

Email - Al... | Controle... | Mensage... | Sist... | Download... | (28) WhatsApp | Consulta... | 0812351... | 0814737... | Baixar o... | + | ☰ | ☰ | ☰

← → C 🔍 Não seguro | tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=516493&ca=c40614a25104a19627... | 🔍 Baixar o... | ☰ | ☰ | ☰

Apps | Procedimento 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)
  - 11710057 - 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 DDMAT - em caso de invalidez parcial do

PT 12:17 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
<b>RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS (AUTOR)</b>	<b>GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11710 057	03/09/2020 12:17	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15192988



Pag. 01107/01108 - carta\_01 - INVALIDEZ



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. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



Carta nº 153315409



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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009031217144290000011087066>  
Número do documento: 2009031217144290000011087066

Num. 11710057 - Pág. 4



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Num. 11710057 - Pág. 5



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



Carta nº 15907128



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. 6



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

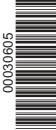
Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Pag. 01/20/09/01210 - carta\_09 - INVALIDEZ



00030605

Carta nº 15980810



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. 7

# 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:

446.200.393-49

4 - Nome completo da vítima:

Raimundo nemoto 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 nemoto Fernandes de morais

6 - CPF:

446.200.393-49

9 - Número:

434

10 - Complemento:

casar

7 - Profissão:

Desempregado

8 - Endereço:

R. Farm Joao Carvalho

11 - Bairro:

Santa Isabel

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64053-150

15 - E-mail:

itvasegures2@hotmai.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  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

AGÊNCIA: 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.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

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

28 - Vítima:  Sim  Não

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 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

Empresário  
titular da  
carteira de  
identidade  
pelo depoimento

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 29/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





ESTADO DO PIAUÍ  
PÓLICIA MILITAR

NÃO VAI PRECISAR

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 sousa	CNH
	Sexo	Masculino Idade 41	
	Endereço	Rua Santa Irene número 8070 bairro Santa Bárbara município de Teresina	563370
	Proprietário	Francisco das Chagas Ferreira de sousa	

Veículo: Marca / Modelo HONDA/125

Espécie: Passageiro

Ano

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, informado ao Copom para acionar a ciptran e ao SAMU, onde conduziu os envolvidos ao HUT para tratamento de saúde.

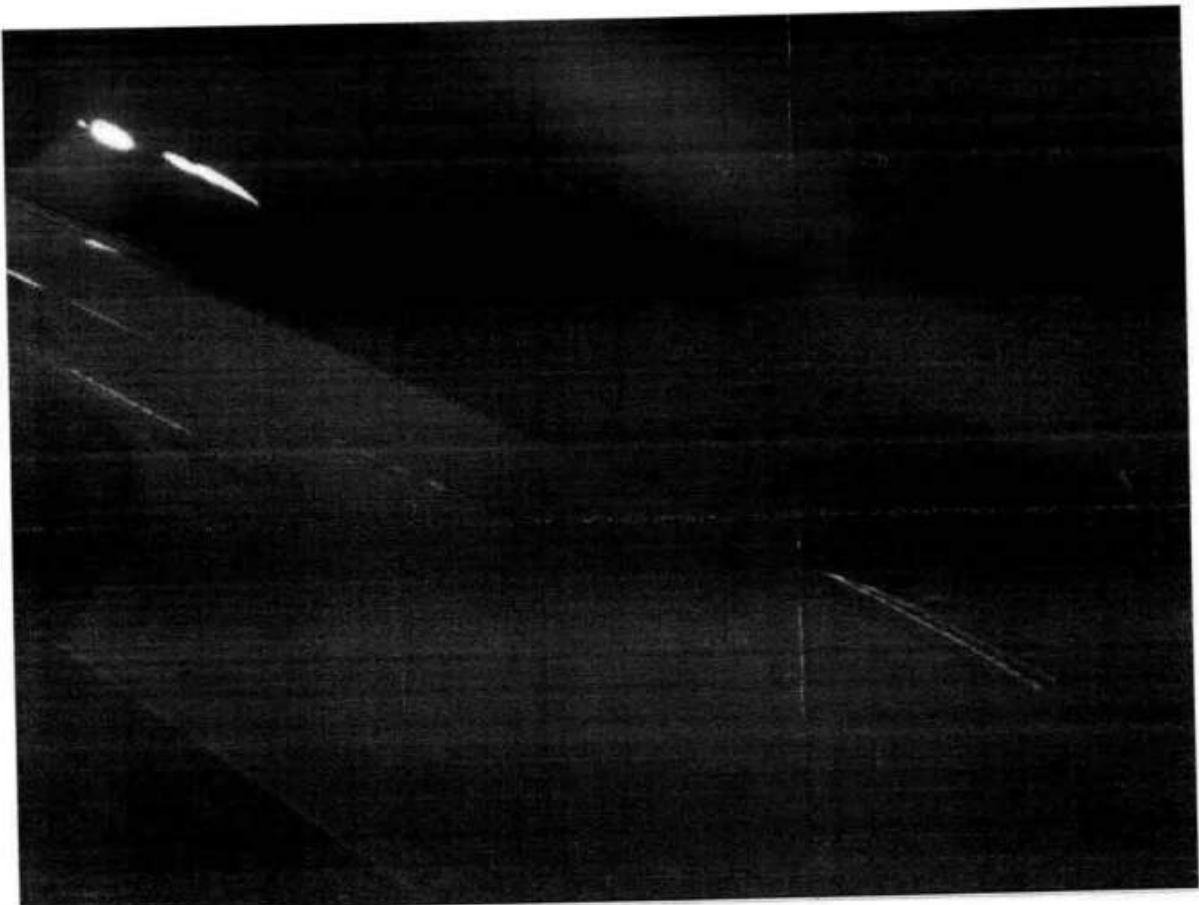
Informações sobre o DPVAT - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de vias Terrestres:

Óbito	Lesões Corporais	Invalidez Permanente
Certidão de Óbito		Prova das despesas médicas
Registro de Ocorrência Policial	Prova das despesas médicas	Registro de Ocorrência Policial
Prova de Qualidade de beneficiário	Registro de Ocorrência Policial	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.

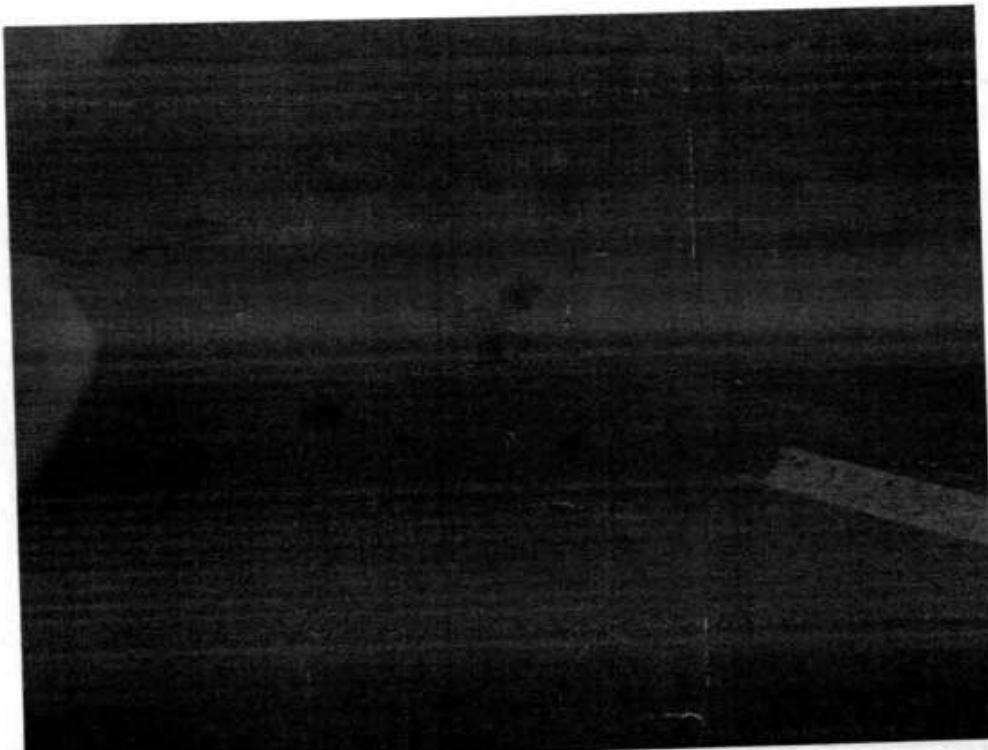
Imagens





Tipo: Local

Descrição:



2/6

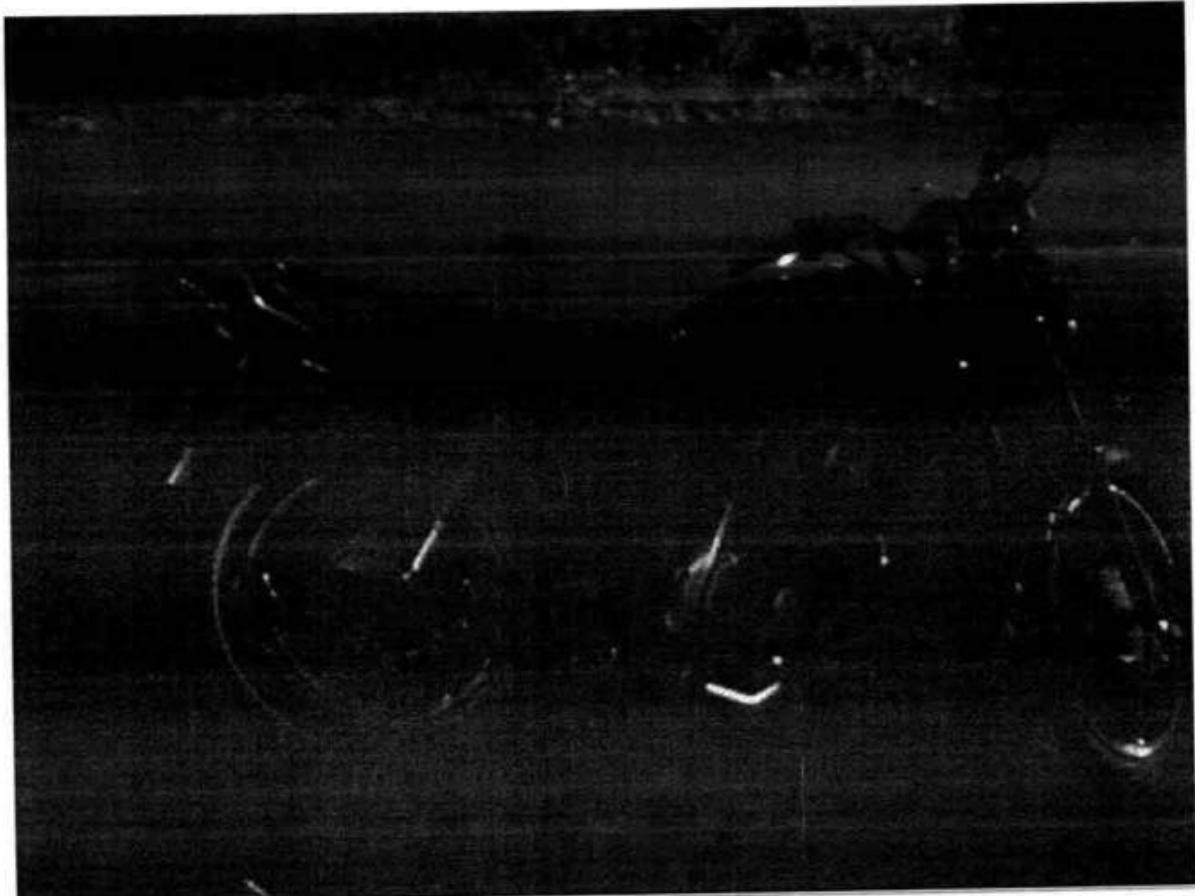


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>  
Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 11

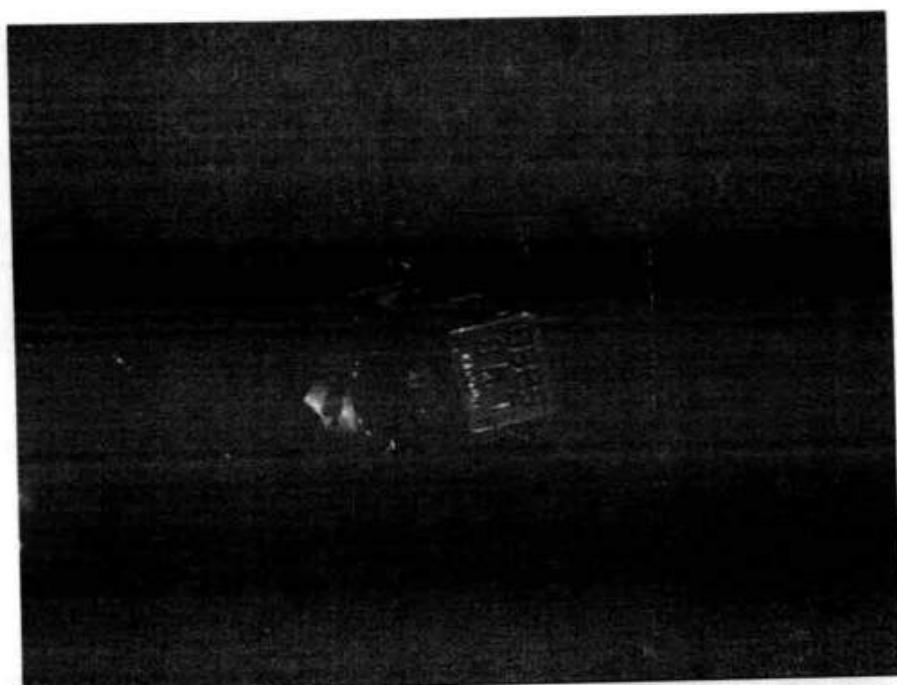
Tipo: Local

Descrição:



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



3/6

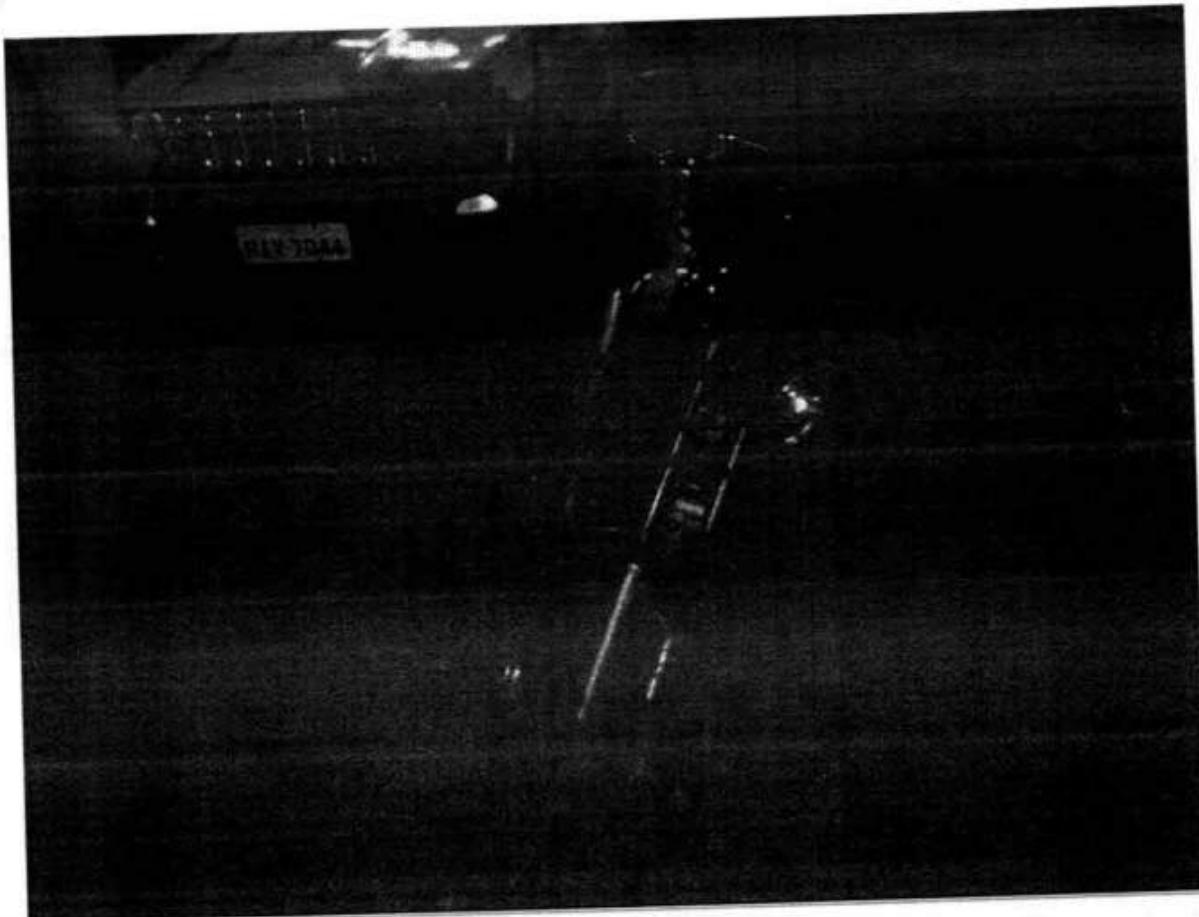


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>  
Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 12

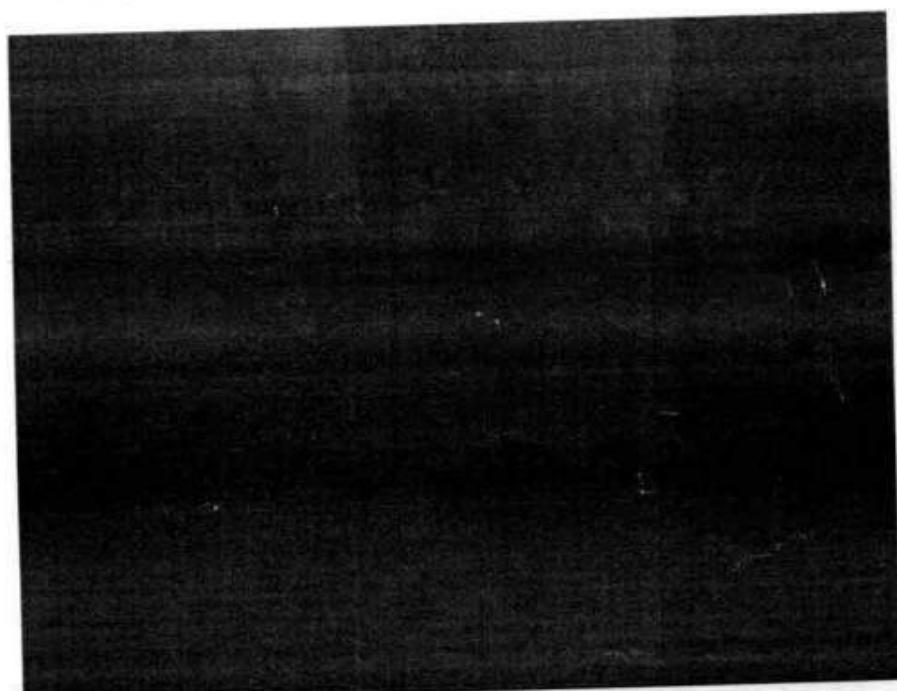
Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



4/6

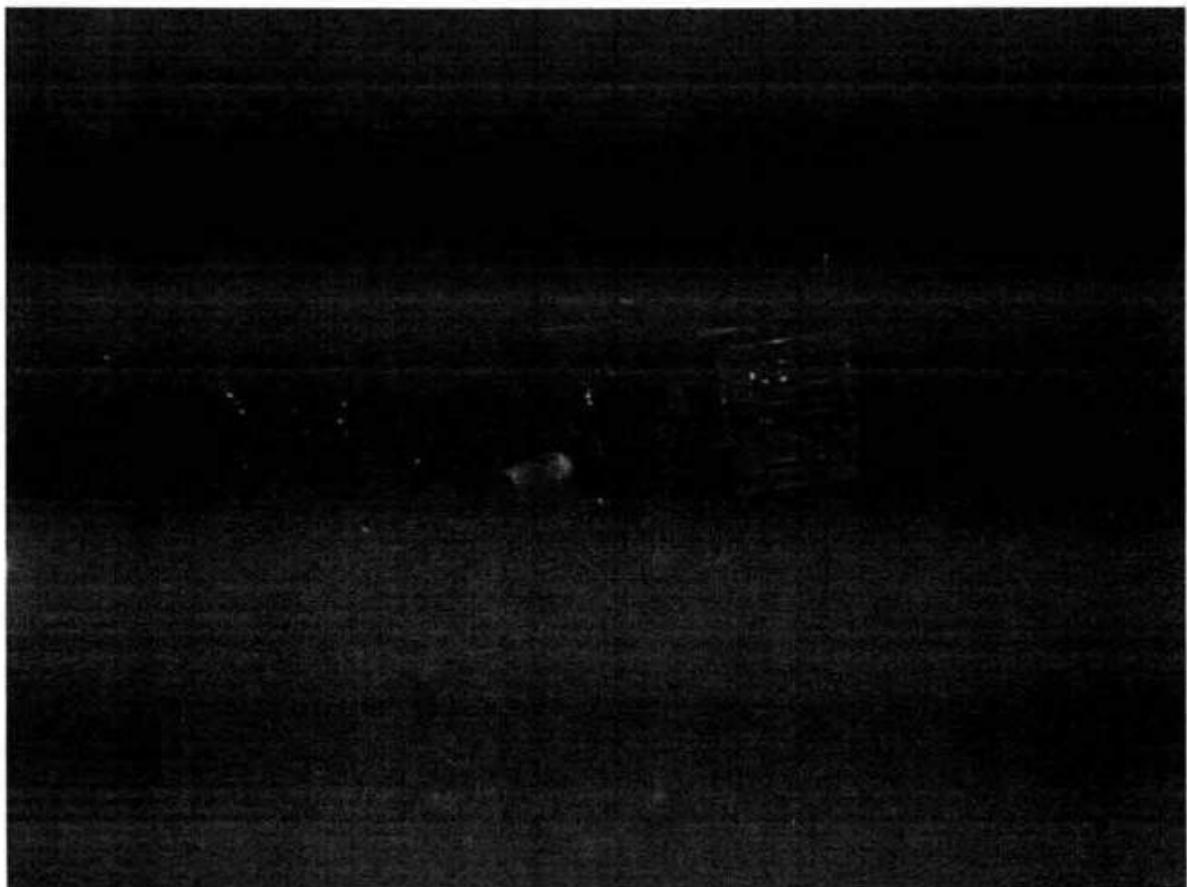


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>  
Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 13

Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



Tipo: Veículo

Descrição: V1 - LWB5889 - HONDA/125



5/6



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>  
Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 14

Tipo: Outro Objeto      Descrição: O1 - 1 Unidade Outro bem/objeto

NOME DO  
PM: JOSE R DE BRITO FILHO      Id. Func.: 310202

6/6



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

Num. 11710057 - Pág. 15

# 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:

446.200.393-49

4 - Nome completo da vítima:

Raimundo nemoto 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 nemoto Fernandes de morais

6 - CPF:

446.200.393-49

7 - Profissão:

Desempregado

8 - Endereço:

R. Farm Joso Camalho

9 - Número:

434

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Santa Isabel

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64053-150

15 - E-mail:

euversegures20@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(86) 39534-6565

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  
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 132623

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 ALUSÃO 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 atende 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

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

34

Impressão digital do assinante ou identificação pelo identificador

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 29/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS





# 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>  
Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 18

# 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>  
Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 19

comunica

0424233-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.888.748/0001-09 | Inscrição Estadual: 19.301.387-0  
Nº do Risco / Conta de Energia Elétrica - Série F-  
Regime de cobrança de impostos autorizado pela SEDAE/PI/004

Nº da Nota Fiscal: 030437766  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEI foi criada  
pela Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002.

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

IRANI NORDINHA PEREIRA  
R. FARM JOÃO CARVALHO 4344 SANTA ISABEL

CPF: 00022094438367  
ENDERECO DA CONTA  
CEP: 64.053-158 - TERESINA

DATAS DA LEITURA

Até:  
Anterior: 22/11/2019  
Háuma leitura: 23-10-2019  
Constância de Multiplicador: 9325  
Consumo Médio: 1.000  
Consumo Faturado: 127  
Constância de Faturamento: 127  
Consumo Irregular: FCAM

Anterior: 23-12-2019  
Emissão: 23-12-2019  
Apresentação: 21-11-2019  
Data de Consumo: 22-11-2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse: NORMAL | Série: Número: 000000000000 | Período: Código Faz.: 30 | Duração: 12 meses

PERÍODO	TRI	DESCRIÇÃO DA CONTA	1.1.1.3	106
RESUMO DE CONSUMO				
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			
TOTAL SEM TRIBUTOS				
			127 - 0,904643	

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.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Total da conta	A78C.5271.68F8.5040.6927.0E36.92DB.A800			
Desconto	Alíquota ICMS			
Desconto	24,14	Valor do ICMS:	114,88	39,61
Encargos	46,65	Valor do PIS:	22,00%	
Encargos	7,89	Valor do COFINS		25,27
	3,86	INDICADORES DE CONCERNIMENTO	1,40%	1,26
	32,34	ICMS	6,49%	5,31
		PIS	0,00%	0,00
		COFINS	0,00%	0,00

Operador: Operador: Avenida: Rua: Bairro: Cidade: CEP: Cidade: CEP:

LINHA	DISPONIBILIDADE	DISPONIBILIDADE	DISPONIBILIDADE	DISPONIBILIDADE	DISPONIBILIDADE	DISPONIBILIDADE
Corporativo	5,31	10,63	21,25	3,36	0,00	0,00
0,00						

TERESINA-SATELITE

09/2019 35,41

SEU CÓDIGO: 0424233-5 TOTAL A PAGAR - R\$

0424233-5 120,61

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.888.748/0001-09 | Inscrição Estadual: 19.301.387-0

Nº da Nota Fiscal: 030437766 FCAM

11/2019 29-11-2019

83680000001 7 20610017000 3 00000000424 2 23351119008 1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009031217144290000011087066  
Número do documento: 2009031217144290000011087066

Num. 11710057 - Pág. 20



## 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

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

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

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	CEP 64 000-235
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6561

Teresina, 29 de Novembro de 2019  
Local e Data:

Nelle Rose Soares Menezes  
Assinatura do Declarante

01/001/2017





NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato Fernandes de Morais

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".**



Neurocirurgia (ok)  
 Bico molar (ok)  
 Ortopedia  
 Cirurgia Geral (ok)

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

DADOS DO PACIENTE:

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

User: THIAGO MELO

(Estação: CONSULTA)

Nome: RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS		Prontuário: 514718
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: SUS Proced: 0301060029

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

Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido

Breve História Clas. Risco:

SSVV: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m<sup>2</sup> P脉: bmp Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

- A) VIAS AERAS PERTIVAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT 92-95% Freq 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  
 Gramíssima ao CC.

Recado  
 Dr. Roccetto Rego  
 Ortopedia e Traumatologia

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

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

110619 Documento

Centro de Saúde de São José do Rio Preto  
Av. Presidente Dutra, 1000 - Centro  
CEP: 14801-000 - São José do Rio Preto - SP  
Fone: (17) 3222-1000

Este é um documento de caráter médico, destinado ao paciente, para ser lido e assinado. Ele informa sobre o exame realizado, a sua natureza e os resultados. O paciente deve ler e assinar o documento, confirmar a realização do exame e fornecer suas informações pessoais. O exame é realizado sob a supervisão de um profissional de saúde.

Atenciosamente,  
Dr. José Alfredo Lopes

Maria Cândida A. Lopes  
Cirurgia Bucal Maxilo Facial  
CRO 122 - CPF: 308.102.503-75

Pelo paciente: 110619

Assinado por mim

65211,01pm

1º de outubro de 2019

2º de outubro de 2019 a 01 de novembro de 2019

Objetivo: - 1º ato de emergência aguda  
- 2º ato de emergência



Assinado - Dr. 23.08.19

Dr. José Alfredo  
Neurocirurgião  
CRO 122

Paciente hemodinamicamente estável, gláncio (sorvete) aumentado, respiração regular, temperatura: 36,5°C, pressão arterial: 120/80 mmHg, saturação de oxigênio: 98%. Abdomen: regular, sem dor, sem hiperemia, sem massas, sem tendinite, sem sinais de defesa.

Exame: fundo de olho: sem VMO ou sinais de defesa.

Exame: pele (imperfeições): regular.

Exame: pele (imperfeições): regular.

Assinado - Dr. Valéria Lopes





Dr. Lao

234/2S

FHT  
Fundação Hospitalar  
de Teresina

Prefeitura de  
Teresina

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nonato fernandes de Mora

- () 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 18°C

Data: 20 de Junho de 2019

Enfermeiro responsável: \_\_\_\_\_



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

Dr. Fernando



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 adomos, 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 julho de 2019

Enfermeiro responsável: Tamires Coutinho

Tamires Coutinho  
Enfermeira  
CUREN-PI 390.066



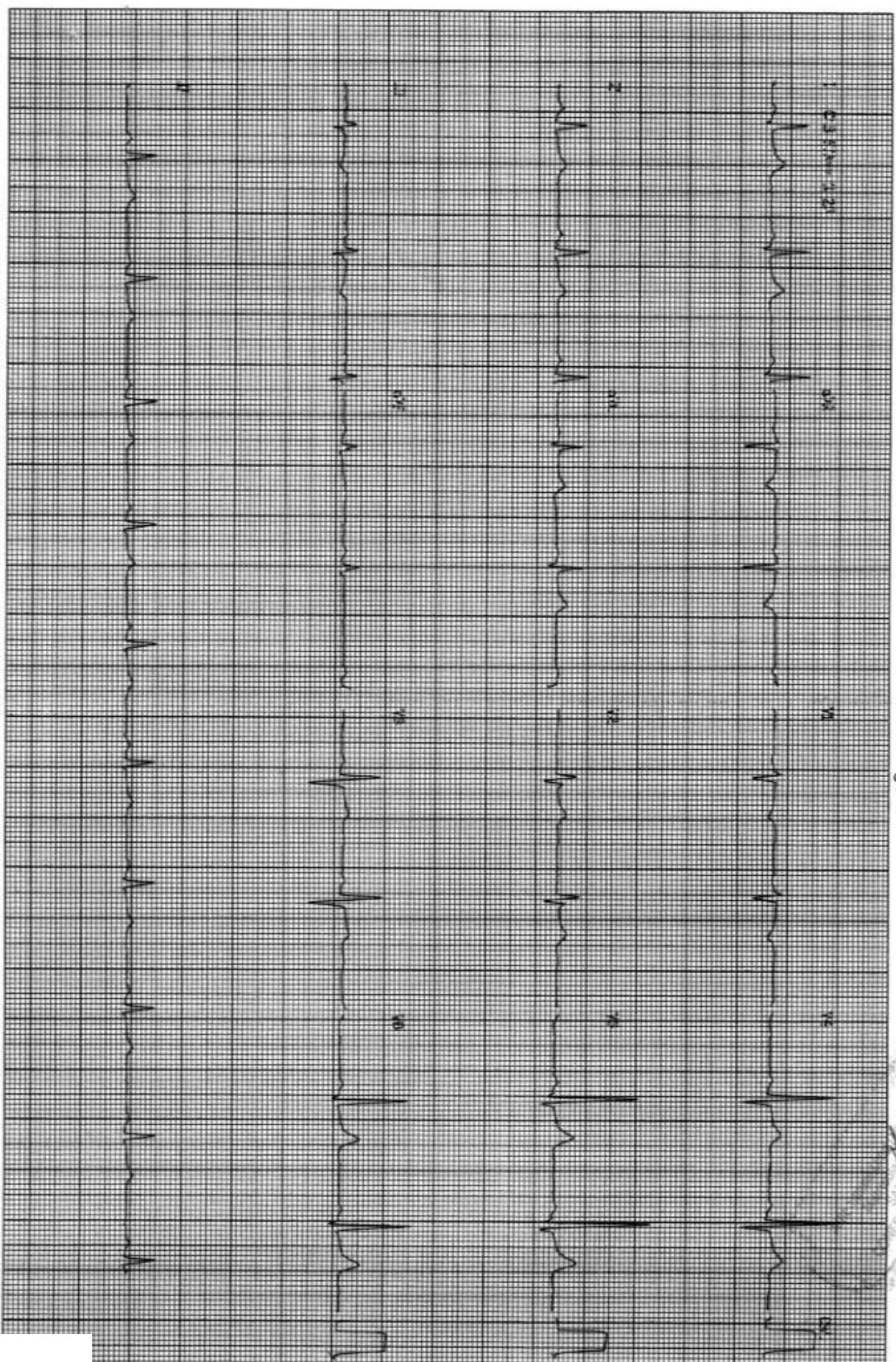
Rua Otto Tito, 1820, Bairro Redenção.  
Teresina-PI, CEP 64017-775.  
CNPJ 17.577.205/0008-03

86 3229 - 4247

fht.hut@teresina.pi.gov.br

Raimundo Nonato Fernandes de Moraes  
DN: 06/11/68

Silvia Maria Andrade Soares  
COREN - PI 397.305



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. 28

## PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Raimundo Henrique Ferreira

- ( ) 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

Tax. 36,9%

Data: 16 de 06 de 19Enfermeiro responsável: Eduardo Mello Góes

136439-18

bifurca



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





FMS  
Fundação Municipal de Saúde

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Identidade nº. 299604



Eu, Ednei Bonotto Ribeiro

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, ou pessoa autorizada não venha
6. Autorizo a direção do hospital a enviá-lo(a) a seu lugar de origem, caso o responsável, ou pessoa autorizada não venha
7. Autorizo que, em caso de falecimento, será comunicado a família do responsável, e não sendo o paciente reclamado no buscá-lo(a), com exceção dos menores que só poderão sair acompanhados pelo responsável;
8. 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;
9. 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

Data: 16/06/19

Autorizo os membros:

Endereço: Rua 25 de Março, nº 1000 - Centro - Rio Negrinho - SC - 88800-000

Identificação do Paciente: Ra 2111111111111111 - Nome: Ednei Bonotto Ribeiro

Assinatura do Responsável: Ednei Bonotto Ribeiro

MOD. 39-HUT







SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - PI

HOSPITAL ( - ) IGENCIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009031217144290000011087066>  
Número do documento: 2009031217144290000011087066

Num. 11710057 - Pág. 32

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

# REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
PACIENTE: EDUARDO NUNES F. DE MORAES Nº PRONT: 516111 Nº LAUDO: 241207

- 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



Justim. Sérgio Lai Teixeira  
CRM - 3131  
Diretor Técnico - HUT

DATA: 25/06/19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR



DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



86 3215-5199



pt@hut.mt.br



## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

**DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR**  
**CÓDIGO: 0802010199**

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
PACIENTE: Minuano 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: \_\_\_\_\_

  
Justico Sérgio Lira Teixeira  
CRM - 3131  
Dra. Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

### AUDITOR

DATA: 31/07/19

  
Celso Pires Ferreira Filho  
Assessor de Auditoria DICA/AFMS  
CRM - PI 459 - CPF: 763.537-8  
CNE 2019604093004  
CONFERE COM O ORIGINAL

ASSINATURA DO AUDITOR



FE 1213-6149





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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>241204</b>

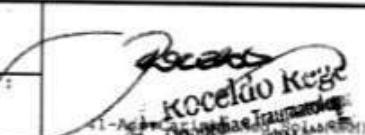
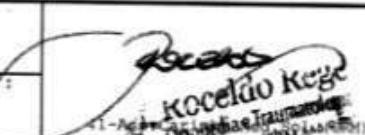
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS</b>	6 - Prontuário: <b>514118</b>
7-CNS: <b>708004343086321</b>	8-Nascimento: <b>06/11/1968</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	10-CPF: <b>.....</b>
11-Mãe: <b>AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS</b>	12-Fone:
13-Resp: <b>(O MESMO)</b>	14-Fone:
15-Ender: <b>NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010</b>	16-Munic: <b>TERESINA</b>
17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>
	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

-Cod.Proced.Princip. <b>0408050543</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL</b>
31-Cod.Procedimento Especial <b>0702030406</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>FIXADOR EXTERNO LINEAR</b>
Quant. Solicidada: <b>1</b>	

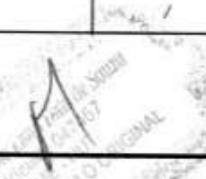
Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável: <b>ROCELO ANTONIO NEVES DO REGO</b>	40-Tp. Documento: CPF	
49-Data Solicitação: <b>16/06/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solici: <b>838.230.773-68</b>	41-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) 

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*fratura exposta de pilão tibial*

AUTORIZAÇÃO

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

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>31/01/19</b>	52-CNS/CPF: <b>Celso Pires Ferreira Filho</b> Assessor de Auditoria DRCA/AFMS CRM-PI 1629 - CPF 703.552.001-11 CRN 20155000932004
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) <b>(SOLIMAR BRITO)</b>

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																																											
 <b>Braga e Braga Importação e Exportação Ltda</b> Rua de Maio, 851 - Placas, 88002-798 RIO BRANCO - AC Fone/Fax: 683226057			<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saida: 1 Entrada: 2 Nº 9327 SÉRIE: 1			<b>CONTROLE DO FISCO</b>  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 <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora																																																	
<b>NATUREZA DA OPERAÇÃO</b> Venda para não Contribuinte						<b>NÚMERO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA NF-e</b> 312190002206606						<b>DATA/HORA AUTORIZAÇÃO</b> 17/06/2019 13:48:28																																											
<b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b> 0101604000124			<b>INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO</b>			<b>CNPV</b> 63607790000198																																																	
<b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4"> <b>FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE</b>          GOV RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015       </td> <td colspan="3"> <b>BAIRRO/DEPARTAMENTO</b>          AEROPORTO       </td> <td colspan="3"> <b>CEP</b>          64078-410       </td> <td colspan="4"> <b>DATA DE EMISSÃO</b>          17/06/2019       </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>MUNICÍPIO</b>          TERESINA       </td> <td colspan="2"> <b>FONE/FAX</b>          Fone: 648111       </td> <td> <b>UF</b>          PI       </td> <td> <b>PI</b>          ISENTO       </td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"> <b>DATA DE SAÍDA/ENTRADA</b>          17/06/2019       </td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <b>#1º: 648,11 17/06/2019 00:00:00</b> </td> </tr> </table>														<b>FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE</b> GOV RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015				<b>BAIRRO/DEPARTAMENTO</b> AEROPORTO			<b>CEP</b> 64078-410			<b>DATA DE EMISSÃO</b> 17/06/2019				<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA		<b>FONE/FAX</b> Fone: 648111		<b>UF</b> PI	<b>PI</b> ISENTO					<b>DATA DE SAÍDA/ENTRADA</b> 17/06/2019				<b>#1º: 648,11 17/06/2019 00:00:00</b>													
<b>FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE</b> GOV RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015				<b>BAIRRO/DEPARTAMENTO</b> AEROPORTO			<b>CEP</b> 64078-410			<b>DATA DE EMISSÃO</b> 17/06/2019																																													
<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA		<b>FONE/FAX</b> Fone: 648111		<b>UF</b> PI	<b>PI</b> ISENTO					<b>DATA DE SAÍDA/ENTRADA</b> 17/06/2019																																													
<b>#1º: 648,11 17/06/2019 00:00:00</b>																																																							
<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <b>BASE DE CÁLCULO DE ICMS</b>          ,00       </td> <td> <b>VALOR ICMS</b>          ,00       </td> <td> <b>BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO</b>          ,00       </td> <td> <b>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO</b>          ,00       </td> <td> <b>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</b>          648,11       </td> </tr> <tr> <td> <b>VALOR DO FRETE</b>          ,00       </td> <td> <b>VALOR DO SEGURO</b>          ,00       </td> <td> <b>DESCONTO</b>          ,00       </td> <td> <b>OUTRAS DESPESAS ACESORIAS</b>          ,00       </td> <td> <b>VALOR DO IP</b>          ,00       </td> <td> <b>VALOR TOTAL DA NOTA</b>          648,11       </td> </tr> </table>														<b>BASE DE CÁLCULO DE ICMS</b> ,00	<b>VALOR ICMS</b> ,00	<b>BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO</b> ,00	<b>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO</b> ,00	<b>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</b> 648,11	<b>VALOR DO FRETE</b> ,00	<b>VALOR DO SEGURO</b> ,00	<b>DESCONTO</b> ,00	<b>OUTRAS DESPESAS ACESORIAS</b> ,00	<b>VALOR DO IP</b> ,00	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b> 648,11																															
<b>BASE DE CÁLCULO DE ICMS</b> ,00	<b>VALOR ICMS</b> ,00	<b>BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO</b> ,00	<b>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO</b> ,00	<b>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</b> 648,11																																																			
<b>VALOR DO FRETE</b> ,00	<b>VALOR DO SEGURO</b> ,00	<b>DESCONTO</b> ,00	<b>OUTRAS DESPESAS ACESORIAS</b> ,00	<b>VALOR DO IP</b> ,00	<b>VALOR TOTAL DA NOTA</b> 648,11																																																		
<b>TRANSPORTADORES/VOLUMES TRANSPORTADOS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <b>RAZÃO SOCIAL</b>          FRETE POR CONTA          0 - EMITENTE          1 - DESTINATÁRIO          9 - SEM FRETE       </td> <td> <b>CÓDIGO ANTT</b>          9       </td> <td> <b>PLACA DO VÉHICULO</b>          UF       </td> <td> <b>CNPJ/CPF</b> </td> </tr> <tr> <td> <b>ENDEREÇO</b>          MUNICÍPIO       </td> <td></td> <td> <b>UF</b> </td> <td> <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b> </td> </tr> <tr> <td> <b>QUANTIDADE</b>          ,00       </td> <td> <b>ESPECIE</b>          MARCA       </td> <td> <b>NUMERAÇÃO</b> </td> <td> <b>PESO BRUTO</b>          ,000       </td> <td> <b>PESO LÍQUIDO</b>          ,000       </td> </tr> </table>														<b>RAZÃO SOCIAL</b> FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO 9 - SEM FRETE	<b>CÓDIGO ANTT</b> 9	<b>PLACA DO VÉHICULO</b> UF	<b>CNPJ/CPF</b>	<b>ENDEREÇO</b> MUNICÍPIO		<b>UF</b>	<b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b>	<b>QUANTIDADE</b> ,00	<b>ESPECIE</b> MARCA	<b>NUMERAÇÃO</b>	<b>PESO BRUTO</b> ,000	<b>PESO LÍQUIDO</b> ,000																													
<b>RAZÃO SOCIAL</b> FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO 9 - SEM FRETE	<b>CÓDIGO ANTT</b> 9	<b>PLACA DO VÉHICULO</b> UF	<b>CNPJ/CPF</b>																																																				
<b>ENDEREÇO</b> MUNICÍPIO		<b>UF</b>	<b>INSCRIÇÃO ESTADUAL</b>																																																				
<b>QUANTIDADE</b> ,00	<b>ESPECIE</b> MARCA	<b>NUMERAÇÃO</b>	<b>PESO BRUTO</b> ,000	<b>PESO LÍQUIDO</b> ,000																																																			
<b>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <b>CÓD. PROD.</b>          360*       </td> <td> <b>DESCRIÇÃO DO PRODUTO</b>          FIXADOR EXTERNO LINEAR 300: LOTE: 26484816. SIGTAP: 07.02.03.046-6.       </td> <td> <b>NCM/SH</b>          92211020       </td> <td> <b>CST</b>          040       </td> <td> <b>OP/OP</b>          610B       </td> <td> <b>UN</b>          UN       </td> <td> <b>QTD.</b>          1,000       </td> <td> <b>VLR. UNIT.</b>          648,110       </td> <td> <b>DESC. UN.</b>          0,00       </td> <td> <b>VLR. UNIT. L.</b>          648,1100       </td> <td> <b>VLR. TOTAL.</b>          648,11       </td> <td> <b>BC ICMS</b>          0,000       </td> <td> <b>VLR. ICMS</b>          ,00       </td> <td> <b>VLR. IP</b>          ,00       </td> <td> <b>ALQ. ICMS</b>          ,000       </td> <td> <b>ALQ. IP</b>          0       </td> </tr> </table>														<b>CÓD. PROD.</b> 360*	<b>DESCRIÇÃO DO PRODUTO</b> FIXADOR EXTERNO LINEAR 300: LOTE: 26484816. SIGTAP: 07.02.03.046-6.	<b>NCM/SH</b> 92211020	<b>CST</b> 040	<b>OP/OP</b> 610B	<b>UN</b> UN	<b>QTD.</b> 1,000	<b>VLR. UNIT.</b> 648,110	<b>DESC. UN.</b> 0,00	<b>VLR. UNIT. L.</b> 648,1100	<b>VLR. TOTAL.</b> 648,11	<b>BC ICMS</b> 0,000	<b>VLR. ICMS</b> ,00	<b>VLR. IP</b> ,00	<b>ALQ. ICMS</b> ,000	<b>ALQ. IP</b> 0																										
<b>CÓD. PROD.</b> 360*	<b>DESCRIÇÃO DO PRODUTO</b> FIXADOR EXTERNO LINEAR 300: LOTE: 26484816. SIGTAP: 07.02.03.046-6.	<b>NCM/SH</b> 92211020	<b>CST</b> 040	<b>OP/OP</b> 610B	<b>UN</b> UN	<b>QTD.</b> 1,000	<b>VLR. UNIT.</b> 648,110	<b>DESC. UN.</b> 0,00	<b>VLR. UNIT. L.</b> 648,1100	<b>VLR. TOTAL.</b> 648,11	<b>BC ICMS</b> 0,000	<b>VLR. ICMS</b> ,00	<b>VLR. IP</b> ,00	<b>ALQ. ICMS</b> ,000	<b>ALQ. IP</b> 0																																								
<b>CÁLCULO DO ISSQN</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <b>INSCRIÇÃO MUNICIPAL</b> </td> <td> <b>VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS</b> </td> <td> <b>BASE DE CÁLCULO DO ISSQN</b> </td> <td> <b>VALOR DO ISSQN</b> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>         ,000       </td> </tr> </table>														<b>INSCRIÇÃO MUNICIPAL</b>	<b>VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS</b>	<b>BASE DE CÁLCULO DO ISSQN</b>	<b>VALOR DO ISSQN</b>				,000																																		
<b>INSCRIÇÃO MUNICIPAL</b>	<b>VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS</b>	<b>BASE DE CÁLCULO DO ISSQN</b>	<b>VALOR DO ISSQN</b>																																																				
			,000																																																				
<b>DADOS ADICIONAIS</b> <p style="margin-left: 20px;">→ DE MORAIS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> <b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>          PACIENTE: RAIMUNDO HONATO FERNANDES; HOSPITAL: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA;          CIRURGIÃO: DR. ROCELDO REGO; PRONTUÁRIO: 514116; DATA CIRURGIA: 16/06/2019.       </td> <td> <b>RESERVADO AO FISCO</b> </td> </tr> </table>														<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b> PACIENTE: RAIMUNDO HONATO FERNANDES; HOSPITAL: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA; CIRURGIÃO: DR. ROCELDO REGO; PRONTUÁRIO: 514116; DATA CIRURGIA: 16/06/2019.	<b>RESERVADO AO FISCO</b>																																								
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b> PACIENTE: RAIMUNDO HONATO FERNANDES; HOSPITAL: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA; CIRURGIÃO: DR. ROCELDO REGO; PRONTUÁRIO: 514116; DATA CIRURGIA: 16/06/2019.	<b>RESERVADO AO FISCO</b>																																																						





## 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 1 - Centro - Rio Branco  
CEP: 69.902-766 - Acre

\_\_\_\_\_  
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 [bragaebraga.pi@gmail.com](mailto:bragaebraga.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

Num. 11710057 - Pág. 37



## **Braga & Braga Importação e Exportação**

0632

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA	CNPJ:63607790000198				
FABRICANTE :	Monteiro : 514118	CNPJ:			
PACIENTE:	Raimundo Nonato Fernandes				
RG.HOSPITAL:	JWT.	COD.SIG TAP:	0703030406		
DATA:	16.06.19	ALTA:	USADO:		
PROCEDIMENTO:	Fratura do plastron tubular. ①.				
MEDICO:	Dr. Rceldo.	CPF:	CRM:		
Produtos Utilizados/Implantados:					
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote		QTD

Responsável Pelo Preenchimento:	<i>Decoto 90</i>
Data: <u>16/06/19</u>	<i>Decoto 90</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3531/CPUMA 640
Responsável pela Farmácia	<i>CONFIRMA - MSA - MFT</i> CONFIRMAÇÃO DO ORIGINAL
	<i>Fernando</i>



**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>Patina exposta de pênis</u>		
ANESTESIA:	<u>Isoracido</u>	CIRURGIA:	<u>Fixador extenso</u>
Nº DA SALA:	<u>05</u>		
CIRURGIÃO:	<u>Rocelito</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Filipe</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Rocelito Kegel</u> Ortopedico- Traumatologo CRM PI 3531/CRM MA 642		
INSTRUMENTADORA:	<u>Qualita</u>		
	CPF Nº:		

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>01</u>		LÂMINA DE BISTURI	<u>54</u>	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>120</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>02</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>05</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>05</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>Elástico: 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Eupom: 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<u>Fixação: 01</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				<u>Fixador Extenso: 01</u>			
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Yuri</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Ranne</u>			
PROLENE							

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

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828856
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO, APRESENTANDO LESÃO PUNIFORME, SEM DEFÍCIT NEURO-VASCULAR APARENTE.

#### CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

## CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INT NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE TROVAS DE RX FRATURA DE PÓLÔO TIBIAL DIREITA + FIBULA

#### **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL** SK23 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA **CID 10 SECUNDARIO** **CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRICA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0408050543 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
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		ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO CPF: 133823077368 CRM:	

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

## AUTORIZAÇÃO

### **INVESTIGATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA		
CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO CRM: 22739379833	DATA ANALISE: 16/06/2019 01:36:10	CPF	CRM
			DATA ANALISE

1.0001 - TITULAR DO PÁGINA DE CLIENTE OU RESPONSÁVEL





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Paciente acompanhante

241204

215224

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Trauma em tornojetos direto, operação  
ferida profunda, sem deficit neurovascular  
aparente

21 - Condições que justificam a internação:

recente de fratura

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

Exa. /entra /fractura /Hôpital D + /knee

- Diagnóstico Inicial:

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

Fratura da extremidade distal da tibia

S823

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: <b>0408050543</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL</b>	29-Clinica:	30-Caráter: <b>Ident.:</b>	31-Docum.:	32-Doc. Méd. Solic.:
			<b>02</b>	<b>01</b>	<b>CPF</b> <b>838.230.773-68</b>
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>ROCELODO ANTONIO NEVES DO REGO</b>		34-Data Solicitação: <b>15/06/2019</b>			
					35-Ass. Carimbo (Rg. Conselho / Med.Sol.): <b>CRM-PI 10217/2014-02</b>

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36-( <input type="checkbox"/> ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Típico			
38-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOE:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado    () Empregador    () Autônomo    () Desempregado    () Aposentado    () Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
	<b>31/07/19</b>			<b>Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Administração CAIFIUS CRM-PI 10217/2014-02 CNS 2115504</b>

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Qylo Andrade*

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: 215234 AIH: 2219100438104
--	--

#### 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	PRONTUÁRIO 514118	SEXO M
DOCUMENTO	TELEFONE AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	RESPONSÁVEL O MESMO		
CEP 64000010	ENDEREÇO (LOGRADOURO) NAO INFORMADO		NUMERO / LOTE S/N	
BAIRRO MORADA DO SOL	COMPLEMENTO 	MUNICÍPIO TERESINA		UF PI

#### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Descrição do procedimento principal TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	Cód. procedimento principal 0415030013
---	---

#### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Descrição do procedimento solicitado - ANTERIOR TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL	CÓDIGO 0408050543		
Descrição do procedimento solicitado - MUDANÇA TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	CÓDIGO 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 tto cirúrgico: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA 0413040178 T009 + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL 0408050543 SR23.
--

#### PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

#### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
CNS AUTORIZADOR 170263951200001	ORGÃO EMISSOR 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

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

4-CNES

**5828856**

**24**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

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

6 - Prontuário: **514:**

7-CNS: **708004343086321**

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

9-Sexo: **Masculino**

CPF:

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

12-Fone:

13-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**

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 Proced.

**0415030013**

20 - Mudança de Procedimento / Descrição  
**TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO**

27-CID Prin:

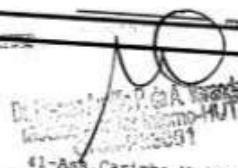
26-Diagnóstico:

28-CID Sec.: 29-CID C.

38-Profissional Responsável:  
**ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO**

40-Tp. Documento:

CPF

  
HUT

39-Data Solicitação:

**15/06/2019**

40-No.Doc. Med. Solic.:

**838.230.773-68**

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

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

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

*Y03/06/19*

46 - Nome do Profissional Autorizador:

**AUTORIZAÇÃO**

47-Data Autorização:

*/ /*

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

51-Data Autorização:

*31/07/19*

49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

52-CNS/CPF:

50- Nome do Profissional/parecer controle  
de avaliação/auditoria

*ANALIA QUEIROZ*

*Celso Pires Ferreira Filho  
Assessor de Auditoria DRCAAE/MS  
CRM-PI N°69 - CPF 751.903.57 - 8  
CNPJ 23.550.000/0001-07*

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

### 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 ESFENOÏDAIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOÏDAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOÏDAIS 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







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

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 15/06/2019

#### T.C. DE CRANIO

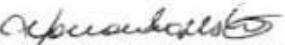
TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009031217144290000011087066>  
Número do documento: 2009031217144290000011087066

Num. 11710057 - Pág. 46



**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 - HUIT

3-Nome do estabelecimento executante:

#### **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES

5828854

4-CM25

5928856

## **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  
 16-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
Cod. Procedimento	20 - Nome do Procedimento Principal	21 - Qtd
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	1

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

**26-DIAGNÓSTICO (S), PROCEDIMIENTO (S) SOLICITADO (S)**

26-Observações/Justificativa:

**SOLICITACÃO**

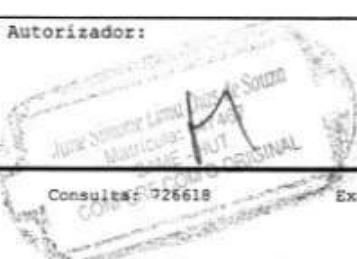
38-Nome Profissional Solicitante: <b>THIAGO MELO DINIZ</b>	39-Data Solicitação: <u>15/06/19</u>	
40-Tp. Documento: CPF	40-No.Doc. Méd. Solite.: 006.633.133-17	41-Ass. Carijato Med.Sol. (CRM)

## AUTORIZAÇÃO

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

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Requisição: 965921 Consulta: 728618 Exame: 1240381 (THIAGO DIN

(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

## LAUDO MÉDICO

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

### 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

*Assinado eletronicamente*  
**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=2009031217144290000011087066>  
 Número do documento: 2009031217144290000011087066

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:

### Diagnóstico pré-operatório

### Operação - Tipo

## Cinuricâo

## 2º Assistente

### Instrumentador(a)

## Anestesista

## Anesthesia

**Anestésico(a)**

## Nota da Operação

2000 Operações

Início

Ein

## Diagnóstico Pós-

Relatório Imediato do Patologista

#### Acidente Durante a Operação

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1- pustule denso tipo sôb anexos 2- anexos  
+ antrazia 3- infecção de campo estéril 4-  
brasa rústica com 20-30% 5- infecção fecha-  
da 6- morteza, fenda rústica 7- edema

~~100000~~ ~~Kocelko Regl~~  
~~Orthopädie e Traumatologie~~  
~~CPM 01531/11/1111 6:00~~

CONFERENCE OF THE  
JUNIOR SISTERS  
OF MARY  
SISTER MARY  
CONFERENCE OF THE  
JUNIOR SISTERS  
OF MARY

Mod. 76 HUT



## FOLHA DE ANESTESIA



## UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Raimundo Nonato Fernandes					Nº DE REGISTRO
PA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
100	120x80	90	12	36,8	70	170	
SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNCTION RESPIRATÓRIA	respiratória						
SISTEMA CRICULATÓRIO	respiratória			ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO	respiratória			ASMA BRONQUITE			
SISTEMA DIGESTIVO	respiratória			SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL	respiratória			CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS			
TIPO DE MEDICAMENTO (DOSSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 60% (100%) 2 100% (100%) 3 100% (100%)				TOTAL DE DOSES		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10						
P. ARTERIAL	38						
PULSO							
INÍCIO E FIM ANESTESIA					SEQUÊNCIA		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					1. Gopodro 2g 2. Dypone 2g 3. Gantotil 200 4. Gantotil 200 5. Gantotil 200 6. Gantotil 200 7. Gantotil 200 8. Gantotil 200 9. Gantotil 200 10. Gantotil 200 11. Gantotil 200 12. Gantotil 200 13. Gantotil 200 14. Gantotil 200 15. (		
RESPIRAÇÃO	O				DURAÇÃO		
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES				Nas home			
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
Leonardo Machado Martins Anestesiologista CRM-PI 3077				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			
				Bem Certo 400 Nenhum efeito e 1000/1000/1000			
PARTICULARIDADES							

MOD 76 - HUT



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

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

Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 50



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

Etiqueta de Autorização

*OTTO*  
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: <b>RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS</b>	6 - Prontuário: <b>514118</b>		
7-CNS: <b>708004343086321</b>	8-Nascimento: <b>06/11/1968</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	10-CPF: <b>.....</b>
11-Mãe: <b>AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS</b>	12-Fone:		
13-Resp: <b>(O MESMO)</b>	14-Fone:		
15-Ender: <b>NAO INFORMADO - MORADA DO SOL</b>	17-Cod. IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>
16-Munic: <b>TERESINA</b>			

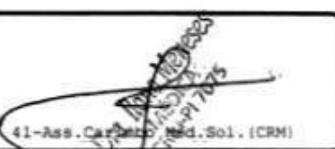
**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

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

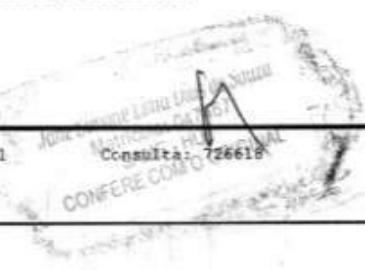
**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

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

**SOLICITAÇÃO**

38-Nome Profissional Solicitante: <b>THIAGO MELO DINIZ</b>	39-Data Solicitação: <b>15/06/17</b>	
40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>006.633.133-17</b>	
41-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)		

**AUTORIZAÇÃO**

48-CBO:	46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>
51-Cod. Órgão Emissor	46 - Nome do Profissional Autorizado:	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
		Exame: <b>1240362</b>
Origem: <b>URGÊNCIA/EMERGÊNCIA</b> Requisição: <b>965921</b> Consulta: <b>726618</b>		(THIAGO DINIZ)

(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

Num. 11710057 - Pág. 51

Dr. Fernando



PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Raimundo Noberto Fernandes de Moraes

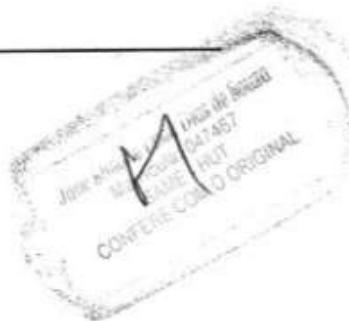
- 234 |

  - (X) Conferir a identificação do paciente
  - (X) Conferir cirurgia agendada
  - ( ) Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
  - ( ) Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
  - (X) Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
  - (X) Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
  - (X) Conferir a retirada de adomos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
  - (X) Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
  - (X) Retirar peças íntimas
  - ( ) Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
  - (X) Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
  - (X) Verificar instalação de hidratação venosa
  - (X) Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
  - (X) Avaliar estado geral do paciente
  - (X) Fazer registro de enfermagem no prontuário
  - (X) Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
  - (X) 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  
E-mail: tamiresrodrigues90.066  
CURP: TDRM810906H*



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



86 3229 - 4247



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. 52





HOSI (U) (JRGK 2IA

MARCH 1993

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

Assinado eletronicamente por EDNAN SOARES SOUNTING - 03/03/2021 12:17:13

Número do documento: 2009031217144290000011087066

Num. 11710057 - Pág. 54

Dr. Giordano Cransmeyer / Dr. Yuri Ivoigo Félix / Dr. Ricardo S. Valenca / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho  
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE: REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
PACIENTE: Edo N. F. de MORAIS N° PRONT: 514118 N° LAUDO: 24102

- 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



Dr. Sérgio Leal Teixeira  
CRM - 3131  
Diretor Técnico - HUT

DATA: 21/06/19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR



DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



TE 3215-5199





**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>241800</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS</b>	6 - Prontuário: <b>514118</b>
7-CMS: <b>708004343086321</b>	8-Nascimento: <b>06/11/1968</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	10-CPF: <b>- - -</b>
11-Mãe: <b>AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS</b>	12-Fone:
13-Resp: <b>(O MESMO)</b>	14-Fone:
15-Ender: <b>NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050578</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR</b>	
31-Cod.Procedimento Especial <b>0702030899</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)</b>	Quant. Solicidada: <b>1</b>

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável: <b>FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA</b>	40-Tp. Documento: CPF	<i>Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 161-760711913</i>
39-Data Solicitação: <b>25/06/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>217.817.218-07</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

45 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	<b>31/07/19</b>	<i>Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCA/FMS CRM-PI 169 - CPF 703.863.537-8 CNS 10000000000000000000</i>

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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>241800</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS</b>	6 - Prontuário: <b>514118</b>
7-CNS: <b>708004343086321</b>	8-Nascimento: <b>06/11/1968</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	10-CPF: <b>...</b>
11-Mãe: <b>AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS</b>	12-Fone:
13-Resp: <b>(O MESMO)</b>	14-Fone:
15-Ender: <b>NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>
	18-UF: <b>PI</b>
	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

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

38-Profissional Responsável: <b>FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA</b>	40-Tp. Documento: CPF	41-Res. de Internação <b>Dr. Fernando L. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 11913</b>
39-Data Solicitação: <b>25/06/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>217.817.218-07</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Fratura da tibia distal*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:  <i>JUR. ANTONIO MACHADO Médico de plantão SAME HUT CONFIRMAR COM O ORIGINAL</i>		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>31/07/19</b>	52-CNS/CPF: <b>Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria CRM/PI CRM-PI 1029 - CR 161.955.537-8 CRM-PI 1029 - CR 161.955.537-8</b>
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)  <b>(GIOVANNI RODRIGUES)</b>





# Braga & Braga

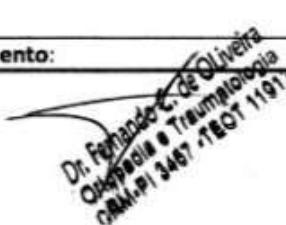
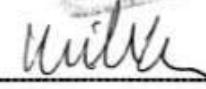
## Importação e Exportação

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: 04/08/2019	ALTA:	USADO: 25/06/19			
PROCEDIMENTO: 0408050578 + 0408050543					
MEDICO: DR. FERNANDO	CPF:	CRM:			
Produtos Utilizados/Implantados:					
NOME	MODELO	TIPO	Série Lote	QTD	

PLACA DEP 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				
 <b>Braga e Braga Importação e Exportação Ltda</b> R de Maio , 651 - Placas, 6992-766 RIO BRANCO - AC Fone/Fax: 6832286057			<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 2 N° 9426 SÉRIE: 1			<b>CONTROLE DO FISCO</b>  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 <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora							
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda para não Contribuinte						NÚMERO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA NF-e 312190002366580						DATA/HORA AUTORIZAÇÃO 28/06/2019 14:52:48				
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0101604000124			INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO			CNPJ 63607790000198										
DESTINATÁRIO/REMETENTE																
<b>FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE</b> ENDEREÇO GOV RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015 F-ESINA						BAIRRO/DEPARTAMENTO AEROPORTO			CNPJ/CPF 05522917000170		DATA DE EMISSÃO 28/06/2019					
FONE/FAX ,00		UF PI		ISENTO					DATA DE SAÍDA/ENTRADA 28/06/2019							
									HORA DE SAÍDA/ENTRADA 14:52:48							
#1-472,52 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		472,52						
,00		,00		,00		,00		,00								
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESORIAS		VALOR DO IP		VALOR TOTAL DA NOTA				472,52		
,00		,00		,00		,00		,00								
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS																
RAZÃO SOCIAL				FRETE POR CONTA		9		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF	CNPJ/CPF			
				0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO 9 - SEM FRETE												
ENDEREÇO				MUNICÍPIO				UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL						
QUANTIDADE		ESPECIE		MARCAS		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		,000		PESO LÍQUIDO		,000		
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO																
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO		NOMEN	C27	CPOP	UN.	QTD.	VLR. UNIT.	DESCR. UN	VL. UNIT. L	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IP	ALIQ. ICMS	ALIQ. IP
12488	PLACA DCP ESTREITA 3,5 MM 8 FUROS		90211020	040	6108	UN	1,000	183,810	0,00	183,8100	183,81	0,000	,00	,00	,000	,0
	LOTE:922872 SIGTAP-07.02.03.089-9															
	LOTE: LOTE: 1802063217															
	VALIDADE: 08/08/2019															
	OBS:															
	PLACA EM TREVIO 4,5 MM 8 FUROS		90211020	040	5108	UN	1,000	288,710	0,00	288,7100	288,71	0,000	,00	,00	,000	,0
	LOTE:922855 SIGTAP-07.02.03.102-0															
	LOTE: LOTE: MMW9K17															
	VALIDADE: 08/08/2019															
	OBS:															
CÁLCULO DO ISSQN																
INSCRIÇÃO MUNICIPAL			VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS			BASE DE CÁLCULO DO ISSQN			VALOR DO ISSQN							
									,000							
DADOS ADICIONAIS																
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES							RESERVADO AO FISCO									
PACIENTE: RAIMUNDO NOVATO FERNANDES DE MORAIS; LOCAL: HOSPITAL DE URGENCIA DE TEREZINA; CIRURGÃO: DR. FERNANDO DOUTO DE OLIVEIRA; PRONTUÁRIO: 514118; DATA CIRURGIA:28/06/2019.																



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>Rodrigo Neto Francisco de Oliveira</u>		PRONTUÁRIO Nº: <u>514918</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA: <u>gáseas</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>	
CIRURGÃO: <u>D. Fernandes</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR: <u>Cirurgante Felipe</u>	CPF Nº:	
ANESTESIA: <u>D. Thiago Mendes</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA: <u>sabonete</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	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	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			elétricos	und	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>gáseas</i>	und	03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>crepar</i>	und	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	und	06				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <i>gáseas</i>			
VICRYL	0	und	02	CIRCULANTE: <i>luis fiorane</i>			
PROLENE Vicryl 0	und	01					



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 RAJIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS	NASCIMENTO 06/11/1968	SEXO M	PRONTUÁRIO 514118
DOCUMENTO CPF	TELEFONE AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS	RESPONSÁVEL O MESMO		
CEP 64000010	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 TORNозELO DIREITO, APRESENTANDO LESÃO PUNTIFORME, SEM DÉFICIT NEURO VASCULAR APARENTE

##### CONDИOES 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 DISTAL DA TIBIA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		ROCELO ANTONIO NEVES DO REGO CPF: 83823077368 CRM:	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 25/06/2019	ROCELO ANTONIO NEVES DO REGO CPF: 83823077368 CRM:	
DATA ADMISSÃO 25/06/2019 12:25	DATA ALTA 28/06/2019 10:59	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	

#### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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)) MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07929400063 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CONTEÚDO DA AVALIAÇÃO CONFERE COM O ORIGINAL
DATA ANALISE: 25/06/2019 13:16:53	CPF
	CRM
	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

241800

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNACÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>241800</b>

**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 INTERNACAO**

## 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Principais sinais e sintomas clínicos:  
Tremor, dor, deformidade e limitação e anorexia (D)

21 - Condições que justificam a internação:

## 170 ciliata

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

### 3-Diagnóstico Inicial:

24-CTD Print: 25-CTD Sec-1 26-CTD C-sec-1

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

PROCEDIMENTO SOLICITADO											
28-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:									Tempo SUS	
0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO										9999	
29-Clinica:	30-Caráter:			Ident.:	31-Docum.:	32-Doc. Méd. Solic.:					
	02	01			CPF	217.817.218-07					
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:					34-Data Solicitação:					 Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3487 - TBOT 11913	
FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA					25/06/2019						
										35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)	

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

36-( <input type="checkbox"/> ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOE:
38-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Trajeto	<i>Jane Simula Matrícula: 1111111111111111 SALVE-HEUT CICLO 2010-1</i>		

45 - Vínculo com a Previdência:

---

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47 - Data Autorização:	Celso Pires Ferreira Assessor de Auditoria D-CAAFUS CRM-PI 1635-CPF TEL:363.507-9 CNIS 2015056402833333
--	------------------------	--

( ) CNS ( ) CPF

Paciente ou Responsável:

Usuário: (GIOVANNI  
Consulta Local: 726618  
Consulta SUS:  
Impressão: 25/06/2019 12:21:10





**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Raimundo Nonato Fernandes de Moraes

Diagnóstico pré-operatório

FRACT. do pilão tibial + mala. artrosc.

Operação - Tipo

R.A.F.I

Cirurgião

Dr. Fernando

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Colombe

Anestesista

Dr. Thiago Mendes

Anestesia

Argon

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

09080513-5872

4 placas

09080518-5876

3 placas

Relatório Imediato do Patoologista

Acidente Durante a Operação

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

1) Pate 2D/3 sob naquit extensão; 2) Preparo  
hab. tib., 3) Via longa tibial direita lateral e poste  
dura, 4) Redução da F.3/3 + Fracção com  
plicat + pliafusas, 5) Redução do pilão ti  
bial + Fracção com plicat + pliafusas  
6) Lavagem c/ SF 0,9%; 7) Suturas  
8) Curativos

Dr. Fernando C. de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 3467 - TBO 11013

Assinatura:   
Matrícula: CRM-PI 3467  
HUT  
CONFIRMO ORIGINAL

Mod. 76 HUT





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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <i>Zéuvaldo Novato Ferreira de Melo</i>		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:	P脉:	<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. Órgãos aéreos	<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		
ECG:	RX Tórax		
ECO:			

ASA:  Anestesia proposta:  Geral  Outro:

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

CRM:

MOD. 076 - HUT

**PROTÓCOLO DE ANESTESIA**
**UNIDADE DE SAÚDE**

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA URINÁRIO					CORTICOIDES	
SISTEMA ENDOCRINO					ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRE-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA	C° 260 240 2 38 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					SEQUÊNCIA
PULSO						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						DURAÇÃO
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES						
ANESTÉSICOS						
PARITICULARIDADES						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						

MOD 76 - HUT





## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: *Barreto Neto Ferreira Júnior* | Sala: *non* | Data: *28/6/10*  
Procedimento: *Teste fibro* | Cirurgião: *Jenner So Couto* | Observações: *non*

	Agente	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1.			<i>15</i>								
2.			<i>25</i>								
3.			<i>60</i>								
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
Oxigênio											
AR/IN2O											
Volemia		%									

## Acesso Vascular

- Periférico *20g*  
 Cat. Venoso (F: G)  
 Cat. de drenagem venoso  
 Cat. de drenagem

## Acessos

- Cateter nasal  
 IOT nº \_\_\_\_\_  
 LMA nº \_\_\_\_\_

## Monitorização:

- Cardioscopia  
 PANI  
 Oxímetro de pulso  
 ETCO2 r  
 Outros

## Anestesia:

- Geral Venosa  
 Geral Balanceada  
 Rápidas anestesia  
 Peridural  
 Blocoasé Periférico

## SPO2 (%)

## ETCO2 (mmHg)

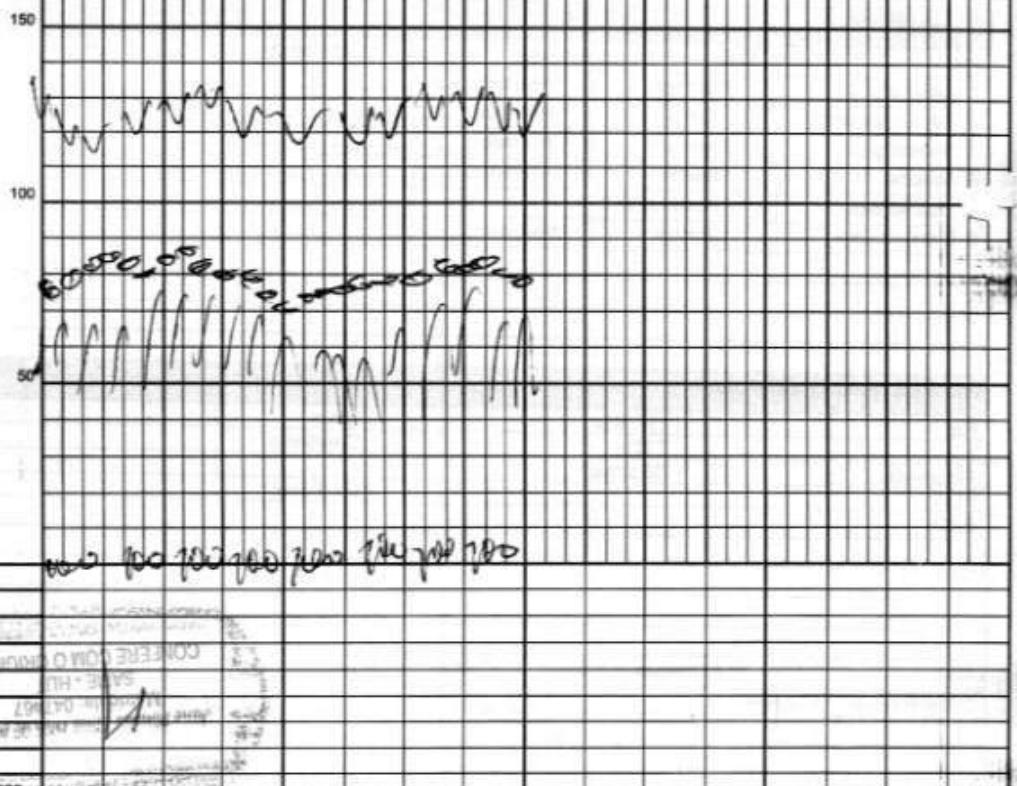
## CO2ER (mmHg O2 exhalado)

## Aces. Venoso

## Aces. Venoso

## Diurese

## Perdas Sanguíneas



Descrição da Anestesia: 1. Anestesia induzida 2. A+H salvo com br + pms 3. 800ml dextrose 26g + mgs 3 ① 100ml glicose 5% em 100ml concreto 3. Glucos 2g 4. Alegria 1g 5. 100ml

Thiago Mendes Barbosa  
Anestesiologista  
CRM - PI 5107 ROE 2912  
Anestesiologista





DR. Raul



PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: PAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORNES

- () 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, TBT = 35.5 °C

Data: 28 de JUNHO de 2019

Enfermeiro responsável: Sheyla Melo Bandeira  
Enfermeira  
COREN - PI 387.24



Rua Otto Tito, 1620, Bairro Redenção.  
Teresina-PI, CEP 64017-775.  
CNPJ 17.577.205/0008-03

86 3229 - 4247

fht.hut@teresina.pi.gov.br





DAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO N.º 11/2014

HOSPITAL URGENCIA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009031217144290000011087066>  
Número do documento: 2009031217144290000011087066

Num. 11710057 - Pág. 68



**SOLICITAÇÃO DE OPME**  
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Raimundo Nonato Fernandes de Moraes

MÉDICO SOLICITANTE: Dr Raul

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 514118

CÓDIGO OPME: 0702030694

**JUSTIFICATIVA:**

*fur fur traçar :  
fracturas avançadas  
período + avulsa*

Teresina, 21/06/19

Assinatura do Médico Solicitante

**AUDITOR:**



**AUDITOR:**

Teresina, 31/07/19

Assinatura do Médico Solicitante

Celso Pires Ferreira Filho  
Assessor de Auditoria DRC/AFMS  
CRM - PI 1629 - CPF: 763.951.537-9  
CNE: 20150000000000000004





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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>241977</b>

## 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

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

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

#### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

from Russ Tandy: Ref.

## 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 Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	<u>31/01/19</u>	 Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCMFMS CRM-F 1029 - CPF: 703363537-4 CRM-F 1029-000000000000 CRM-F 1029-000000000000
		53-Ass.Cirimbo (Rg.Conselho)





SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME 1400

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Rhimundo Nóbato Fernandes de Moraes  
Nº AIH 241977 Nº PRONTUÁRIO 514118

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030694 / 0702030040

### MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME Dr Raul

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 Parafuso  
01 Cixuela

### DADOS DO FORNECEDOR

EMPRESA: \_\_\_\_\_ CNPJ Nº \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

2016-09-20 12:17:15  
Matrícula: 1442900000011087066  
SAME - HU  
CONFIRA SEU DOCUMENTO  
COM O ORIGINAL

### ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS

EM \_\_\_\_\_

Médico Responsável  
(Assinatura e carimbo)

EM \_\_\_\_\_

Raul

Responsável pela autorização  
(Assinatura e carimbo)

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





**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>241977</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

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

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050543</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL</b>	Quant. Solici- cidata: <b>1</b>
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030406</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>FIXADOR EXTERNO LINEAR</b>	
<b>Fornecedor da OPM: SPINE</b>		
36-Profissional Responsável: <b>RAUL RUBEN DE MACEDO NETO</b>	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: <b>28/06/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>004.798.243-80</b>	
<b>41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)</b>		

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*fun. Cervicosa funs Tisar*

**AUTORIZAÇÃO**

50 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>31/06/2019</b>	48-CNS/CPF: <b>.....</b>
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>31/06/2019</b>	52-CNS/CPF: <b>.....</b>
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)  <b>(KARLA BATISTA)</b>



**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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME Raimundo Norito Fernandes de Melo  
Nº AIH 241977 Nº PRONTUÁRIO 514118

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030406

### MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME Dr Raul

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	<u>Firador Linear</u>

Lote: 014665 Código: F08 9 208  
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEOA  
SARTORI - LINEFIX  
TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL  
Fab.:11/03/2019 Val.:03/2024  
Registro Anvisa Nº 80083650031  
Material ACO INOX/ALUMÍNIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 84.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 015395 Código: AF35 8 650  
PINHO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
- X C X 4,5 X 100 X T

- Fab.:15/03/2019 Val.:03/2024  
Registro Anvisa Nº 80083650026  
Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
CNPJ: 84.861.623/0001-00 - 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: 1º via - Prontuário, 2º via - Fornecedor; 3º via - Processo de pagamento.

**SOLICITAÇÃO DE OPME**  
(ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Raimundo Nonato Fernandes de Norais

MÉDICO SOLICITANTE: Dr Raul

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 514118

CÓDIGO OPME: 0702030694

**JUSTIFICATIVA:**

pti. hrt. tio (1)

pragmata avulsão

parafuso + articula

Teresina

06/19

Assinatura do Médico Solicitante

**AUDITOR:**



**AUDITOR:**

Teresina, 1/1

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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>241977</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS</b>	6 - Prontuário: <b>514118</b>
7-CNS: <b>708004343086321</b>	8-Nascimento: <b>06/11/1968</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	10-CPF: <b>_____</b>
11-Mãe: <b>AVILINA RODRIGUES FERNANDES DE MORAIS</b>	12-Fone: <b>_____</b>
13-Resp: <b>(O MESMO)</b>	14-Fone: <b>_____</b>
15-Ender: <b>NAO INFORMADO - MORADA DO SOL - CEP: 64000-010</b>	16-Cod.IBGE: <b>221100</b>
17-Munic: <b>TERESINA</b>	18-UF: <b>PI</b>
	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050543</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL</b>	Quant. Solici data: <b>1</b>
31-Cod.Procedimento Especial <b>0702030040</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>ARRUELA LISA</b>	

Fornecedor da OPM: **SPINE**

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

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

42-Justificativa da 'NÃO' autorização:  <i>... para tratar a fratura...</i>	43-Data Autorização:  <i>28/06/2019</i>	44-CNS/CPF:  <i>.../...</i>
---	---	-----------------------------------

45 - Nome do Profissional Autorizador:  <i>.../...</i>	46-Data Autorização:  <i>28/06/2019</i>	47-CNS/CPF:  <i>.../...</i>
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:  <i>.../...</i>	52-Data Autorização:  <i>28/06/2019</i>	53-CNS/CPF:  <i>.../...</i>

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria  <i>.../...</i>	51-Data Autorização:  <i>28/06/2019</i>	52-CNS/CPF:  <i>.../...</i>
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)  <i>(KARLA BATISTA)</i>





**SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME**

1400

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@spinemdical03.com

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME	Raimundo Norato Fernando de Moraes	
Nº AIH	241977	Nº PRONTUÁRIO 514338
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:		
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030694 / 0702030040		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME	Dr Raul	
CRM Nº	CRM 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	Parafuso cortical
	01	fixa
DADOS DO FORNECEDOR		
EMPRESA:	CNPJ Nº	
ENDEREÇO:		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM _____ / _____ / _____ Dr. Raul Ortopedista CRM 3641 TEOT 1289	EM _____ / _____ / _____ Carol	Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)

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



RECEBEMOS DE Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME  
OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº 000.029.919  
SÉRIE:1

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

I

Nº 000.029.919

SÉRIE : 1

FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO

2219 0711 6641 1800 0130 5500 1000 0299 1910 0000 0011

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

194729990

INSCRIÇÃO EST. SUB. TRIB.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

322190009785555 - 2019-07-09T14:15:50-03

CNPJ

11.664.118/0001-30

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE

CNPJ/CPF

05.522.917/0001-70

DATA DA EMISSÃO

09/07/2019

DIREÇO

Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015

BAIRRO/DISTRITO

CEP

64002-530

MUNICÍPIO

teresina

FONE/FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA/DUPLICATA

(86) 3194-6777

UF

PI

DATA DE SAÍDA/ENTRADA

09/07/2019

HORA DE SAÍDA

14:16:49

Número Data Venc. Valor

001 08/08/2019 23,39

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	23,39
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	23,39

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

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. TRB.
003203	0702030040 - ARRUELA LISA REF. 40100000452 LT: 03907/18	90211020	040	5102	UN	1,0000	8,0500	8,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3444	0702030694 - PARAFUSO CORTICAL 3,5MM REF. 40104500091 LT: 01170/19	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 MACEO 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 Nonato F. de Melo	PRONTUÁRIO Nº:	514118
DIAGNÓSTICO:	Fratura pilão tibial	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Dra. Gláucia	Nº DA SALA:	06
CIRURGÃO:	Dr. Raul	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Estudante	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Raque	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Christiane Vazconcelos	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	2		LÂMINA DE BISTURI N.º 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 N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	4	
GASES	PAC.	4		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N° 21	UNID.	2		Eletrodes	UNID.	5	
FIOS	UNID.	—		OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		Jelco n.º 22	UNID.	4	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—		Utadura expom	UNID.	3	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—		Jane Simões MARIA DE JESUS GOMES SANTOS - HUT CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—		ENFERMÁRIA:			
MONONYLON 2,0		3		CIRCULANTE:			
FITA UMBILICAL		—					
VICRYL 1,0		2					
PROLENE		—					



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

Nº LAUDO: 218731

AIH: 2219100474118

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES  
5828856

CNES  
5828856

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

CONDИOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACIОN  
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRУRGICO

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

INFORMAÇОES COMPLEMENTARES

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

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

COD/DESCRICAو DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
0408050543 - TRATAMENTO CIRУRGICO DE FRATURA DO PILAO TIBIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

CPF: 83823077368

CRM:

CARÁTER  
URGÊNCIA

DATA ADMISSÃO

28/06/2019 10:59

DATA SOLICITAو

28/06/2019

DATA ALTA

30/06/2019 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

TIPO ACIDENTE CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCA)  
CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZACIОN

AUTORIZACIОN

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 AVALIAو /  
AUDITORIA

CONFEDERAو HOSPITALAR  
ORIGINAL

CRM:

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

tblank

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:  
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

3-Nome do estabelecimento executante:  
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

2-CNES  
**5828856**

Código da Internação  
**2419**

4-CNES  
**5828856**

28731

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

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-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**

## 20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*fur Pox urtic / Pox esp*

## 21 - Condições que justificam a internação:

*Inflamação / fur*

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

*Ex físc / B*

24-CID Prin: **5823** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

## 23-Diagnóstico Inicial:

*Fratura da extremidade distal da tibia*

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408050543** 27-Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PÍLÃO TIBIAL**

Tempo SUS  
**4**

## 29-Clinica:

30-Caráter: **Ident.: 02** 31-Docum.: **32-Doc. Méd. Solic.: 004.798.243-80**

## 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

**28/06/2019**

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

**RAUL RUBEN DE MACEDO NETO**

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

## 46 - Nome do Profissional Autorizador:

## AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

**31/07/19**

**Celso Pires Ferreira Filho**  
Assessor de Auditoria DRCAAFMS  
CRM-PI 1639 - CPF: 161.353.551-8  
CRG 201600400933004

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

48-Documento: **CNS** **CPF**

49-Num. Documento:

Usuário: **(KARLA BATISTA)**  
Consulta Local: **726618**  
Consulta SUS:

## 1 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*gmo macedo*

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

Agente	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. Bupivacaina	mg	12											
2. Morfina	mg	80	7354										
3. Fentanil	mcg	50											
4. Midazolam	mg	5											
5. Dipirona	g	2											
6. Oximetazona	mg												
7. Romitidina	mg	10											
8. Betaxa	mg	50											
9.	mg	40											
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.													
101.													
102.													
103.													
104.													
105.													
106.													
107.													
108.													
109.													
110.													
111.													
112.													
113.													
114.													
115.													
116.													
117.													
118.													
119.													
120.													
121.													
122.													
123.													
124.													
125.													
126.													
127.													
128.													
129.													
130.													
131.													
132.													
133.													
134.													
135.													
136.													
137.													
138.													
139.													
140.													
141.													
142.													
143.													
144.													
145.													
146.													
147.													
148.													
149.													
150.													
151.													
152.													
153.													
154.													
155.													
156.													
157.													
158.													
159.													
160.													
161.													
162.													
163.													
164.													
165.				</									



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Raimundo Renato Fernandes de Melo		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura pilão tibial D		
Operação - Tipo	Fratura + fixação externa		
Cirurgião	D. Raul	1º Assistente	Estudante
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	L. LIMA	Anestesista	Ma. Flávia
Anestésico(a)	Raque + etan		
Data da Operação	28/06/2019	Ínicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	Fratura se fechou com osso ossificando: gipsogesso (fixo)		
Relatório Imediato do Patologista	Aporruis avencor (fractura)		
Acidente Durante a Operação			
<b> DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
<p>(1) DSAH</p> <p>(2) Preparo / lavar</p> <p>(3) Isolado + anota A-P.</p> <p>(4) Fechar</p> <p>(5) Curar</p> <p>VERIFICA LIGAÇÕES X-RAY REGISTRA MÉDICO SAME - V CORRESPONDE COM O ORIGINAL</p>			

Mod. 76 HUT



RECEBEMOS DE Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME  
OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº 000.029.920  
SÉRIE:1

## 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

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](http://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

NOSSA RAZÃO SOCIAL

### FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE

CNPJ/CPF  
05.522.917/0001-70

DATA DA EMISSÃO  
09/07/2019

RECO  
Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015

BAIRRO/DISTRITO  
Porenquanto

CEP  
64002-530

INÍCIO

TERESINA

FONE/FAX

(86) 3194-6777

UF

PI

### FATURA/DUPLICATA

Número	Data Venc.	Valor
001	08/08/2019	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	0,00 648,11

### TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOSSO CARRO	0 - Rem.				
ENDERÉSCO					
R:MAGALHAES FILHO,175		MUNICÍPIO TERESINA		UF PI	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	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	V.A.P. TRB
	0702030406 - FIXADOR EXTERNO LINEAR (Ref: F08 8 208 Qtdc: 1 Lote 014065) (Ref: AF35 8 680 Qtdc: 1 Lote 015395)	90211020	040	5102	UN	1,0000	648,1100	648,11	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 M  
CIDO NETO)  
(DATA: 28/06/2019) (HOSP. HUT)

RESERVADO AO FISCO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009031217144290000011087066>  
Número do documento: 2009031217144290000011087066

Num. 11710057 - Pág. 84

**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**

25140

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME	Raimundo Norato Fernandes de Melo	
Nº AIH	241077	Nº PRONTUÁRIO
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:		
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE 0702030406		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME	Dr. Raul	
CRM Nº	CRM 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: 014068 Código: F08 8 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSÉA SARTORI - LINEFIX TIBIA/TEMUR T 300 - ISTERIL Feb.:11/03/2019 Val.:03/2024 Registro Anvisa Nº 800834650031 Material ACO INOX/ALUMINIO
		Lote: 015395 Código: AF35 8 680 PINO INTRAMEDULAR OSSÉO - R X C X 4,5 X 200 X T
		Feb.:15/03/2019 Val.:03/2024 Registro Anvisa Nº 800834650026 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 _____ / _____ / _____ Dr. Raul de Melo Cirurgião-Dentista CRM: 241077 TECOT 12994	EM _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____	EM _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)
NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1º via - Prontuário, 2º via - Fornecedor; 3º via - Processo de pagamento.		



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

#### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>241977</b>

**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:					
-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. 0408050543	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL	
31-Cod.Procedimento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidata: 1

Fornecedor da OPM: SPINE

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

#### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Mr. Ladd & Son Total:

**AUTORIZACAO**

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

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




**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:	<b>RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS</b> (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:	1240382	Convênio: SUS	

**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 CERVICIAIS 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



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. 87

**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:	<b>RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS</b> (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
Requisição:	965921	Solicitação: 15/06/2019	Solicitante: THIAGO MELO DINIZ	Atendimento: 726618
Controle:	1240381	Convênio: SUS		

**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

Professional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>  
Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 88


**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: 50a8m16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 726618  
 Requisição: 965923 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ  
 Controle: 1240386 Convênio: SUS

**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



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. 89

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

**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 SÍNFESE 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

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: 726618  
Requisição: 965923 Solicitação: 15/06/2019 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ  
Controle: 1240384 Convênio: SUS

**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 COSTOFRÉNICOS 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090312171442900000011087066>  
Número do documento: 20090312171442900000011087066

Num. 11710057 - Pág. 91

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

**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 ESFENOIDAIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOIDIAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDIAIS 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

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS  
CRM 3508 PI  
CONFIRMO QUE O LAUDO  
ACIMA  
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. 92



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: 50a9m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 241204  
 Requisição: 965990 Solicitação: 16/06/2019 Solicitante: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO  
 Controle: 1240515 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 25

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Part 5 - Page 100000010

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 MOUÍRA FF

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/09/2020 12:17:15  
<http://tpj1.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009031217144290000011087066>  
Número do documento: 2009031217144290000011087066

Num. 11710057 Pág. 93


**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:	<b>RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS</b> (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



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. 94


**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:	<b>RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS</b> (Prontuário: 514118)		
Endereço:	RUA FARMACEUTICO JAOO CARVALHO 4344 - MORADA DO SOL - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	06/11/1968	Idade: 50a9m9d	Sexo: Masculino
Requisição:	970409	Solicitação: 28/06/2019	Solicitante: RAUL RUBEN DE MACEDO NETO
Controle:	1249492	Convênio: SUS	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

## 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: 1249491 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 25

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exam: 28/06/2010

## 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: Controles de osteossintese

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/08/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

#### Professional Responses



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 - HUIT

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: 54000-010  
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: SUS

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exam: 22/10/2018

PE OU PODODACTILÓ 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.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF 133.903.173-68 CRM PI 1341

Professional 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: **50a11m22d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **747893**  
 Requisição: **1015527** Solicitação: **22/10/2019** Solicitante: **FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA**  
 Controle: **1341748** Convênio: **SUS**

**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

Num. 11710057 - Pág. 98

**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: SUS

**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



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

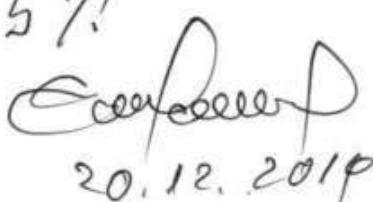
Num. 11710057 - Pág. 99



## RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que estou no momento  
formalmente sócio, fui visto no dia 15.06.19 às  
20:28hs. quando sofri ferida que não  
curou e que fratura exposta na porção  
distal da tibia direita onde foi feita  
cirurgia ecolise a través de cirurgia aberta  
ou seja, pilha, porfuro e fios eletrônicos.  
Completa-se com fratura com fíose exposta.  
Cirurgia definitiva, realizada com  
seguimento: fortes dores, limitação dos  
movimentos, com sensação de  
friozinho e calor intenso  
acompanhado de náuseas subsequentes.  
Com comprometimento funcional  
de 85%.

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologista - Dermatologista  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

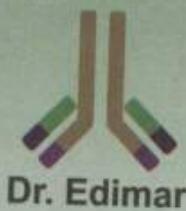
  
20.12.2019

- 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





**RELATÓRIO MÉDICO**

Declaro que sou paciente  
neste consultório da Dr. Edimar, foi vítima  
acidental de furto, foi atendido em  
18.06.19 às 20:28hs. Tinha se sentido forte  
tristeza em dia, curvava com frio  
exposta em povoado distante da Sibá,  
onde foi roubado cirurgicamente um  
móvel composto, com procedimento com  
friose e dor. Com alta definitiva,  
não tem efeitos secundários; fortes horas  
limitadas de desorientação, com  
julgamento de certeza de que  
foi atropelado e ainda apresenta  
resolução claramente. Com o  
reconhecimento de 85%.

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergista - Dermatologista  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CNPJ: 15.844.711/0001-10  
CRM: 2660-MA  
(081) 3222-1987 - Teresina-PI

*Edimar Machado da Silva*

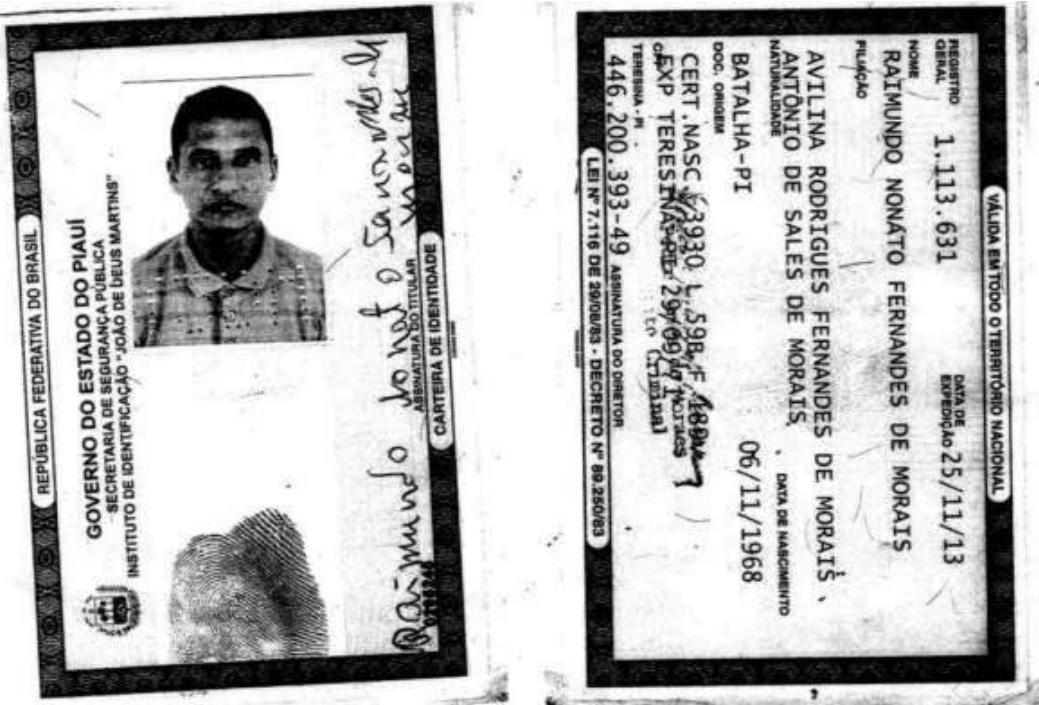
12.06.2020

- 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**

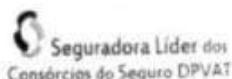
Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva  
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903.0929







## RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

**Vítima:** RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

- CPF: 446.200.393-49

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**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](http://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

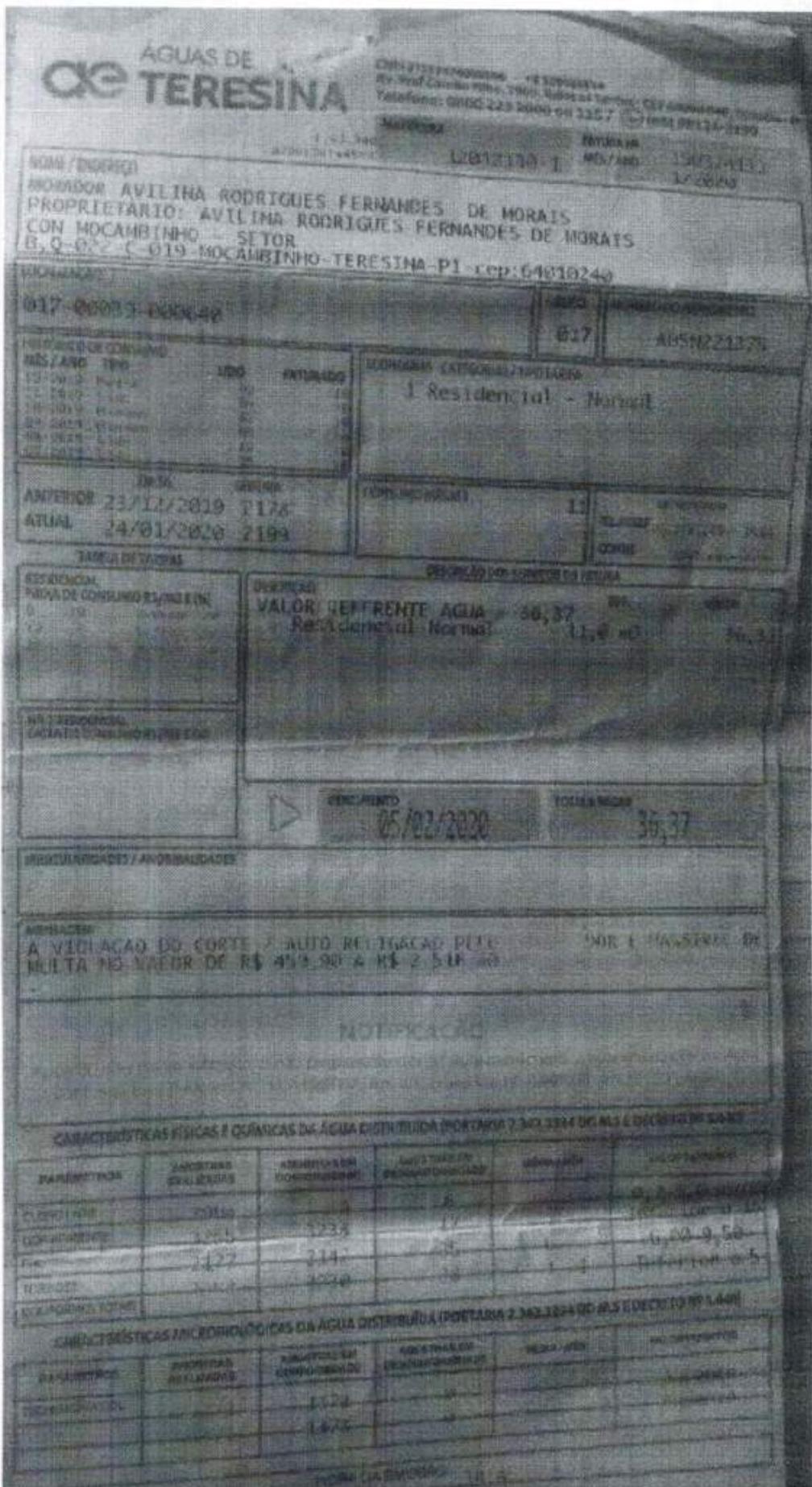
Eu Raimundo Nonato Fernandes  
de morais . CPF: 446.200 393 - 49  
zopie um acidente de trânsito. evoei  
liberaram uma perícia pra mim  
e eu não pude comparecer tava  
com febre, aí pesso que voul  
nem quer novamente.

fico no aguardo .

Teresina pisin 22 /07 /20

Raimundo Nonato Fernandes de morais





## 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

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA E FÍBULA DIREITAS.

**Descrição do exame** VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTANDO DEFORMIDADE NO TERÇO DISTAL DO MEMBRO FÍSICO: INFERIOR DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 20°) DO TORNOCÉLO 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
<b>Total</b>		<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>	



## 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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 INTESA 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: <i>Raimundo Nonato Fernandes de Moraes</i>	RG: <i>1.113.631</i>	Org. Emissor: <i>SSP/PI</i>	D. Expedição: <i>25/11/13</i>
CPF: <i>446.200.393-49</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Desempregado</i>	
Endereço: <i>R. Farm. João Carvalho</i>		Nº: <i>4344</i>	
Complemento: <i>lata</i>		Bairro: <i>Santo Isidro</i>	
Cidade: <i>Teresina</i>	Estado: <i>Piauí</i>	CEP: <i>64000-235</i>	Telefone:

CONSULTE O SELO  
Nº: 11710057

**OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)**

Nome: <b>NELLE ROZE SOARES MARQUES</b>	RG: <b>4.119.262</b>	Org. Emissor: <b>SSS/PI</b>	D. Expedição: <b>23/09/14</b>
CPF: <b>840.173.173-91</b>	Estado Civil: <b>SOLTEIRA</b>	Profissão: <b>RECUSO</b>	
Endereço: <b>RUA 24 DE JANEIRO</b>		Nº: <b>544</b>	
Bairro: <b>CENTRO</b>	Cidade: <b>TERESINA</b>	UF: <b>PI</b>	CEP: <b>64000-235</b>

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

*Raimundo Nonato Fernandes de Moraes*

**Data do acidente de trânsito:** *15/06/2019*

**Cobertura da vítima:** *Invalidez*

**Local / Data:** *Teresina - Piauí - 24/10/2019*

*Raimundo Nonato Fernandes de Moraes*

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAES, DOU FE. EM TESTE. DA VERACIDADE. Terezina-PI, 24/10/2019. Sel: 3467788-2055. www.tjpi.jus.br/PortalExterno. KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS - ESSENVENTE AUTORIZADA. Enviado: 3/05 TJ:0,77 FMP: P10,10 Sel: 0,26 Total: 14,98 - OP: 252. PROCURAÇÃO PARTICULAR.





**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 10°) 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 NOVEMBRO 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

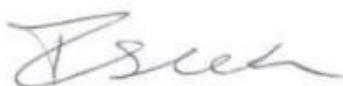
Região Corporal (Sequela):

% 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 MORAIS

**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

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



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. 114

## 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

**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

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](http://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



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. 115

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

**Número do Sinistro:** 3190669685

**Vítima:** RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

**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

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](http://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



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. 116

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### 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](http://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



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. 117

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426869/19

**Número do Sinistro:** 3190669685

**Vítima:** RAIMUNDO NONATO FERNANDES DE MORAIS

**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**

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



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. 118