rua Torquato Viana, ao chegar no local encontramos um dos envolvidos, onde ele estava com características de embriaguez e falando que havia batido com outra moto, sendo que não havia nenhum outro veículo no local, e a outro envolvidos (pedestre), desacordado no chão, foi feito os procedimentos, nformado ao Copom para acionar a ciptran e ao SAMU, onde conduziu os envolvidos ao HUT para tratamento de saúde.

Informações sobre o DPVAT - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de vias Terrestres:		
Óbito	Lesões Corporais	Invalidez Permanente
Certidão de Óbito	Prova das despesas médicas	Prova das despesas médicas
Registro de Ocorrência Policial	Registro de Ocorrência Policial	Registro de Ocorrência Policial
Prova de Qualidade de beneficiário		Rel. médico atestando o tipo e grau definitivo de invalidez
ONDE SOLICITAR: O benefício deve ser solicitado através de requerimento encaminhado a Seguradora Consorciada do beneficiário ou seu representante legal, acompanhado dos documentos acima.		

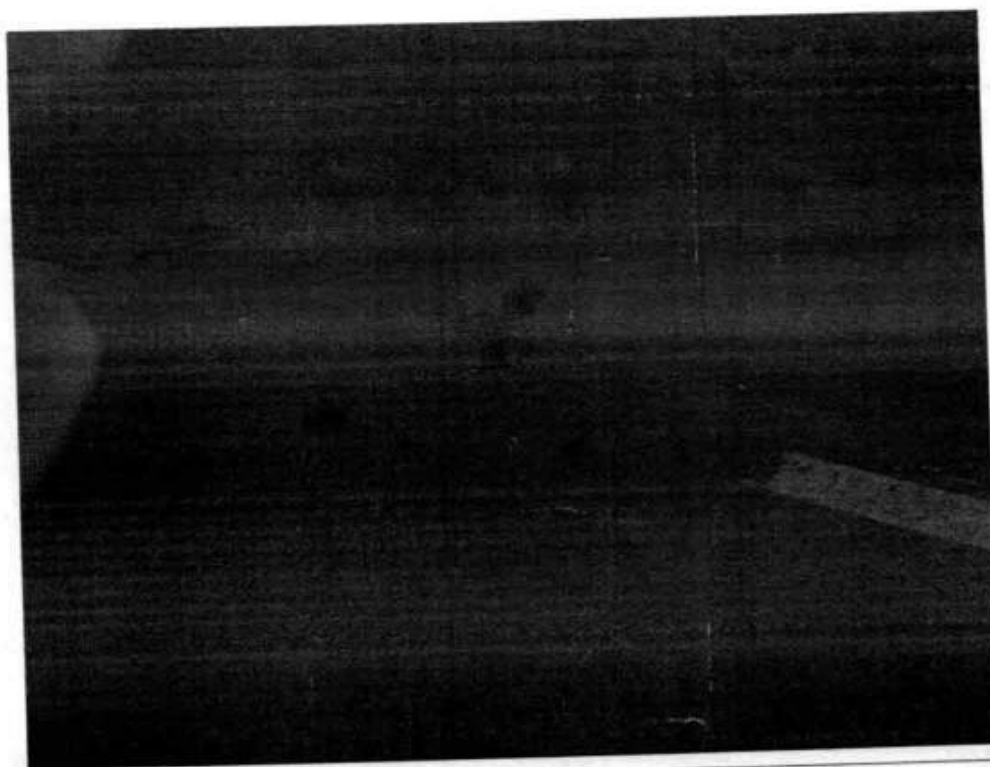
Imagens





Tipo: Local

Descrição:

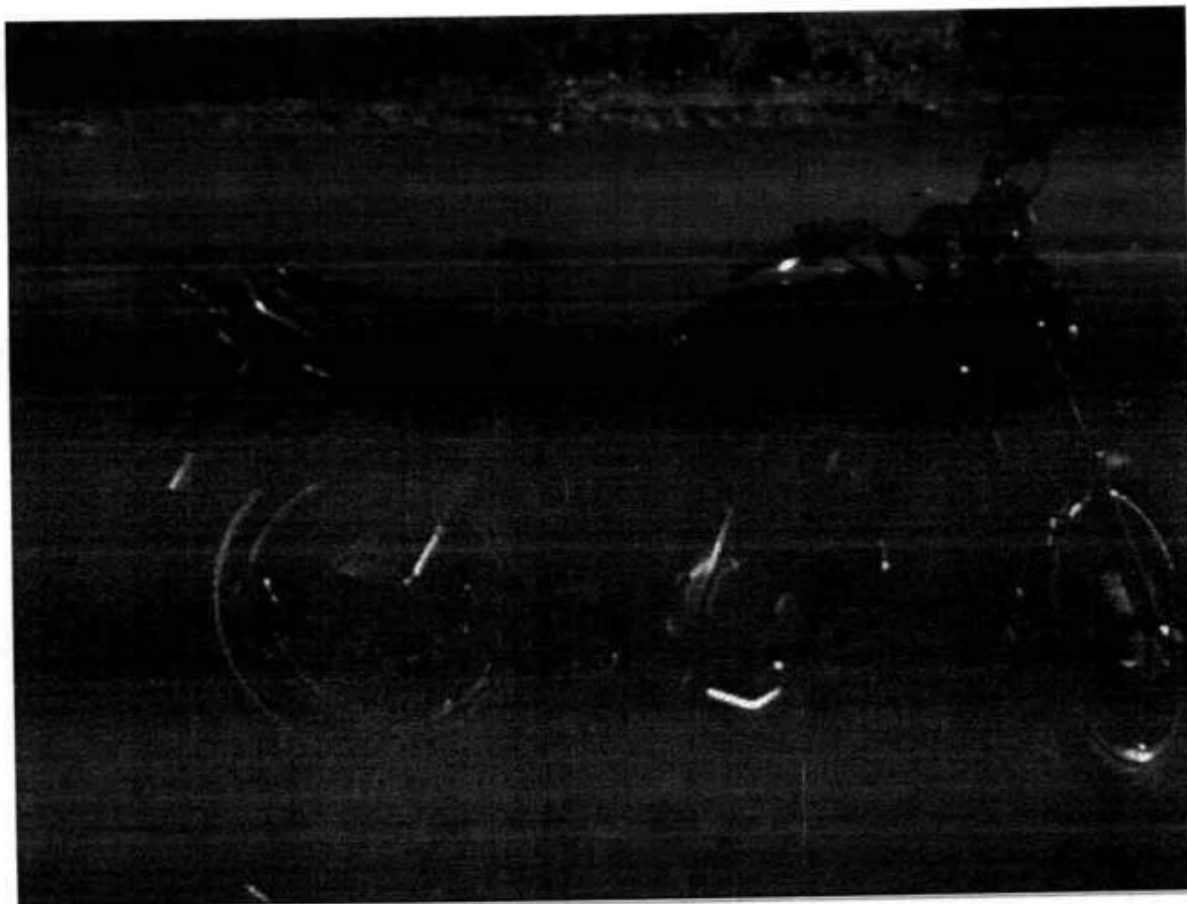


2/5



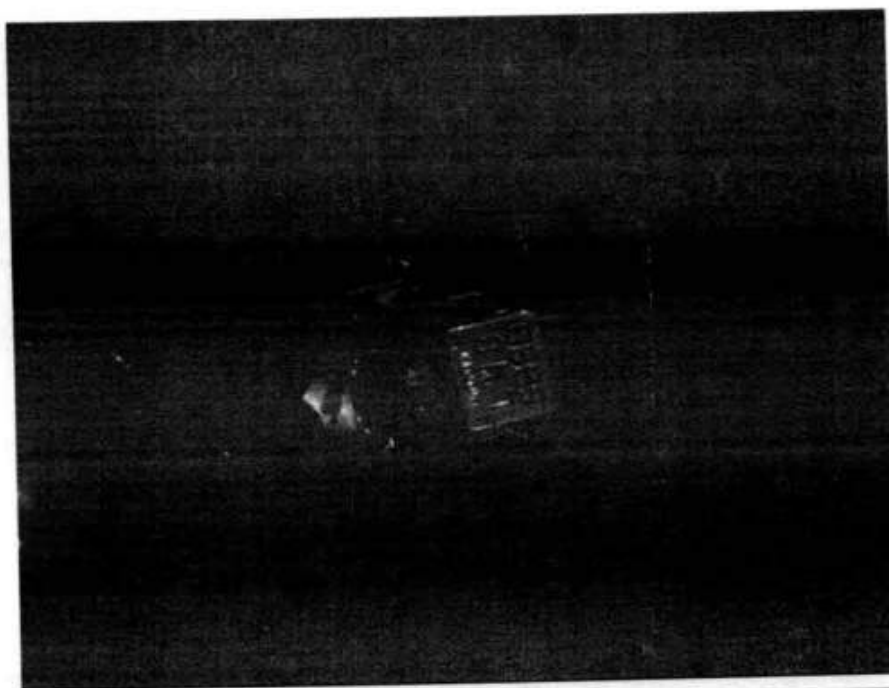
Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



3/6



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066

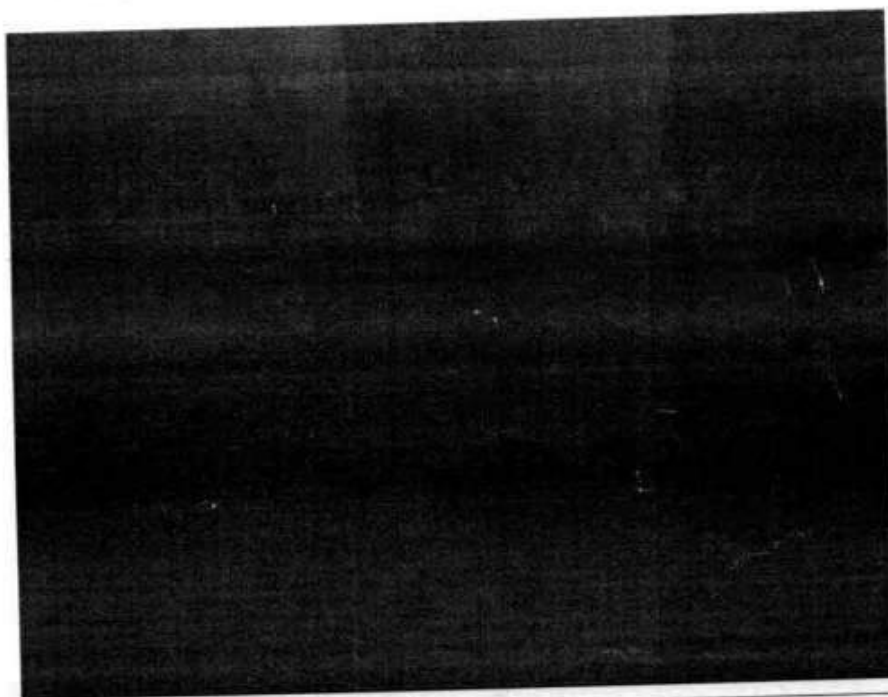
Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



4/6



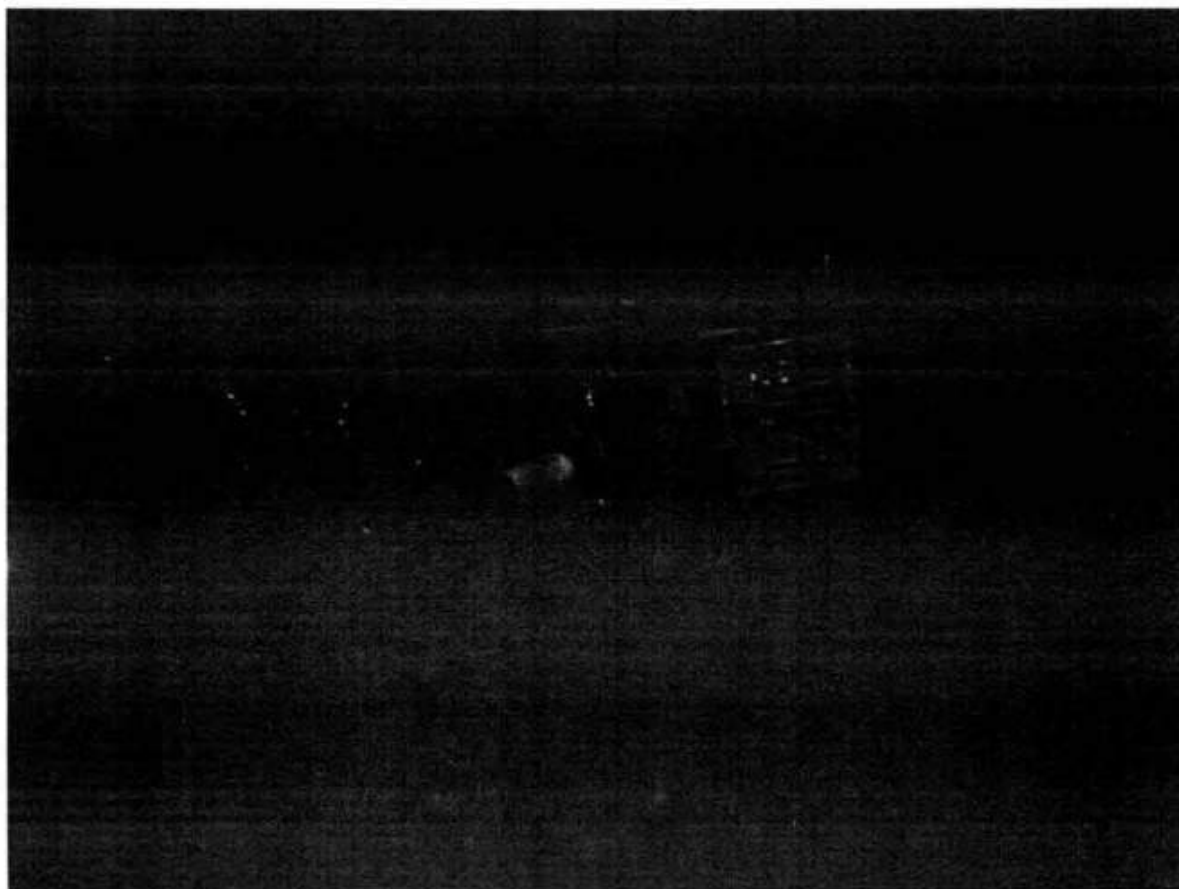
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066

Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



5/6



Tipo: Outro Objeto

Descrição: O1 - 1 Unidade Outro bem/objeto

NOME DO
PM:

JOSE R DE BRITO FILHO

Id. Func.:

310202



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 446.200.393-49 3 - CPF da vítima: 446.200.393-49 4 - Nome completo da vítima: Raimundo Renato Fernandes de Menezes

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

5 - Nome completo: Raimundo Renato Fernandes de Menezes 6 - CPF: 446.200.393-49
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: R. Farm. João Camalho 9 - Número: 4344 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santa Isabel 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64053-150
15 - E-mail: ruansequeiros20@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0855 CONTA: 132623 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 da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital do assinante ou beneficiário não discriminada

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 29/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

192

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

01 Nº do chamado 2497 02 Data do chamado 35.06.19 03 PRO (código) 2995 04 Saída do PA 20:30 05 Chegada ao local 20:40
06 Saída do local 25:00 07 Chegada ao 1º hospital 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º Hospital
10 Endereço R. JOSÉ TORQUATO VIANA 11 Bairro MORADA DO SOL 12 Município UF TERESINA PI
13 Ponto de referência PROR, COLÉGIO MOSENMOR MELO 14 Nome RAIMUNDO NONATO FERNANDES 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
16 Idade 06/11/68 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado
19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado 22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança
23 Glasgow = 15 24 Sinais Vitais Pulso 68 Resp. 30/80 PA 130/80 TAX. 98 SatO2 98 25 Local da lesão

26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Escala de Dor de 0 a 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Oxi-gênio 4 - Colar cervical 5 - Curativos 6 - Imobilização de extremidades 7 - Reanimação cardiopulmonar 8 - Assistência obstétrica 9 - Glicemia 10 - Acesso Venoso 11 - Medicamentos a) b) c) 12 - Não Removido

32 Hospital de Destino 33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte

Observações Interdisciplinar: cliente vítima de acidente de trânsito, atingido pelo carro, ferimentos graves, necessita de imobilização, fratura no membro superior direito, fratura no membro superior esquerdo, fratura no membro inferior direito, fratura no membro inferior esquerdo. Imobilizado com prancha e curativos. Não removido.

Responsável pela recepção: Tayane de Castro Costa
Socorristas: Médico: Tayane de Castro Costa, AE/TE: Tayane de Castro Costa
Enfermeiro Condutor: Feitoro
Tayane de Castro Costa
COREN-PI 60100

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:	13/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000132623-7

Nr. da Autenticação 6E61DB76FBC5BE0D



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:	15/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000132623-7

Nr. da Autenticação 958C823595BB449A





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-000 - Tel: (085) 321.3833
Nº de Fisco: 0424233-5
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal: 030457706

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.428 de 24 de abril de 2002.

CONTA NºS: NOVEMBRO/2019 VENCIMENTO: 29-11-2019 CONSUMO (kWh): 127 TOTAL A PAGAR (R\$): 120,61

IRANI NORONHA PEREIRA
R. FARM JOAO CARVALHO 4344 SANTA ISABEL

CPF: 0002263043367
DADOS DA LEITURA
CEP: 64.053-150 - TERESINA

DADOS DA LEITURA

Anterior: 9452
Constante de Multiplicação: 9325
Consumo Medido: 1,000
Consumo Faturado: 127
Forma de Pagamento: 127 FCM

Atual:
Anterior: 22/11/2019
Próxima Leitura: 23-10-2019
Emissão: 23-12-2019
Apresentação: 21-11-2019
Dia de Consumo: 22-11-2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse: NORMA
Natureza Medidor: Ponto
Código Pat: 30
Medida 12 meses

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS

RESIDÊNCIA - TRI - DE75440 - DESCRIÇÃO DA CONTA: 1.1.1.3 - 106

MÊS	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
OUT/19	114	CONSUMO 127 A R\$ 0,904643 =	114,88
SET/19	98	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	9,90
AGO/19	0	PAGAMENTO A MAIOR	4,17
JUL/19	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,50
JUN/19	0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,87
MAI/19	0		
ABR/19	0		
MAR/19	0		
FEV/19	0		
JAN/19	0		

THIERY SEM TRIBUTOS
E N 17 - 9.545562

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 8 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21-11-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVA DO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Descrição	Valor	Impostos/Tributos - R\$	Valor
Energia	24,14	Alíquota ICMS	114,88
Transmissão	46,65	Valor do ICMS	39,61
Distribuição	7,89	Valor do PIS	25,27
Taxas	3,86	Valor do COFINS	1,26
TOTAL	82,54	ICMS	5,01

TERESINA-SATELITE

Descrição	Valor	Impostos/Tributos - R\$	Valor
Energia	5,31	Alíquota ICMS	35,41
Transmissão	10,63	Valor do ICMS	120,61
Distribuição	21,25	Valor do PIS	0,00
Taxas	3,36	Valor do COFINS	0,00
TOTAL	40,55	ICMS	0,00



0424233-5
MÊS FATURADO: 11/2019
VENCIMENTO: 29-11-2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-000 - Tel: (085) 321.3833
Nº de Fisco: 0424233-5

Nº da Nota Fiscal: 030457706 FCM

83680000001 7 20610017000 3 00000000424 2 23351119008 1





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.745/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal e Contas de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
consulte o número
ou o NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	31/10/2019	394	411,88

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	21824		Atual:	24/10/2019
Anterior:	21430		Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima leitura:	25/11/2019
Consumo Medido:	394		Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:	394	FCAM	Apresentação:	24/10/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL		Dias de Consumo:	30
	Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 210

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 - 0,635210

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Você pode optar pela data de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes em contato por meio de nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.84BF.DDDF.54CE

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DNC			FIC			DNCI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00
Conjunto	TERESINA - MACAUPA			Período de apuração:			08/2019 R\$ 100,91



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roge Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Nonato Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.200.393 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima Raimundo Nonato Fernandes inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.200.393 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(86) 99534-6561</u>		

Teresina 29 de novembro de 2019
Local e Data

Nelle Roge Soares Marques
Assinatura do Declarante

11 V001/2017





NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato Fernandes de Menezes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 514118

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: 86 3218 5445

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

Neurologia (ok)
B. comorb (ok)
Ortopedia
Cirurgia Geral (ok)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 15/06/2019 21:37:02

(User: THIAGO MELO)

(Estator: COMPLETO)

Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Prontuário: 51418

Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS

Pai: ANTONIO DE SALES DE MORAIS

End. Resid.: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 06/11/1968

Idade: 50a7m9d

Sexo: Masculino

Fone:

Responsável: O MESMO

CNS: 708004343086321

Profissão: NAO INFORMADO

Documento: RG: 1113631 - SSP PI

G. Instrução: Não informado

E. Civil: Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 726618

Entrada: 15/06/2019 21:23:57

Convênio: S U S

Proced: 0301060029

Motivo da Procura

Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

Inde Exatidão

Breve História Clas. Risco:

SSVV: (Hora: ____ : ____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA CERCA DE 30 MIN, REFERE USO DE BEBIDA ALCOOLICA. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS NO MOMENTO DO TRAUMA. VISIVELMENTE DESORIENTADO, DE DIFÍCIL AVALIAÇÃO DEVIDO AO ESTADO COGNITIVO.

A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT O2: 99%, PO 92.

C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME INOCENTE, PA: 140/80

D) GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, CONSCIENCIA, SEM SINAIS DE ALERTA

E) ESCORIAÇÕES EM FACE, LESAO CORTO CONTUSA EM REGIAO FRONTAL DIREITA. ESCORIAÇÃO EM OLHO ESQUERDO

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1240381) - T.C. DE CRANIO

(1240382) - T.C. DE COLUNA CERVICAL

(1240384) - TORAX PA

Prescrição Médica:

Ortopedia

Enxamestar ao E.C.

Rocelão Rego
Ortopedia e Traumatologia

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

THIAGO MELO DÍVIA
CRM 4261 PI Em: 15/06/2019 21:36:59

05-06-19

Ducomaxilo

deixando a. 2. uma de arde de auto-estudo;
e outros elucubrados, por de curvatura.
um oratório. de nome interior não deu
Março funeral e choral a que nome extra-oral
a região de oratório. ① dentro e edificação, equívoco.
a exatidão não foi detectado problema em região
afec. L. Berardo para demais especialidades

Maria Cândida A. Lopes
Cirurgia Buco Maxilo Facial
CRO 1212 - CPF 000 102 503-75

Pelo momento 17/06/19

Atropinto por mto

65211,011m

10 de cunha, dentado

Te de observação. 81 mm a lateral
lateral.

Col. - 11 após unificação a que
dite os unificação



Dr. João Alfredo
Neurocirurgia
000 000 000

23.58h

Paciente hemodinamicamente estável, Glasgow 15, porém
eupneico em ambiente. Ao exame físico: RCG,
eupneico, ACP: MV+, bilaterais, sem RA. Abdome:
flácido, indolente, sem VMB ou sinais de defesa.
Rx tórax e pelve (implantação): normal
+ ed. alta da cir. geral.

+ Dra. Valéria Lopes





Dr. Lao

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

234/25

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato Fernandes de Moura

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

Hb 13,6

Cardio OK

PA = 130 x 90

TAX = 35,8°C

Data: 20 de Junho de 2019

Enfermeiro responsável: _____



Rua Otto Tão, 1820. Bairro Redenção.
Teresina-PI. CEP 64017-775.
CNPJ 17.577.205/0008-03



86 3229 - 4247



fht.hut@teresina.pi.gov.br



Dr. Fernando



FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



**Prefeitura de
Teresina**

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato Fernandes de Moraes

- ☒ Conferir a identificação do paciente 234125
- ☒ Conferir cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional PA. 130x100
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário R 66
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☐ Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- ☐ Conferir demarcação do local da cirurgia.
- ☐ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

Data: 18 de junho de 2019

Enfermeiro responsável: _____

Tamara Rodrigues
Enfermeira
COREN-PI 390.066



Rua Otto Tito, 1820. Bairro Redenção.
Teresina-PI, CEP 64017-775.
CNPJ 17.577.205/0008-03



86 3229 - 4247

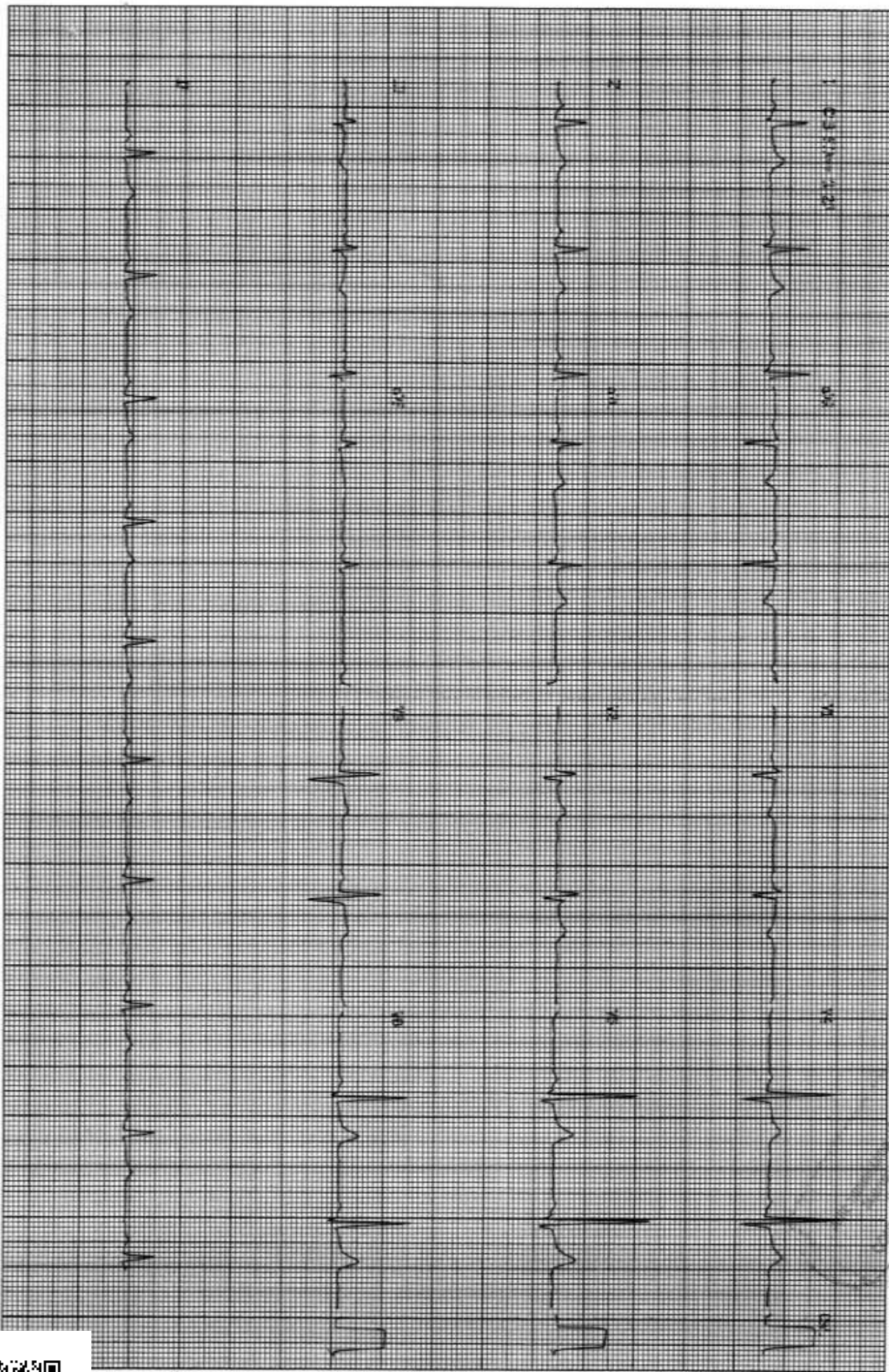


fht.hut@teresina.pi.gov.br



ROMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES
DN: 06/11/68

Silvia Maria Bandeira Simões
Enfermeira
COREN - PI 397.205





FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO RONATO FARIAS

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☒ Conferir cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☐ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com Jelco nº 20 ou menos que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☒ Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- ☐ Conferir demarcação do local da cirurgia.
- ☐ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

PA = 129 x 89

P: 78

Box 36,92

Data: 16 de 06 de 19

Enfermeiro responsável: Ednaldo Melo Coutinho

136439 AB
bifurca



Rua Otto Tiso, 1820. Bairro Redenção.
Teresina-PI, CEP 64017-775.
CNPJ 17.577.205/0008-03

86 3229 - 4247

fht.hut@teresina.pi.gov.br



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Ednan Soares Coutinho Identidade nº 299604
abaixo assinado declaro que:

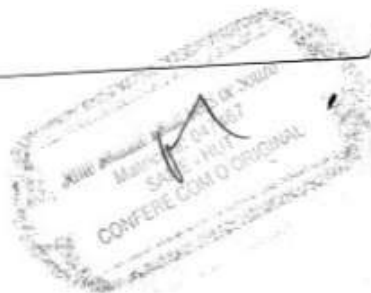
1. Responsabilizo-me pela internação do Paciente;
2. Autorizo a Instituição os Tratamentos propostos pelo médico assistente e a transferência ou remoção para outros hospitais, conforme indicação do médico;
3. Autorizo ao corpo clínico a promover operações, tratamento clínico, ou necropsia;
4. Responsabilizo-me por receber e retirar o paciente na ocasião da alta hospitalar;
5. Assumo toda a responsabilidade, caso retire antes da alta hospitalar;
6. Autorizo a direção do hospital a enviá-lo(a) a seu lugar de origem, caso o responsável, ou pessoa autorizada não venha buscá-lo(a), com exceção dos menores que só poderão sair acompanhados pelo responsável;
7. Autorizo que, em caso de falecimento, será comunicado a família do responsável, e não sendo o paciente reclamado no prazo de 24 horas, a instituição promove o sepultamento ou destinará conforme o previsto no decreto 11276, de 27/03/1934;
8. Autorizo, em caso de indicação médica, a amputação de membro(s) dos paciente, assim como a destinação final do membro amputado sob a responsabilidade do hospital

Autorizos membros: _____ Data 16/06/19

Endereço: _____

Identificação do Paciente: Raimundo Norato Fernandes Da Silva

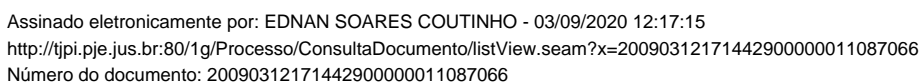
Assinatura do Responsável: X Ednan Soares Coutinho MOD. 39-HUT





HOSPITAL
514118

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



JDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL GÉNECIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE						
AIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES	514118	06/31/1968	50	Ortopedia	234	25							
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA						OBSERVAÇÕES						
1:16/06/2019	FRAT DE PILÃO TIBIAL D + FÍBULA						8:30-Realizado curativo, em F.O, limpa e sec. utilizado gases						
24/06/19	Visto Nota de Exatidão Juliano Lima CN/NPI 5008						Ana Karoline de Sousa T.E. - Enfermeira COREN-PI 687.337						
1	Dieta oral livre												
2	Jeito: alinizado												
3	Brom: prida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN												
4	Ranit:clina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/3hs												
5	Tramadol 100mg _01amp + SF 0.9% 100ml EV 6/6h												
6	Dipirina _ 01 amp + AD EV 6/6hs												
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h												
8	Clexane 40mg; 1amp SC 1XDIA												
9	Cuidados gerais e sinais vitais												
Assinatura													
CONFIRME CANCELAMENTO													
Dr. Yuri Juvago Felix / Dr. Ricardo S. Mendes / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho													
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia													
CRM: 311.152.0029 / CRM: 312.308 / CRM: 376.1101.11305 / CRM: 317													

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:**REGISTRO DE ALTA**

HOSPITAL: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA**
PACIENTE: EDNON MONTEIRO F. DE SOUZA Nº PRONT: 511117 Nº LAUDO: 24/207

- () ALTA HOSPITALAR
- ☒ PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
- () PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- () PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- () PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
- () PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
- () TRANSFERÊNCIA
- () EVASÃO
- () ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA: 25/06/19

ASSINATURA DO MÉDICO



Sergio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



36 3215-5199



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:**DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR****CÓDIGO: 0802010199****HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA****PACIENTE:** Wimundo N. F. de Moraes **Nº PRONT:** 514118 **Nº LAUDO:** 241204**JUSTIFICATIVA**

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

DATA: / /


Justinon Sérgio Leão Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT
ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR


Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria (DICAAPMS)
CRM - PI 1639 - CPF: 710.983.537 - 8
CNS: 201580409930004

DATA: 31/07/19**ASSINATURA DO AUDITOR**

F6 2213-6149





**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	241204

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118		
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone:		
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:		
15-Ender: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 16/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 838.230.773-68

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

fratura exposta de 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: 31/01/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DCAAFMS CRM - PI 1638 - CPM 163.50007-9 CNS 20195540932074
53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)		

(SOLIMAR BRITO)



RECEBEMOS DE 1 BRAGA E BRAGA IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 9327 SÉRIE: 1

	Braga e Braga Importação e Exportação Ltda R de Maio, 551 - Píccas, 59902-766 RIO BRANCO - AC Fone/Fax: 363228057	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 2 Nº 9327 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO DA NF-e 1219 0663 6077 9000 0198 5500 1000 0093 2710 0043 7030 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
---	--	---	---

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda para não Contribuinte		NÚMERO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA NF-e 312190002206606	DATA/HORA AUTORIZAÇÃO 17/06/2019 13:48:28
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0101604000124	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 63607790000198	

DESTINATÁRIO/REMETENTE			
FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE		CNPJ/CPF 05522917000170	DATA DE EMISSÃO 17/06/2019
R. Joo GOV RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015		BARRIO/DISTRITO AEROPORTO	CEP 64076-410
MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	ISENTO	HORA DE SAÍDA/ENTRADA 13:48:28

#1*: 648,11 17/07/2019 00:00:00

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

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

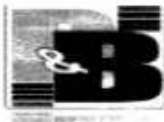
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO															
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	CSF	CFOP	UN	QTD.	VL. UNIT.	DESC. UN.	VL. UNIT. L.	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
382	FIXADOR EXTERNO LINEAR 382 LOTE: 244816, SIGTAP: 07.02.03.048-8	90211020	040	6108	UN	1,000	648,110	0,00	648,1100	648,11	0,000	.00	.00	.000	0

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

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PACIENTE: RAIMUNDO NONATO FERNANDES; HOSPITAL: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA; CIRURGIÃO: DR. ROCELDO REGO; PRONTUÁRIO: 514118; DATA CIRURGIA: 16/06/2019. <div style="font-size: 2em; font-family: cursive;">241204</div>	RESERVADO AO FISCO


 João Simão
 MAIORE INFORMAT
 CONFERE COM O ORIGINAL





Braga & Braga Importação e Exportação Ltda.


Teresina, PI – 21 de julho de 2019

JUSTIFICATIVA – CARTA CORREÇÃO.

A
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA HUT
TERESINA – PI**

Prezados, em relação a nota fiscal 9327 o nome correto do Paciente é Raimundo Nonato Fernandes de Moraes.

Atenciosamente,


CNPJ: 03.607.790/0001-98
Insc. Estadual: 01.016.040/001-24
Braga & Braga Imp. Exp. Ltda
Rua 8 de Maio nº 651 - Placas - Fone / Fax: (086) 988493260 - CEP: 69.902-766 - Rio Branco - Acre
CNPJ: 03.607.790/0001-98 Insc. Estadual: 01.016.040/001-24 - E-Mail - e bragachbraga.pi@gmail.com

Braga e Braga Importação e Exportação LTDA
Thallyson de Aquino Braga
CPF: 000.103.602-55
RG: 457.432 AC



Rua 8 de Maio nº 651, Placas -, Fone / Fax: (086) 988493260 - CEP: 69.902-766 - Rio Branco - Acre
CNPJ: 63.607.790/0001-98 Insc. Estadual: 01.016.040/001-24 - E-Mail - e bragachbraga.pi@gmail.com



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066



0632

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE:		CNPJ:	
PACIENTE:			
RG.HOSPITAL:		COD.SIG TAP:	
DATA:		ALTA:	
PROCEDIMENTO:		USADO:	
MEDICO:		CPF:	
MEDICO:		CRM:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 16/06/19

*Recibo do
selo de
Onco-pedia e Traumatologia
CNPJ 35311741/0001-60*

*RECIBO DE ENTREGA DE
MEDICAMENTO
CONFERE COM O ORIGINAL*

FRANCISCO

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento

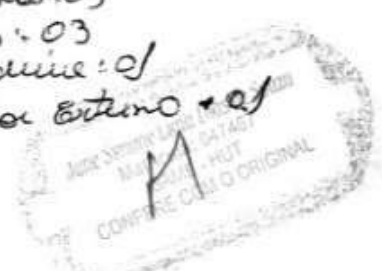


BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO


DATA 16/06/2019

NOME DO PACIENTE: <u>Raimundo Nonato Fernandes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>514118</u>
DIAGNÓSTICO: <u>fratura exposta de mão</u>	CIRURGIA: <u>fixação externa</u>
ANESTESIA: <u>raquidural</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Rocelto</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Filipe</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Rocelto</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Qualite</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	120		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA <u>Eletrodos: 05</u> <u>Eupom: 03</u> <u>Fixadores: 01</u> <u>Fixador externo: 01</u> 			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	<u>Ypino</u>		
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Renne</u>		
PROLENE							



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 215224	
	AIH: 2219100438104	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	NASCIMENTO 06/11/1968	SEXO M	PRONTUÁRIO 514118
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	RESPONSÁVEL O MESMO
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO NAO INFORMADO	MUNICÍPIO TERESINA		UF PI
BAIRRO MORADA DO SOL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA		UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO, APRESENTANDO LESÃO PUNTIFORME, SEM DEFICIT NEURO VASCULAR APARENTE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITA + FÍBULA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408050543 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO CPF: 83823077368 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 15/06/2019
DATA ADMISSÃO 15/06/2019 21:23	DATA ALTA 25/06/2019 12:25
MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO CPF: 22739379353 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA M DATA ANALISE: 16/06/2019 01:56:16
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

blank

1/



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 241204
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118
7-CNS: 708004343086321 8-Nascimento: 06/11/1968 9-Sexo: Masculino	RG: 1113631 - SSP PI
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone:
13-Resp: (O MESMO)	14-Cor: Parda
15-End: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - 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 tornozelo direito, apresenta
lesão articular, sem déficit neurológico
aparente

21 - Condições que justificam a internação:

necessidade de fisioterapia

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

2x / Rontgen Pélvis Hípel D + Fíbula

- Diagnóstico Oficial:

Fratura da extremidade distal da tibia

24-CID Prim: **S823** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050543	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01 CPF: 838.230.773-68
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	34-Data Solicitação: 15/06/2019
35-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	

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-CBOA:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: Celso Pires Ferreira Filho	47-Data Autorização: 31/07/19	48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): Celso Pires Ferreira Filho
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Ednan Soares Coutinho				Usuário: (SOLIMAR BRITO) Consulta Local: 726618 Consulta SUS: Impressão: 16/06/2019 00:55:24



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 215224
	AIH: 2219100438104

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	06/11/1968	514118	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	O MESMO	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)		NUMERO / LOTE	
64000010	NAO INFORMADO		S/N	
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MORADA DO SOL		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL	0408050543		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente, 50 anos, vítima de acidente de trânsito (atropelamento), apresentando trauma + fratura exposta em pilão tibial D, realizado no cirúrgico; TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA 0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL 0408050543 5823.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
980016280706422	11/07/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA	
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO
170263951200001	11/07/2019 17:10:16





**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 Intern 24
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514		
-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968	9-Sexo: Masculino	CPF: -
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone: -		
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone: -		
15-Endere: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior 0408050543	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
21-Cod. Mudança Procd. 0415030013	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	
27-CID Prim: ?	26-Diagnóstico: ?	
	28-CID Sec.: ?	29-CID C.: ?

38-Profissional Responsável: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM):
39-Data Solicitação: 15/06/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 838.230.773-68	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente, 50 anos, vítima de acidente de trânsito (atropelamento), apresentando trauma + fratura exposta em pilão tibial D, realizado tto cirúrgico: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA 0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL 0408050543 S823.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 31/07/19	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
		52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria (ORCA/EMS) CRM - PI 1515 - CPF 051.503.557-8
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) (ANA QUEIROZ)





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
 Endereço: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
 Requisição: 965925 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
 Controle: 1240388 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- SEIOS MAXILARES, FRONTAIS E ESFENOIDAIIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOIDAIIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/06/2019

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável





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

Etiqueta de Autorização

BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS**

6 - Prontuário: **514118**

7-CNS: **708004343086321**

8-Nascimento: **06/11/1968**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: . . .

11-Mãe: **AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS**

12-Fone:

13-Resp: **(O MESMO)**

14-Fone:

15-Endereço: **NAO INFORMADO - MORADA DO SOL**

16-Munic: **TERESINA**

17-Cod. IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento

0206010044

20 - Nome do Procedimento Principal

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES

21 - Qtd

1

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

26-Diagnóstico:

27-CID Prim:

28-CID Sec.:

29-CID C.Ass

26-Observações/Justificativa:

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:

THIAGO MELO DINIZ

39-Data Solicitação:

16/06/19

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

006.633.133-17

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

AUTORIZAÇÃO

48-CBU:

45 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

51-Cod. Órgão Emissor

46 - Nome do Profissional Autorizador:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselh)

Origem: **URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Requisição: **965925**

Consulta: **726618**

Exame: **1240388**

(THIAGO)

(Ass. Paciente/Responsável)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965921 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240381 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- ✓ PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/06/2019


LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES	5828850
3-Nome do estabelecimento executante:	HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES	5828850

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS			6 - Prontuário:	514118
7-CNS:	708004343086321	8-Nascimento:	06/11/1968	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS			12-Fone:	
13-Resp:	(O MESMO)			14-Fone:	
15-Ender:	NAO INFORMADO - MORADA DO SOL				
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

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

26-Diagnóstico:	27-CID Prim:	28-CID Sec.:	29-CID C.Ass
26-Observações/Justificativa:			

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante:	39-Data Solicitação:	
THIAGO MELO DINIZ	15.06.19	
40-Tp. Documento:	40-No.Doc. Med. Soli.:	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
CPF	006.633.133-17	

AUTORIZAÇÃO

48-CBO:	45 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
51-Cod. Órgão Emissor	46 - Nome do Profissional Autorizador:	
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Requisição: 965921	Consulta: 726618
		Exame: 1240381
(Ass. Paciente/Responsável)		





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965921 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240382 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

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

RELATÓRIO:

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

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/06/2019

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>


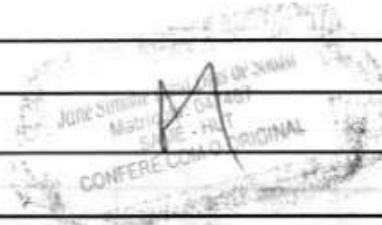
Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 48



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente			Barbundo Renato Fernandes de Moraes		
Diagnóstico pré-operatório			Fratura exposta de platis fibia (D)		
Operação - Tipo			Fratura externa		
Cirurgião		1º Assistente			
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
16.06.19					
Diagnóstico Pós-operatório				0413010278 - T009 0408050543 - S023 629608	
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
perforação dos procedimentos para para prótese fixante					
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)					
1- perfite deabito supra do antetorio 2- ansepio + antetorio 3- colocação de campos esterre 4- limpeza da ferida com 2% 5- redução fecha- da 6- montagem fixador interno 7- curativo					
 Marcelo Rego Ortopedia e Traumatologia CRM-15317/PA 15317					
 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Módulo: 04-050 SALA - HUT CONFERE COM O ORIGINAL					

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MENEZES				Nº DE REGISTRO																													
P. ARTERIAL	120x80	PULSO	90	RESPIRAÇÃO	12	TEMPERATURA																													
GR. SANGUÍNEO		HEMATIMETRIA		HEMOGLOBINEMIA		HEMATOCRITOS																													
SANGUE				GLICEMIA		DOS. URÉIA																													
EXAMES DE URINA																																			
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA																																			
SISTEMA CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA																													
SISTEMA RESPIRATÓRIO						AÇMA																													
SISTEMA DIGESTIVO						BRONQUITE																													
ESTADO MENTAL						SISTEMA URINÁRIO																													
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO						CORTICOIDES																													
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO						ATÁRAXICOS																													
APLICADO AS						OUTROS																													
EFEITOS						FÍSICOS																													
TOTAL DE DOSES																																			
OXIGÊNIO		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>260</td></tr> <tr><td>2</td><td>240</td></tr> <tr><td>3</td><td>220</td></tr> <tr><td>4</td><td>200</td></tr> <tr><td>5</td><td>180</td></tr> <tr><td>6</td><td>160</td></tr> <tr><td>7</td><td>140</td></tr> <tr><td>8</td><td>120</td></tr> <tr><td>9</td><td>100</td></tr> <tr><td>10</td><td>80</td></tr> <tr><td>11</td><td>60</td></tr> <tr><td>12</td><td>40</td></tr> <tr><td>13</td><td>20</td></tr> <tr><td>14</td><td>10</td></tr> </table>						1	260	2	240	3	220	4	200	5	180	6	160	7	140	8	120	9	100	10	80	11	60	12	40	13	20	14	10
1	260																																		
2	240																																		
3	220																																		
4	200																																		
5	180																																		
6	160																																		
7	140																																		
8	120																																		
9	100																																		
10	80																																		
11	60																																		
12	40																																		
13	20																																		
14	10																																		
LIQUIDOS		<table border="1"> <tr><td>SO-UTO</td><td>500</td></tr> <tr><td>SANGUE</td><td>400</td></tr> <tr><td>OUTROS</td><td>300</td></tr> <tr><td></td><td>200</td></tr> <tr><td></td><td>100</td></tr> </table>						SO-UTO	500	SANGUE	400	OUTROS	300		200		100																		
SO-UTO	500																																		
SANGUE	400																																		
OUTROS	300																																		
	200																																		
	100																																		
TEMPERATURA		<table border="1"> <tr><td>Cº</td><td>260</td></tr> <tr><td></td><td>240</td></tr> <tr><td></td><td>220</td></tr> <tr><td></td><td>200</td></tr> <tr><td></td><td>180</td></tr> <tr><td></td><td>160</td></tr> <tr><td></td><td>140</td></tr> <tr><td></td><td>120</td></tr> <tr><td></td><td>100</td></tr> <tr><td></td><td>80</td></tr> <tr><td></td><td>60</td></tr> <tr><td></td><td>40</td></tr> <tr><td></td><td>20</td></tr> <tr><td></td><td>10</td></tr> </table>						Cº	260		240		220		200		180		160		140		120		100		80		60		40		20		10
Cº	260																																		
	240																																		
	220																																		
	200																																		
	180																																		
	160																																		
	140																																		
	120																																		
	100																																		
	80																																		
	60																																		
	40																																		
	20																																		
	10																																		
P. ARTERIAL		<table border="1"> <tr><td>38</td><td>200</td></tr> <tr><td></td><td>180</td></tr> <tr><td></td><td>160</td></tr> <tr><td></td><td>140</td></tr> <tr><td></td><td>120</td></tr> <tr><td></td><td>100</td></tr> <tr><td></td><td>80</td></tr> <tr><td></td><td>60</td></tr> <tr><td></td><td>40</td></tr> <tr><td></td><td>20</td></tr> <tr><td></td><td>10</td></tr> </table>						38	200		180		160		140		120		100		80		60		40		20		10						
38	200																																		
	180																																		
	160																																		
	140																																		
	120																																		
	100																																		
	80																																		
	60																																		
	40																																		
	20																																		
	10																																		
PULSO		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>200</td></tr> <tr><td></td><td>180</td></tr> <tr><td></td><td>160</td></tr> <tr><td></td><td>140</td></tr> <tr><td></td><td>120</td></tr> <tr><td></td><td>100</td></tr> <tr><td></td><td>80</td></tr> <tr><td></td><td>60</td></tr> <tr><td></td><td>40</td></tr> <tr><td></td><td>20</td></tr> <tr><td></td><td>10</td></tr> </table>						1	200		180		160		140		120		100		80		60		40		20		10						
1	200																																		
	180																																		
	160																																		
	140																																		
	120																																		
	100																																		
	80																																		
	60																																		
	40																																		
	20																																		
	10																																		
INÍCIO EM ANESTESIA		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>200</td></tr> <tr><td></td><td>180</td></tr> <tr><td></td><td>160</td></tr> <tr><td></td><td>140</td></tr> <tr><td></td><td>120</td></tr> <tr><td></td><td>100</td></tr> <tr><td></td><td>80</td></tr> <tr><td></td><td>60</td></tr> <tr><td></td><td>40</td></tr> <tr><td></td><td>20</td></tr> <tr><td></td><td>10</td></tr> </table>						1	200		180		160		140		120		100		80		60		40		20		10						
1	200																																		
	180																																		
	160																																		
	140																																		
	120																																		
	100																																		
	80																																		
	60																																		
	40																																		
	20																																		
	10																																		
INÍCIO EM OPERAÇÃO		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>200</td></tr> <tr><td></td><td>180</td></tr> <tr><td></td><td>160</td></tr> <tr><td></td><td>140</td></tr> <tr><td></td><td>120</td></tr> <tr><td></td><td>100</td></tr> <tr><td></td><td>80</td></tr> <tr><td></td><td>60</td></tr> <tr><td></td><td>40</td></tr> <tr><td></td><td>20</td></tr> <tr><td></td><td>10</td></tr> </table>						1	200		180		160		140		120		100		80		60		40		20		10						
1	200																																		
	180																																		
	160																																		
	140																																		
	120																																		
	100																																		
	80																																		
	60																																		
	40																																		
	20																																		
	10																																		
RESPIRAÇÃO		<table border="1"> <tr><td>1</td><td>200</td></tr> <tr><td></td><td>180</td></tr> <tr><td></td><td>160</td></tr> <tr><td></td><td>140</td></tr> <tr><td></td><td>120</td></tr> <tr><td></td><td>100</td></tr> <tr><td></td><td>80</td></tr> <tr><td></td><td>60</td></tr> <tr><td></td><td>40</td></tr> <tr><td></td><td>20</td></tr> <tr><td></td><td>10</td></tr> </table>						1	200		180		160		140		120		100		80		60		40		20		10						
1	200																																		
	180																																		
	160																																		
	140																																		
	120																																		
	100																																		
	80																																		
	60																																		
	40																																		
	20																																		
	10																																		
SÍMBOLOS		DURAÇÃO																																	
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE																																	
OPERAÇÕES		NÃO HÁ																																	
CIRURGIÕES		NÃO HÁ																																	
ANESTESISTAS		NÃO HÁ																																	
PARTICULARIDADES		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS																																	

MOD 76 - HUJ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066

Número do documento: 20090312171442900000011087066



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

Etiqueta de Autorização

otop
BPA - I

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118		
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968	9-Sexo: Masculino	CPF: -
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone: -	14-Fone: -	
13-Resp: (O MESMO)			
15-Ender: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

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

26-Diagnóstico:	27-CID Prin:	28-CID Sec.:	29-CID C.Ass.:
26-Observações/Justificativa:			

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante: THIAGO MELO DINIZ	39-Data Solicitação: 15/06/17	
40-Tp. Documento: CPF	40-No.Doc. Méd. Solic.: 006.633.133-17	

AUTORIZAÇÃO

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

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 965921

Consulta: 726618

Exame: 1240382

(THIAGO DINIZ)

(Ass. Paciente/Responsável)





Dr. Fernando

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



**Prefeitura de
Teresina**

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Raimundo Roberto Fernandes de Moura

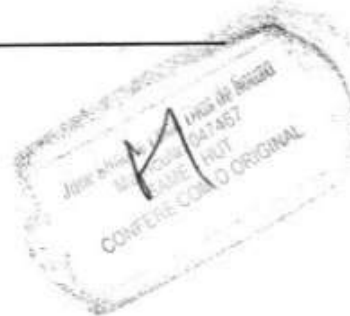
234125

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

Data: 25 de junho de 2019

Enfermeiro responsável: _____

Tamires Rodrigues
Enfermeira
CORREÇÃO 90.066



Rua Otto Tito, 1820, Bairro Redenção,
Teresina-PI, CEP 64017-775
CNPJ 17.577.205/0008-03



86 3229 - 4247



fht.hut@teresina.pi.gov.br





VDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
SPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

51418

NOME DO PACIENTE

Edson Nogueira F. de Menezes

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

Ortopédica

ENF. OU AP

LEITO

234125

MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

25/06/19

201

1 Dieta oral livre após efeito anestésico

2 SG 0,9% 500 ml EV 8/8h

3 Keflin 1 g + 10 ml AD EV 6/6h

4 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6h

5 Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12/12h

7 Ranitidina _ 01 amp + AD EV 8/8h

8 Plamet - 1 AMP + AD EV 8/8H S/N

9 CCGG + SSVV

10 TRAMAL 100 + 100 ML SF0,9% EV 6/6H

11 CLEXANE 40mg SC 1X/DIA

12 SSVV + CCGG

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 33.116-1/PR
CBO 3611-05/19



CONFERE LÍMBO ORIGINAL
MARCADO 147457
MARCADO 147457
MARCADO 147457



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL JRG

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES		514118	06/11/1968	50	Ortopédica	234	25	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DI : 16/06/2019	FRAT DE PILÃO TIBIAL D + FÍBULA							
27/06/19	Aguinaldo Pinheiro Nutricionista Visto Nutricionista C.R.N. 013716							
1	Dieta oral livre							
2	Jeito salinizado							
3	Bromoprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 hs SN							
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 6/6h							
6	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
8	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
9	Curativos diários							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
								
								
		Dr. Yuri Jivago Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3766-TEOT-11305						
		Dr. Ricardo S. Valença Ortopedia e Traumatologia CRM 3766-TEOT-11305						
		Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 3766-TEOT-11305						
		CRM 3415-TEOT-10029 / CRM 3766-TEOT-11305 / CRM 3367						

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Edo N. F. de Moraes Nº PRONT.: 519118 Nº LAUDO: 29/10

- ☐ ALTA HOSPITALAR
☒ PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
☒ PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
☐ PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
☐ PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-
DOADOR MORTO
☐ PRESCRIÇÃO EXTRAVIADA
☐ TRANSFERÊNCIA
☐ EVASÃO
☐ ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO


Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

DATA: 28.06.19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR


Ednan Soares Coutinho
Matrícula: 047457
SAM - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



TE 3215-5199



e-mail: hut@huta.ter.br





**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: 241800
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118
7-CNS: 708004343086321 8-Nascimento: 06/11/1968 9-Sexo: Masculino CFP: -	12-Fone: -
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	14-Fone: -
3-Resp: (O MESMO)	
15-End: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010	
6-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS


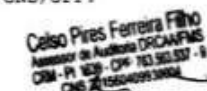
31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408050578	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Soli- cidata:
0702030899	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 1487-7667-11913
39-Data Solicitação: 25/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-07	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura do mal. lateral

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: JANE SOARES COUTINHO	47-Data Autorização: 31/07/19	48-CNS/CPF: 21550409930004
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho): 	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 31/07/19	52-CNS/CPF: 21550409930004
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho): 	

(GIOVANNI RODRIGUES)





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: 241800
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118
7-CNS: 708004343086321 8-Nascimento: 06/11/1968 9-Sexo: Masculino CPF: . . .	12-Fone:
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	14-Fone:
13-Resp: (O MESMO)	
15-Ender: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010	
6-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702031020	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM TREVO 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
Quant. Soli- citada: 1	
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA	

38-Profissional Responsável: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 24887-7/2004
39-Data Solicitação: 25/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-07	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura da tibia distal

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	<div>JUIZ NUNCA LÍQUIDA EM NENHUM CASO MESMO QUE SEJA A MESMA COISA CONFIRME COM O ORIGINAL</div>	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <div>31/04/19</div>	52-CNS/CPF: <div>Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria ORCAMFAS CRM - PI 16519 - CPF: 755.583.537 - 9 CNS 201056409303094</div>
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(GIOVANNI RODRIGUES)





Braga & Braga

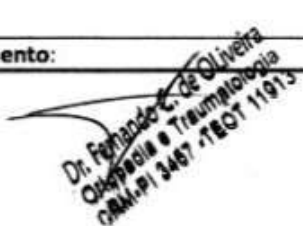

Importação e Exportação

0604

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS



BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198		
FABRICANTE :		CNPJ:		
PACIENTE: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES				
RG.HOSPITAL: 241800	COD.SIG TAP:			
DATA:	ALTA:	USADO: 25/06/19		
PROCEDIMENTO: 0408050578 + 0408050543				
MEDICO: DR. FERNANDO	CPF:	CRM:		
Produtos Utilizados/Implantados:				
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD

PLACA DE 3,5MM			01
PARAF. CORTICAL 3,5MM			06
PLACA EM TREVO 4,5MM			01
PARAF. CORTICAL 4,5MM			07

Responsável Pelo Preenchimento:	
Data: ____/____/____	
	
Responsável pela Farmácia	responsável pelo Preenchimento



RECEBEMOS DE 1 BRAGA E BRAGA IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 9426 SÉRIE: 1

	Braga e Braga Importação e Exportação Ltda R de Maio, 651 - Píças, 89902-756 RIO BRANCO - AC Fone/Fax: 983228067	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Série: 1 Entrada: 2 Nº 9426 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO DA NF-e 1219 0663 6077 9000 0198 5500 1000 0094 2610 0044 0293 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
--	---	---	---

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda para não Contribuinte	NÚMERO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA NFE-e 312190002366580	DATA/HORA AUTORIZAÇÃO 28/06/2019 14:52:48
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0101604000124	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 63607790000198

DESTINATÁRIO/REMETENTE		DATA DE EMISSÃO 28/06/2019
FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE		
ENDEREÇO GOV RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015	BARRIO/DISTRITO AEROPORTO	CEP 64076-410
UF PI	ISENTO	HORA DE SAÍDA/ENTRADA 14:52:48

Fatura nº 472,52 28/07/2019 00:00:00	
--------------------------------------	--

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
,00	,00	,00	,00	472,52	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
,00		,00	,00	,00	472,52

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO															
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	CEST	CFOP	UN.	QTD.	VL. UNIT.	DESC. UN.	VL. UNIT. L.	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
12488	PLACA DCP ESTREITA 3,5 MM 8 FUROS LOTE: LOTE: 180003217 VALIDADE: 08/5/19	90211920	940	6108	UN	1,000	153,810	0,00	153,8100	153,81	0,000	,00	,00	,000	0
96	PLACA EM TREVO 4,5 MM 8 FUROS LOTE: LOTE: 3598K17 VALIDADE: 08/5/19	90211920	940	6108	UN	1,000	288,710	0,00	288,7100	288,71	0,000	,00	,00	,000	0

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

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PACIENTE: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS; LOCAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA; CIRURGIÃO: DR. FERNANDO DOUTO DE OLIVEIRA; PRONTUÁRIO: 514118; DATA CIRURGIA: 25/06/2019.	





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25, 06, 19

NOME DO PACIENTE: <u>Rafaela Ferreira Fernandes de Menezes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>514118</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>propofol</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>B. Fernando</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Castrobrute Felipe</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>O. Thiago Mendes</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Solange</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X3/4	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>20</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5/8.8</u>	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	02		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML		
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	200		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>eletrodos</u>	und	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Presena</u>	und	03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>cupon</u>	und	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	und	06					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Jaime</u>			
VICRYL 0	und	02		CIRCULANTE: <u>Luiziane</u>			
PROLENE Vicryl 1-0	und	01					




Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 60

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 217770	
	AIH: 2219100446827	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	NASCIMENTO 06/11/1968	SEXO M	PRONTUÁRIO 514118
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	RESPONSÁVEL O MESMO
CEP 6400010	ENDEREÇO - LOGRADOURO NAO INFORMADO			NUMERO / LOTE S/N
BAIRRO MORADA DO SOL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO, APRESENTANDO LESÃO PUNTIFORME, SEM DÉFICIT NEURO VASCULAR APARENTE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITA + FIBULA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DÍSTAL DA TÍBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO CPF: 83823077368 CRM:	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 25/06/2019		
DATA ADMISSÃO 25/06/2019 12:25	DATA ALTA 28/06/2019 10:59	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERAÇÃO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07939400363 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER, CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA JUIZ DE PARECER: 04/07/2019 MURILLO - HUT CONTAR COM O ORIGINAL CRM: DATA ANALISE:
DATA ANALISE: 25/06/2019 13:16:53	CPF

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

217770

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	241800

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS			6 - Prontuário:	514118
7-CNS:	708004343086321	8-Nascimento:	06/11/1968	9-Sexo:	Masculino
				RG:	1113631 - SSP PI
11-Mãe:	AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS			12-Fone:	
3-Resp:	(O MESMO)			14-Cor:	Parda
15-Ender:	NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - 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, dor, deformidade e limitação de movimento (D)


21 - Condições que justificam a internação:
TTO cirúrgico

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

23 - Diagnóstico Inicial:
(Informação Posterior)

24 - CID Prim: 25 - CID Sec.: 26 - CID C.Ass.:


PROCEDIMIENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:		Tempo SU
0415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	9999
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:	 Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3467-TEST 11913
	02 01 CPF 217.817.218-07	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:		34-Data Solicitação:
FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA		25/06/2019
		35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:		47 - Data Autorização: 3/12/19	Celso Pires Ferreira Assessor de Autismo - CAAPIS CRM-PI 1030 - CPF 11.961.537-9 CNES 282604030002
48 - Documento: () CNS () CPF	49 - Num. Documento:	50 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: 			Usuário: GIOVANNI Consulta Local: 726618 Consulta SUS: Impressão: 25/08/2019 12:21:10





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>Leandro Norberto Fernandes de Moraes</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>FNAT. do pilão Tibial + med. lateral</i>		
Operação - Tipo <i>R.A.F.I</i>		
Cirurgião <i>Dr. Fernando</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Solange</i>	Anestesista <i>Dr. T. Hugo Mendes</i>	Anestesia <i>Rogério</i>
Anestésico(a)		

Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		<i>0408050513 - 5873</i> <i>placa</i> <i>0408050518 - 5876</i> <i>placa</i>
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

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

1) Corte em Z sob anestesia; 2) Reparo habitual; 3) Via longitudinal lateral e mediana; 4) Redução da Fíbula + Fixação com placa + parafusos; 5) Redução do pilão tibial + Fixação com placa + parafusos; 6) Lavagem e SF 0,9%; 7) Suturas; 8) Curativos

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467 - TBO 11913



Mod. 76 HLT





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

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA

Nome:	Zenon Roberto Fernandes de Menezes			Prontuário:		Data:	
Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade:		Peso:		Altura:	
Procedimento (s) proposto (s):						Apto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANAMNESE

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

EXAME FÍSICO

PA:	Pulso:	<input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD		
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

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

ASA:	Anestesia proposta: <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Outro:
------	--

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:	CRM:
-------------------	------

MOD. 076 - HUT




FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATORIA						
SISTEMA CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATORIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA URINÁRIO						
CORTICOIDES					ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 SANGUE 300 OUTROS 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA		Cº				
PULSO		38				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES						
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

MOD 78 - HUT



		FICHA DE ANESTESIA		FUNDÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome: <u>Porcino Augusto Tenente Le Monais</u>		Sala:	Alergia: <u>Non</u>	Data: <u>28/6/19</u>	
Procedimento: <u>Tratamento de 1º grau</u>		Cirurgião: <u>João Carlos</u>		Observações: <u>Non</u>	

	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1		15											
2		25											
3		60											
4													
5		2											
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
ARINCO													
Volatil	%												

☒ Acesso Vascular
☒ Periférico
☐ Cat. Venoso nº G
☐ Cat. Arterial nº 1
☐ Cat. Urinário nº 1
☐ Cat. Biliar nº 1
☐ Cat. Esofágico nº 1
☐ Cat. Nasal nº 1
☐ Cat. Tracheal nº 1
☐ Cat. LMA nº 1

Monitorização:

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

Anestesia:

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

SP02 (%)	
ETCO2 (mmHg)	
Aces. Venoso	
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia:

1. Anestesia intratecal 2. A+H de 1º grau com 1º grau 8A
 3. Anestesia de 1º grau com 1º grau 3 4. Anestesia de 1º grau com 1º grau 3
 5. Anestesia de 1º grau com 1º grau 3 6. Anestesia de 1º grau com 1º grau 3

Thiago Mendes Barbosa
 Anestesiologista
 CRM - PI 5107 ROE 2912
 Anestesiologista





Dr. Raul

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES

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

PA = 140x80 mmHg, PULSO = 81 bpm, TA = 35.5 °C

Data: 28 de JUNHO de 2019

Enfermeiro responsável: _____

Sheyla Maria Rocha
Enfermeira
COREN - PI 387.24



Rua Otto Tito, 1820, Bairro Redenção,
Teresina-PI. CEP 64017-775.
CNPJ 17.577.205/0008-03



86 3229 - 4247



fht.hut@teresina.pi.gov.br





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL

URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

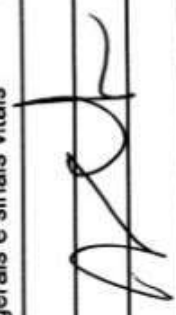

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES		514118		06/11/1968	50	Ortopédica	234	25	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA								OBSERVAÇÕES
DI : 15/06/2019	FRAT DE PILÃO TIBIAL D + FÍBULA								
28/06/19									
1	Dieta oral livre								
2	Jeito salinizado								
3	Bromoprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 hs SN								
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs								
5	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 6/6h								
6	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs								
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								
8	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA								
9	Curativos diários								
10	Cuidados gerais e sinais vitais								
<div>Dr. Jordano Conenbreguer / Dr. Yuri Ivaggio Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</div> <div>CRM3415-TEOT10029 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367</div>									



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PREScrição Médica

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
LAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES		514118	06/11/1968	50	Ortopédica	234	25	
DATA/HORA CÓDIGO	PREScrição MÉDICA							
01:16/06/2019	FRAT DE PILÃO TIBIAL D + FÍBULA							
30/06/19								
1	Dieta oral livre							
2	Jeito salinizado							
3	Bromoprida 10mg/ml -1 amp + AD EV 8/8 hs SN							
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
5	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 6/6h							
6	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
8	Clexane 40mg 1amp SC 1XDIA							
9	Curativos diários							
10	Cuidados gerais e sinais vitais							
								
								
Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM34157-TCO18029 / CRM3766-TECO11305 / CRM3367								





**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: 241977
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118		
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968	9-Sexo: Masculino	CPF: -
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone:	14-Fone:	
13-Resp: (O MESMO)			
15-Ende: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÊMUR TIBIAL	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030040	32 - Descrição do Procedimento Especial: ARRUELA LISA	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 28/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 004.798.243-80	
		41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

frat. fémur tibial: Rati.

AUTORIZAÇÃO

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

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 31.07.19	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)





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: 241977
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118		
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968	9-Sexo: Masculino	CPF: -
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone:	14-Fone:	
13-Resp: (O MESMO)			
15-Ender: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 28/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 004.798.243-80	
41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

frat. Carlota Fina Tiroi

AUTORIZAÇÃO

46-Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 31/04/19	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	52-CNS/CPF:	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
	31/04/19	Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCAM/MS CRM-PI 1828 - CPF 161.903.587-9 CNS 25468042820004

(KARLA BATISTA)



Num. 11710057 - Pág. 74

SOLICITAÇÃO DE OPME
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Raimundo Abnato Fernandes de Utrais

MÉDICO SOLICITANTE: Dr Raul

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 514118

CÓDIGO OPME: 0702030694

JUSTIFICATIVA:

pac. hip. Tioril:

placenta (avulsa)

Parafuso + Anel
Cortical

Teresina, 2 06/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

AUDITOR:

Teresina, / /

Assinatura do Médico Solicitante



MOD. 049 - HUT





**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	241977

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118		
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 05/11/1968	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	12-Fone: . . .		
7-Resp: (O MESMO)	14-Fone: . . .		
15-Ender: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
6-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030040	32 - Descrição do Procedimento Especial: ARRUELA LISA	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 28/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solc.: 004.798.243-80	
41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

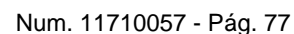
Justificativa da Solicitação

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:
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

(KARLA BATISTA)





RECEBEMOS DE Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO		NF-e Nº 000.029.919 SÉRIE: 1																																														
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR																																															
Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda. SPINE MEDICAL R. Magalhães Filho, Nº 175 Bairro: Centro Teresina - PI CEP: 64000-128 FONE: (86) 3221-0318		DANFE Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 1 - Saída Nº 000.029.919 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1																																														
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA INSCRIÇÃO ESTADUAL 194729990		 CHAVE DE ACESSO 2219 0711 6641 1800 0130 5500 1000 0299 1910 0000 0011 Consulte de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 322190009785555 - 2019-07-09T14:15:50-03 CNPJ 11.664.118/0001-30																																														
DESTINATÁRIO/REMETENTE																																																
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAUDE ENDEREÇO Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015 MUNICÍPIO Teresina		CNPJ/CPF 05.522.917/0001-70 CEP 64002-530 INSCRIÇÃO ESTADUAL																																														
FATURA/DUPLICATA Número 001 Data Vcto. 08/08/2019 Valor 23,39		DATA DA EMISSÃO 09/07/2019 DATA DE SAÍDA/ENTRADA 09/07/2019 HORA DE SAÍDA 14:16:49																																														
CÁLCULO DO IMPOSTO																																																
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00 VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 23,39																																														
VALOR DO FRETE 0,00 VALOR DO SEGURO 0,00 DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 VALOR DO IPI 0,00 VAL. APROX. TRIB. 0,00 VALOR TOTAL DA NOTA 23,39																																														
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS																																																
RAZÃO SOCIAL NOSSO CARRO ENDEREÇO R:MAGALHAES FILHO,175 QUANTIDADE ESPECIE MARCA		FRETE POR CONTA 0 - Rem. CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF MUNICÍPIO TERESINA INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO NUMERAÇÃO PESO BRUTO (Kg) PESO LÍQUIDO (Kg)																																														
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO																																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.7em;"> <thead> <tr> <th>Q</th> <th>DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO</th> <th>NCM/SH</th> <th>CST</th> <th>CFOP</th> <th>UN</th> <th>QUANT.</th> <th>VAL.UNIT.</th> <th>VAL.TOT.</th> <th>BC ICMS</th> <th>VAL.ICMS</th> <th>VAL.IPI</th> <th>% ICMS</th> <th>% IPI</th> <th>V.A.P. TRIB.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>003202</td> <td>0702030040 - ARIUELA LISA REF: 4010000452 LT: 03907718</td> <td>90211020</td> <td>040</td> <td>5102</td> <td>UN</td> <td>1,0000</td> <td>8,0500</td> <td>8,05</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>3444</td> <td>0702030094 - PARAFUSO CORTICAL 3,5MM REF: 40104500301 LT: 01170719</td> <td>90211020</td> <td>040</td> <td>5102</td> <td>UN</td> <td>1,0000</td> <td>15,3400</td> <td>15,34</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>				Q	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL.ICMS	VAL.IPI	% ICMS	% IPI	V.A.P. TRIB.	003202	0702030040 - ARIUELA LISA REF: 4010000452 LT: 03907718	90211020	040	5102	UN	1,0000	8,0500	8,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3444	0702030094 - PARAFUSO CORTICAL 3,5MM REF: 40104500301 LT: 01170719	90211020	040	5102	UN	1,0000	15,3400	15,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Q	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL.ICMS	VAL.IPI	% ICMS	% IPI	V.A.P. TRIB.																																		
003202	0702030040 - ARIUELA LISA REF: 4010000452 LT: 03907718	90211020	040	5102	UN	1,0000	8,0500	8,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																																		
3444	0702030094 - PARAFUSO CORTICAL 3,5MM REF: 40104500301 LT: 01170719	90211020	040	5102	UN	1,0000	15,3400	15,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																																		


DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (PCT: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS) PRONT:514118 (CONV: SUS) (DR: RAUL RUBEN DE MA CEDO NETO) (DATA: 28/06/2019) (HOSP: HUT)	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28 / 06 / 2019

NOME DO PACIENTE:	Raimundo Renato F. de Maciel	PRONTUÁRIO Nº:	514118
DIAGNÓSTICO:	Fratura pilão tibial D	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Dra. Flávia	Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	Dr. Raul	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Estudante	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Raque	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Cristiane Vasconcelos	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	2		LÂMINA DE BISTURI N° 24	UNID.	1	
AGULHA 30X8	UNID.	2		LUVA Nº 710	PAR	2	
AGULHA 40X12	UNID.	1		LUVA Nº 810	PAR	2	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	4	
ALCOOL 70%	ML	70		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	4		SERINGA 20CC	UNID.	2	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	1		SERINGA 10CC	UNID.	2	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	1	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	4	
GASES	PAC.	4		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 21	UNID.	2		Entredes	UNID.	5	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		Jelco n° 22	UNID.	1	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—		Utadua oxipom	UNID.	3	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON 2.0		3					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA: Galym			
VICRYL 1.0		2		CIRCULANTE: Oaita			
PROLENE		—					



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 218731



AIH: 2219100474118

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

NASCIMENTO

06/11/1968

SEXO

M

PRONTUÁRIO

514118

DOCUMENTO

CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS

RESPONSÁVEL

O MESMO

CEP

64000010

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NAO INFORMADO

BAIRRO

MORADA DO SOL

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

NUMERO / LOTE

S/N

U

PI

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO, APRESENTANDO LESÃO PUNTIFORME, SEM DEFICIT NEURO VASCULAR APARENTE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITA + FIBULA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408050543 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

28/06/2019

DATA ADMISSÃO

28/06/2019 10:59

DATA ALTA

30/06/2019 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

CPF: 83821077368

CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

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

LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA
CPF: 06570214368

CRM:

DATA ANALISE: 28/06/2019 11:04:24

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

t:blank



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066

Número do documento: 20090312171442900000011087066



2419/

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	2419

218731

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	6 - Prontuário: 514118
7-CNS: 708004343086321	8-Nascimento: 06/11/1968
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	9-Sexo: Masculino
13-Resp: (O MESMO)	RG: 1113631 - SSP PI
15-Endereço: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010	12-Fone:
16-Munic: TERESINA	14-Cor: Parda
17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI
19-CEP: 64000-010	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

fratura fechada de tibia / lesão
ligamentar

21 - Condições que justificam a internação:

fratura fechada de tibia

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

23-Diagnóstico Inicial:

fratura da extremidade distal da tibia

24-CID Prim: 8023

25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050543	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	Tempo SUS 4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 004.798.243-80	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	34-Data Solicitação: 28/06/2019	35-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 21/07/19	48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: 				Usuário: (KARLA BATISTA) Consulta Local: 726618 Consulta SUS:



FICHA DE ANESTESIA		FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome: <u>Norato Fernandes de Moraes</u>		Sala:	Alergia: <u>Nega</u>
Cirurgião: <u>Raul</u>		Data: <u>28/06/19</u>	
Observações:			

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

Acesso Vascular:

- ☒ Periférico
- Cat. Venoso n° 22G
- ☒ Dificuldade aces. venoso
- Gastos 02 cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

☒ Cateter nasal

- ☐ IOT n°
- ☐ LMA n°

Monitorização:

☒ Cardíaco

- ☒ PAN
- ☒ Oximetro de pulso
- ☐ EtCO2
- ☐ Sinais

☐ Geral Venoso

☐ Geral Balanceada

☒ Raqui-anestesia

- ☐ Peridural
- ☐ Bloqueio Periférico
- ☐ Outros

Decúbito: DOH

SPO2 (%)	99	98	97	98	97
ETCO2 (mmHg)					
Aces. Venoso	<u>SF</u>				
Aces. Venoso	<u>SF</u>				
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

1) Monitorização; 2) Vincilix 150 (abacath 22G), 3) BSA
clínica amnésica, pde mentado, punção única L4-L5, agulha 25G)
4) Sedação; 5) Cateter O2; 6) Adjuvantes; 7) RPA

Filipe Luis N. 280
Anestesiologista
CRM-PI 5812





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Raimundo Renato Fernandes de Menezes		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura piló-tibial (D)		
Operação - Tipo	Pneumotômica + fixação externa		
Cirurgião	Dr. Raul	1º Assistente	Estudante
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Wendiane	Anestesista	Ma. Gláucia
Anestésico(a)		Anestesia	Raque + N2O

Data da Operação	28/06/2019	Início		Fim	
------------------	------------	--------	--	-----	--

Diagnóstico Pós-operatório	fratura do fêmur A-P osteossintese: intramedular (f'c)
----------------------------	---

Relatório Imediato do Patologista	Abertura Arterial (Pneumotômica)
-----------------------------------	----------------------------------

Acidente Durante a Operação	
-----------------------------	--

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

1) DPH
2) Pneumotômica / Arterial
3) Pneumotômica + Arterial A-P
4) Fratura Arterial
5) Curativo



RECEBEMOS DE Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO		NF-e Nº 000.029.920 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.  R. Magalhães Filho, Nº 175 Bairro: Centro Teresina - PI CEP: 64000-128 FONE: (86) 3221-0318		DANFE Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.029.920 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 2219 0711 6641 1800 0130 5500 1000 0299 2010 0000 0012 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 322190009786305 - 2019-07-09T14:25:35-03	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 194729990	INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.	CNPJ 11.664.118/0001-30	

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF 05.522.917/0001-70		DATA DA EMISSÃO 09/07/2019
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE		CEP 64002-530		DATA DE SAÍDA/ENTRADA 09/07/2019
RUA Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015		BAIRRO/DISTRITO Porenquanto		HORA DE SAÍDA 14:26:34
MUNICÍPIO Teresina		UF PI		
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		

FATURA/DUPLICATA		
Número 001	Data Vcto. 08/08/2019	Valor 648,11

CÁLCULO DO IMPOSTO						
BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS		
0,00	0,00	0,00	0,00	648,11		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VAL. APROX. TRIB.	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	648,11

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - Rem.		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
RAZÃO SOCIAL NOSSO CARRO							
ENDEREÇO R: MAGALHAES FILHO, 175		MUNICÍPIO TERESINA				UF PI	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERAÇÃO	PESO BRUTO (Kg)	PESO LÍQUIDO (Kg)		

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
003165	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VAL.UNIT.	VAL.TOT.	BC ICMS	VAL ICMS	VAL IPI	% ICMS	% IPI
003165	0702030406 - FIXADOR EXTERNO LINEAR (Ref: F08 S 204 Qde: 1 Lote: 014065) (Ref: AF35 S 680 Qde: 8 Lote: 015395)	90211020	040	5102	UN	1,0000	648,1100	648,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (PCT: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS) PRONT 514118 (CONV: SUS) (DR: RAUL RUBEN DE MA CEDO NETO) (DATA: 28/06/2019) (HOSP: HUT)	RESERVADO AO FISCO





SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

1423

CNPJ: 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax: 3221-0318 CEP: 64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

25240

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME	Raimundo Norato Fernandes de Moura	
Nº AIH	241977	Nº PRONTUÁRIO
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:		
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE		
0702030406		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME	Dr. Paul	
CRM Nº	CPF Nº	
DATA INTERNAÇÃO		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL
		28, 06, 19
MATERIAL UTILIZADO		
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)
	01	Fixador Linear
		Lote: 014065 Código: F08 8 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEFIX TÍBIA/FÊMUR T 300 - ESTÉRIL Fab. 11/03/2019 Val. 03/2024 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX/ALUMÍNIO
		Lote: 015395 Código: AF35 8 680 PINO INTRAMEDULAR ÓSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T Fab. 11/03/2019 Val. 03/2024 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138
		Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br
		Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br
DADOS DO FORNECEDOR		
EMPRESA:		CNPJ Nº
ENDEREÇO:		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM	EM	
Médico Responsável (Assinatura e carimbo)		Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 85



**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: 241977
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS			6 - Prontuário: 514118				
7-CNS: 708004343086321		8-Nascimento: 06/11/1968		9-Sexo: Masculino		CPF: . . -	
11-Mãe: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS						12-Fone:	
-Resp: (O MESMO)						14-Fone:	
15-Ender: NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010							
16-Munic: TERESINA		17-Cod.IBGE: 221100		18-UF: PI		19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408050543		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidata:
0702030406	FIXADOR EXTERNO LINEAR		1
Fornecedor da OPM: SPINE			

38-Profissional Responsável: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 28/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 004.798.243-80	
41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

fratura fechada do pilão tibial

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:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)



(KARLA BATISTA)



**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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JA00 CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965921 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240382 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

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

RELATÓRIO:

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

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/06/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965921 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240381 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/06/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a8m16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726518
Requisição: 965923 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240386 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060176

Data Exame: 15/06/2019

MEMBRO INFERIOR DIREITO

O estudo radiológico do membro inferior direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas nas diáfises da fibula e tibia distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/07/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3219 5445

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a8m16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965923 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240385 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 15/06/2019

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFISE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/07/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 90



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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/11/1968 Idade: 50a8m16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965923 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240384 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 15/06/2019

TORAX PA

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

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/07/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618
Requisição: 965925 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1240388 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 15/06/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- SEIOS MAXILARES, FRONTAIS E ESFENOIDAIIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOIDAIIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/06/2019

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

João Antônio Lima de Sousa
Médico Radiologista
SABER - 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: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JA00 CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a9m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 241204
Requisição: 965990 Solicitação: 16/06/2019 Solicitante: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
Controle: 1240515 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 25

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 16/06/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas fragmentadas recentes desalinhadas distais nos ossos da perna.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066



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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a9m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 241800
Requisição: 969351 Solicitação: 25/06/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1247361 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 25

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 25/06/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas fragmentadas recentes distais nos ossos da perna fixadas com placas e parafusos metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Assinatura eletrônica de Jorge Augusto Moura Fe
Município: 64017
SAÚDE - 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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a9m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 241977
Requisição: 970409 Solicitação: 28/06/2019 Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO
Controle: 1249492 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 25

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 28/06/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas fragmentadas recentes distais nos ossos da perna fixadas com placas e parafusos metálicos.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume das partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

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 3218 5445

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOCO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a9m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 241977
Requisição: 970409 Solicitação: 28/06/2019 Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO
Controle: 1249491 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 25

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 28/06/2019

PERNA DIREITA

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

- Fraturas fragmentadas recentes distais nos ossos da perna fixadas com placas e parafusos metálicos.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume das partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Jorge Augusto Moura Fe
Médico Radiologista
CRM PI 1341
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 96



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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a11m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 747893
Requisição: 1015527 Solicitação: 22/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1341749 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 22/10/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/10/2019

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 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
 Endereço: RUA FARMACEUTICO JAO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a11m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 747893
 Requisição: 1015527 Solicitação: 22/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
 Controle: 1341748 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 22/10/2019

PERNA DIREITA

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

- Fraturas antigas distais nos ossos da perna fixadas com placas e parafusos metálicos.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>

Número do documento: 20090312171442900000011087066



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS** (Prontuário: 514118)
Endereço: RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/11/1968 Idade: 50a11m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 747893
Requisição: 1015527 Solicitação: 22/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
Controle: 1341747 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 22/10/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas antigas distais nos ossos da perna fixadas com placas e parafusos metálicos.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





**CLÍNICA
MACHADO**

RELATÓRIO MÉDICO

Selecionei para exame novo
fermento de leite, foi vítima de acidente
de trânsito, foi admitido em 15.06.19 às
20:28HS. tendo sofrido forte fratura que não
curamos com fratura exposta na porção
distal da tibia direita onde foi feito
cirurgicamente a troca do arcondilante
de seja, placa, parafusos e fios de titânio.
Complicação com fratura de fêmur esquerdo.
Com fratura de fêmur, após a cura
sequela: fortes dores, limitação do
movimento, com redução de
força muscular do membro superior
acompanhado de dor crônica.
Com acompanhamento funcional
de 85%.

Edimar Machado
20.12.2019

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva





**CLÍNICA
MACHADO**

RELATÓRIO MÉDICO

Debolores por aumento
no peso, fadiga de manhã, foi vítima
de acidente de trânsito, fato ocorrido em
18.06.19 às 20:28HS, tendo sofrido forte
trauma em nível, cursando com fratura
exposta de porção distal da tíbia,
onde foi realizado cirurgicamente através
de osteossintese, com fechamento com
fio zero. com alta definitiva,
relata com sequelas: fortes dores
limitação de movimentos, com
sensação de desconforto de acan-
do atípico e ainda apresenta
sensação de desconforto. com corpo
recentemente fundido de 85%

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergista - Dermatolo-
gista Geral e Cirurgião
CRM: 1534-PI - CRM: 2660-MA
(66) 9932-1987 - Teresina-PI

Edimar

11.06.2020



Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903.0020



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Ednan Soares Coutinho
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.113.631 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/11/13

NOME RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Função

AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS
ANTÔNIO DE SALES DE MORAIS DATA DE NASCIMENTO 06/11/1968

BATALHA-PI

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 2930 L. 598 F. 18847
EXP. TERESINHA-PI 29/09/1968

TERESINHA - PI


446.200.393-49 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MO

CPF: 446.200.393-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS : 446.200.393-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior



Eu Raimundo Norato Fernandes
de morais . CPF : 446.200 393 - 49
sofreu um acidente de trânsito. e vocês
liberaram uma perícia para mim
e eu não pude comparecer tanta
com febre, aí pesso que vocês
remon quem novamente.
fico no aguardo.

Teresina pinheiro 22/07/20

Raimundo Norato Fernandes de morais



AGUAS DE TERESINA

Endereço: Rua 15 de Novembro, 1500 - Centro - Teresina - PI
Telefone: (085) 223 2000 ou 2257 - Fax: (085) 223 2000

NOME / ENDEREÇO: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS
RUA: B. Q. 02 C. 019 - MOCAIMINHO - TERESINA - PI - CEP: 64010240

PROPRIETÁRIO: AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS
CON MOCAIMINHO - SETOR

CPF: 017.000.338-42

RESIDENCIAL - NORMAL

ANTERIOR 23/12/2019 2178
ATUAL 24/01/2020 2193

VALOR DE FRENTE AGUA - 30,37
Residencial Normal

05/02/2020 30,37

AVISOS: A VOTAÇÃO DO CORTE E AUTO REGULAÇÃO DEVE SER FEITA ANTES DO VALOR DE R\$ 450,00 A R\$ 2.500,00

NOTIFICAÇÃO

Características físicas e químicas da água distribuída (Portaria 2.363.2014 de 03/05/2014)

PARÂMETROS	RESULTADO OBTIDO	RESULTADO DE REFERÊNCIA	UNIDADE	CONDIÇÃO
Cloro residual	0,31	0,2	mg/L	OK
Condutividade	123	123	µS/cm	OK
pH	7,2	7,0		OK
Temperatura	22,0	22,0	°C	OK

PARÂMETROS	RESULTADO OBTIDO	RESULTADO DE REFERÊNCIA	UNIDADE	CONDIÇÃO
Cloro residual	0,31	0,2	mg/L	OK
Condutividade	123	123	µS/cm	OK
pH	7,2	7,0		OK
Temperatura	22,0	22,0	°C	OK



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669685 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

Descrição do exame físico: VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 20°) DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 12,5% (tnz D). O "PI" ora estabelecido (6,25%) é complementar. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669685 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DE MORAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DISTAIS DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 36/41/44/55/58/61/63/77_CIRURGIA

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669685 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
DE MORAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1(RELATÓRIO) *** 130320 *** / VÍTIMA PERICIADA EM 09/01/2020.
REANÁLISE CONCLUÍDA E SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA
MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: <u>JOAQUIM RAYMUNDO RONATO FERNANDES DE MORAIS</u>			
RG: <u>P. 113 631</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP/PS</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>25/11/13</u>	
CPF: <u>446 200393 49</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>Desempregado</u>	
ENDEREÇO: <u>R. Farm. João Conselheiro</u>			Nº: <u>4344</u>
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>		BAIRRO: <u>Santa Isabel</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP:	TELEFONE:

AKI ORIO 3º OFICIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
NIGHT!!

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES			
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSS/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14	
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	PROFISSÃO: RECUSO	
ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO			Nº: 544
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: TERESINA	UF: PI	CEP: 64000-235

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FOLHA DE RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS - DOU FE. EM TERCEIROS DA VERDADE. Selo: RA67788-705W
Tereziene-PI, 24/10/2019.
www.tjpi.jus.br/portalexterno
FOLHA 38 DE 38
FATIA ANDRÉIA DA SILVA SANTOS-ESCRITURA AUTORIZADA
RUA 13, 85 T.J.O. 77 FNNP/PI:0.10 Selo:0.26 Total: 4,98 - OP:255
PRODUÇÃO PARTICULAR

Zaimundo Renato Fernandes de Moraes

Cobertura da vitima : Invalidez

LOCAL / DATA :

LOCAL / DATA: Testing from - 24/10/2024

~~Primum vero novatis~~ ~~Exemplar~~ ~~et novatis~~

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



Cadêdo
Rondônia
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Bela Vista - Fone: 3321-2000 - Teresina - PE 55011-000 - E-mail: notario@teresianacartorio.com.br



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190669685**

Nome do(a) Examinado(a): **RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Farmacêutico João Carvalho, 4344 - SANTA ISABEL - Teresina - PI - CEP 64053-150

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1113631**

Data e local do acidente: [**15/06/2019**]

RUA JOSE TORQUATO VIANA, 1861 MORADA DO SOL TERESINA PI

Data e local do exame: [**09/01/2020**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA.

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

VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) DO TORNOZELO DIREITO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVENBRO DE 2019.

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

[**X**] Sim [] Não

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

SEQUELA FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO.

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO DIREITO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Número do Sinistro: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MO

CPF: 446.200.393-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/06/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/06/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Número do Sinistro: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MO

CPF: 446.200.393-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/12/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS
CPF: 446.200.393-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Danielle Nobre de Sousa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Número do Sinistro: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MO

CPF: 446.200.393-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/12/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS
CPF: 446.200.393-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

Danielle Nobre de Sousa



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MO

CPF: 446.200.393-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS : 446.200.393-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

Número do Sinistro: 3190669685

Vítima: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MO

CPF: 446.200.393-49

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
FERNANDES DE MORAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/07/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

