

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Mensagens, Audiências, Consulta proce..., PJ 0814725-53.20..., Download file..., (27) WhatsApp...

Address bar: Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=529055&ca=c90a3b4410dd7d77fc...

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

PJE Logo | ProceComCiv 0814725-53.2020.8.18.0140 | DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

Search bar: 11927968 - CONTESTAÇÃO (2751254 CONTESTACAO 01)

Metadata: Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 16/09/2020 09:18:06

Left sidebar (16 Sep 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 11927965 - CONTESTAÇÃO
 - 11927968 - CONTESTAÇÃO (2751254 CONTESTACAO 01)
 - 11927972 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11927974 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11927975 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11927978 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main content area (downloadBinario.seam):

1 / 9

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08147255320208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DNVAT em caso de invalidez especial de..."

Taskbar: Windows icons, System tray: PT, 09:18, 16/09/2020



16/09/2020

Número: **0814725-53.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **03/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11927 972	16/09/2020 09:18	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004811

Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15336906

Pag. 01123/01124 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004811

Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

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\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE**

Valor: **R\$ 3.037,50**

Banco: **104**

Agência: **000003101**

Conta: **0000020855-7**

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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: 3103

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 20855

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

MORTE

34

Imagem digital da vítima ou beneficiário (sem assinatura)

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Teresina - Piauí, 08.12.19

William William Coelho Duarte

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011425/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 15:51 Data/Hora Fim: 22/11/2019 16:08
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 08/09/2019 02:30

565293

AVERBAÇÃO COM DATA
CORRETA

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: AV. BARÃO DE CASTELO BRANCO

Bairro: Monte Castelo

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AP - Macapá Sexo: Masculino Nasc: 17/03/1988
Profissão: Barman
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Edna do Socorro Coelho Duarte

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: rua argentina Nº: 420
Bairro: cidade nova

Nome Civil: ELIANE BEATRIZ BARATA ALVES (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Vigia Sexo: Feminino Nasc: 05/01/1988
Profissão: Do Lar
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Alcemira Palmerin Barata

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: rua argentina Nº: 420

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 22/11/2019 16:05
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011425/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 028.521.243-51	Placa PIR6721
Renavam 01080199915	Número do Motor KC22E0G036405
Número do Chassi 9C2KC2200GR036405	Ano/Modelo Fabricação 2016/2015
Cor PRETA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 07/03/2018	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

AVERBAÇÃO

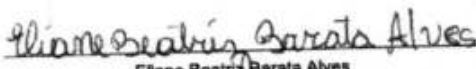
Nome Envolvido	Envolvimentos
Dieime Willian Coelho Duarte	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição carro	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

relata a noticiante que a vítima conduzia o veículo em endereço citado, quando um veículo não identificado colidiu na traseira de sua moto, onde o mesmo foi lesionado, socorrido pelo samu, encaminhado para o hut, prontuário 522254. declarações prestada pela noticiante.

ASSINATURAS


Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
escritão
Matrícula 0097016
Responsável pelo Atendimento


Eliane Beatriz Barata Alves
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 22/11/2019 18:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/09/2020 09:18:06

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091609180547100000011289078

Número do documento: 20091609180547100000011289078

Num. 11927972 - Pág. 5

AVERBAÇÃO

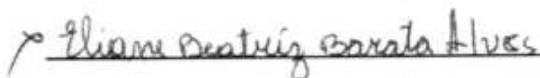
Boletim de Ocorrência PPE nº 011425/2019



AVERBA-SE A ESTE BO PARA INFORMAR QUE A DATA CORRETA
DO ACIDENTE É: 09/09/2019. ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

↑ ↑ ↑ ↑

Teresina, 03 de janeiro de 2020.



Eliane Beatriz Barata Alves

Averbante



ALMIRALÍCIO R. LEBRE CARLOS

APC



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

MORTE

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se não estiver disponível)

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





PREFEITURA DE MUNICIPAL TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **09/09/2019** foi socorrido pelo SAMU o Sr. **Dieime Willian Coelho Duarte** vítima de acidente de trânsito, tendo sido removido para o Hospital de Urgência de Teresina-HUT.

Ressaltamos ainda que a equipe registrou a data do acidente do mesmo em **08/09/2019** ao invés de **09/09/2019**.

Teresina, 23 de Dezembro de 2019.

Aline R. Santos M.

p / *Márcia Veloso Cantanhede*
Gerente Administrativa
SAMU



Rua Coronel Luís Ferraz, 3390. Bairro Macaúba
Teresina-PI CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70



86 3218 - 2880



samuterestina@hotmail.com





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			
	16 Idade	17 Índices de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vitima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow =				
Assistência	24 Sinale Vitais				
	25 Local da lesão				
Hospital de Destino	26 Punhais				
	27 Pulso Radial				
Observações Interdisciplinar	28 Sangramento				
	29 Escala de Dor de 0 a 10				
30 Fratura					
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Obito					
Observações Interdisciplinar					
Assinaturas					

Versão: 27.11.2011



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

CIR. GERAL ORTO

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: WILIAN COELHO DUARTE	Prontuário: 522254
Mãe: EDNA SOCORRO COELHO DUARTE	Paiz:
End. Resid.: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento: 17/03/1988	Idade: 31a5m23d
Responsável: FAGNER	Sexo: Masculino
Profissão:	Fone: 86-99936-5164
G. Instrução: Não informado	CNS:
	Documento: Reg.Nasc: nao informado
	E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 740383	Entrada: 09/09/2019 04:08:25	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura			
Conforme Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS 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/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-MOTO), HA 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA, PACIENTE COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR MÃO D E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO:100.BPM , SAT O2:99%,

C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME GLOBOSO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE.

E) ESCORIAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- (1304796) - T.C. DE CRANIO
- (1304797) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR
- (1304798) - T.C. DE PELVE

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA: / /
---------------------	-----------	-----------

Assinatura Paciente ou Responsável

BRUNO CALAÇA RIBEIRO
CRM PI 3543 Em: 09/09/2019 04:23:42

Joana Lins
Médica
CRM-PI 7212



09/09/19

1007

TE

Classe 10, um defeito

TC Côrtes

→ sem hematomas internos, etc.

cor- um curvatura normal

Antônio Costa
em 3rd

Ortopedia

OS: 04h

Paciente vítima de PAF em coto esquerda,
origem de entrada e saída. Queixa de dor intensa.
RX à prova sem fratura. Pulso presentes (tibia ant.
e poster.)

cd: rebates TC de coto e reavaliação após

OBS: Evolução no prontuário de ortop. et.

Dr. Antonio Guilherme C.S. Farias
Médico
CRM - PI 000100000 10.102

In Geral 9/9/19 8:30h

Paciente segue com abdome indolor e RCP fisiológico.
Tórax/abdome sem hemotórax/pneumotórax, sem pre-
tensão de lig. livre.

cd: Alta da UCI final

À ortopedia

⊕ Dr. Thiago Diniz

Dr. Andreza M. Campelo
Médica
CRM-PI 7148



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: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03101

CONTA: 000000020855-7

Nr. da Autenticação DF3F10CCFDC07DCA





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-80 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ/PI 05/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0021105-2

Nº da Nota Fiscal 027499881

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 29 de abril de 2002.

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (KWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019 26-09-2019 502 528,76

RAIMUNDO NONATO DO NASCIMENTO FILHO
AV. BR. DE CASTELO BRANCO 420 B-URBANO
CPF: 00030714842320
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 14.001.07.31.033500

Atual:	1162	Atual:	19/09/2019
Anterior:	660	Anterior:	20-08-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21-10-2019
Consumo Medido:	502	Emissão:	18-09-2019
Consumo Faturado:	502	Apresentação:	19-09-2019
Forma de Pagamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de Irregularidade:	FCAM		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 13 meses
COMERCIAL	MONO	1701000451		3.1.3.1	391

Mês/ano consumo	CONSUMO	502 A R\$ 0,974683 =	489,29
AGO/19	619	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO&IP)	39,47
JUL/19	553	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 20,06	
JUN/19	340		
MAI/19	364		
ABR/19	404		
MAR/19	326		
FEV/19	326		
JAN/19	317		
DEZ/18	268		
NOV/18	393		

TARIFA SOCIAL: 0,00
E A 502 - 0,00

NOTIFICAÇÃO DE REATIVO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 18-09-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C953.2405.E09E.37AF.E831.1A49.7DA6.BCD3

Distribuição:	96,21	Base de Cálculo:	489,29	357,18
Energia:	185,93	Alíquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	31,45	Valor do ICMS:		132,10
Encargos:	15,39	Valor do PIS:	1,40%	5,03
Tributos:	160,31	Valor do COFINS:	6,49%	23,18

DT	PI	ICMS	PIS	COFINS	TOTAL
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45
0,00			0,00		0,00

ROT: 14.001.07.31.033500



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-80 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)

SEU CÓDIGO

0021105-2

TOTAL A PAGAR - R\$

528,76

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

26-09-2019

Nº da Nota Fiscal:

027499881 FCAM

83630000005 3 28760017000 8 00000000021 6 10520919008 8



SEQ.: 00217 UC: 0021105-2 DT. LET.: 19/09/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 1162 NORMAL TOTAL: 528,76 CARGA: 031
TRFEG.: 000 COLETOR: 1881



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/09/2020 09:18:06

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091609180547100000011289078

Número do documento: 20091609180547100000011289078

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PÊNAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyelly Mariana de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303-100 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Quirine William Carlos Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 969.902.102-06

do sinistro de DPVAT cobertura Furto da Vítima Quirine William Carlos Duarte

inscrito (a) no CPF sob o Nº 969.902.102-06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: 24 de janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Turvinha</u>	Estado: <u>RS</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 994729593</u>

Local e Data: Turvinha - Piauí 08.12.19

Kyelly Mariana de Oliveira
Assinatura do Declarante



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

CIR. GERAL ORTO

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	WILIAN COELHO DUARTE			Prontuário:	522254
Mãe:	EDNA SOCORRO COELHO DUARTE			Pai:	
End. Resid.:	RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	17/03/1988	Idade:	31a5m23d	Sexo:	Masculino
Responsável:	FAGNER		Fone:	86-99936-5164	
Profissão:			CNS:		
G. Instrução:	Não informado		Documento:	Reg.Nasc: nao informado	
			E.Civil:	Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	740383	Entrada:	09/09/2019 04:08:25	Convênio:	S U S	Proced:	0301060061
Motivo da Procura							
Conforme Paciente/Acomp:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS 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/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-MOTO), HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. PACIENTE COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR MÃO D E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

A) VIAS AERIAS PÉRVIAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 100.BPM, SAT O2: 99%,

C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME GLOBOSO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES.

E) ESCORIAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- (1304796) - T.C. DE CRÂNIO
- (1304797) - T.C. DE ABDOME SUPERIOR
- (1304798) - T.C. DE PÉLVIS

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):	DATA:	
----------------------	-------	--

Assinatura Paciente ou Responsável

RAIO-X REALIZADO
DATA 09/09/2019 HORA
TÉCNICO: Luciano

BRUNO CALAÇA RIBEIRO
CRM PI 3543 Em: 09/09/2019 04:23:42





NOME DO PACIENTE: Leizimel Milton Colho Duarte

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522254

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





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



BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 09/09/2019 06:08:52

DADOS DO PACIENTE:

Nome: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE		Prontuário: 522254	
Mãe: EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE	Pai: _____		
End. Resid.: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 17/03/1988	Idade: 31a5m23d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99936-5164
Responsável: FAGNER	CNS: _____		
Profissão: _____	CPF: _____ * RG: _____		
Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)		
End. Local: _____	_____		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 740383	Data: 09/09/2019 04:08:25	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Tipico: Não
CID Secundário: V299		Convênio: S U S

DADOS CLÍNICOS:

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: _____			CID: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Unid. Origem: _____
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência: _____
	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	
	☐ A Pedido		
ÓBITO:	DESTINO:		DATA SAÍDA: ____/____/____
	☐ Até 24 Hs	☐ Família	HORA: ____:____
	☐ De 24 a 48 Hs	☐ IML	☐ Internação na Unidade
	☐ Após 48 Hs	☐ Anat. Patol.	Proced. Solicitado: _____
		CID Compatível: _____	Prof. Solicitante
			Internação: _____

Tranisa conceição da Silva Brito
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura - Profissional

Joana Luciana de Mesquita
Matrícula: 123456
SAME - HUT



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Almeida William Leitho Duarte IDADE _____ anos DATA 12/09/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 40 min TIPO DE ANESTESIA() GERAL() RAQUE() BLOQUEIO() PERIDURAL() SEDACÃO Leve
 CIRURGIA REALIZADA: _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>121/71</u>	<u>137/96</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>98</u>	<u>97</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>95%</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>William Leitho Duarte</u>	

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

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

ESCALA DOR ADMISSÃO



ESCALA DOR ALTA



TOTAL

09

10

ASS.

M^{te} Aparecida Coutinho
COREN-PI 200517 - ENF

M^{te} Aparecida Coutinho
COREN-PI 200517 - ENF

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:40 Admitido na SRPA em POE de 1^o dia cirúrgico para fratura em mão @ submetido ao redução com fioel. Sono leve, eufórico, respiração espontânea com 95%. FC com ritmo regular.

11:10 pte da SRPA

M^{te} Aparecida Coutinho
COREN-PI 200517 - ENF

M^{te} Aparecida Coutinho
COREN-PI 200517 - ENF

RAIO-X REALIZADO
DATA 12/09/19 HORA _____
TÉCNICO: [assinatura]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Diana D. Saleiro
CRM - 5028

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () UNIDADE DE CUIDADOS

12 () 13 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 14 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORTO () NEU () CIR () MÉD



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

Jocina Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 67390
SAME MUST
SEM O ORIGINAL



<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091609180547100000011289078>

Número do documento: 20091609180547100000011289078

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: DEIME W. C. D'ALMEIDA Nº PRONT 522 257 Nº LAUDO 24703

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

DATA: 12/02/19

ASSINATURA DO MÉDICO


Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



16/02/2019 09:06


Joana Luísa Mendes Mesquita
Matrícula: 41300
SAME - HUT
SEM O ORIGINAL



DR. LAD

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: DEIME WILIAN GOMES DUARTE

ENF. 239/46

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

Data: 12 de SETEMBRO de 2019

Enfermeiro responsável: _____

Silvia Almeida
Enfermeira
COREN-PI 307.255

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



86 3229 - 4247



fht.hut@terresina-pi.gov.br

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula 47390
SAÚDE - HUT
CONFIRMAR O ORIENTADOR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

 $k \in \mathbb{N}$

NOME DO PACIENTE		PROFISSIONAL	CLÍNICA	ENF. OU AP LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Jéssica Willert			Ortopédica	039 / 46	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
17					
09					
19					
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA				
3	CEFALOTINA 1G+AD EV 6/6HS	Eduarda Nogueira Visto Núcleo Cirúrgico CRM-PI 3716			
4	RANITIDINA 50 MG - A AMP + AD, EV, 8/8 h				
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 h				
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12h				
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN				
8	CUIDADOS GERAIS				
<i>Núcleo de Saneamento</i> <i>Liquido Saco V 12/12h</i> <i>Atenção ao paciente</i> <i>Tramadol 100mg - 1 AMP + 100ml SF 0,9% 8/8h SN</i> <i>CRIM-PI 2600</i>					

Joana Luísa Mendes de Jesus
Matrícula: 47390
SAME - HJT
CONFERE COM O





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DEIME WILIAN COELHO DUARTE		522254	17/03/1988	26	Ortopédica	239	46	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
12/09/19	FRAT FEMUR D + 3 E 4 DEDOS							
Aguardar imagem								
1	Dieta Oral livre							
2	Jeito salinizado							
3	Liquemine 5000UI _ 0,25ml SC 12/12hs							
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
5	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
7	Neosine 4% 5gts VO a noite							
8	Captopril 25mg 01 comp VO se PAS >= 160 mmHg e/ou PAD >= 110mm							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/09/2020 09:18:06								
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091609180547100000011289078								
Número do documento: 20091609180547100000011289078								

Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM 3415-TEOT/10029 / CRM 1766-TEOT/11305 / CRM 1367

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: DELNE W. C. DUARTE Nº PRONT: 5223 17 Nº LAUDO: 847 292

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

DATA: 13/09/19

Sérgio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



15/09/2019

Júlia Dússia Mendes da Mesquita
Matrícula: 91390
SAME - HUT
COE C&A



RECEBEMOS DE PROTEPI - PRODUTOS TECNOLOGICOS DO PIAUI LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INSCRITO AO LADO		NF-e Nº 000.007.302 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR PROTEPI - PRODUTOS TECNOLOGICOS DO PIAUI LTDA Av. Frei Serafim, 1898-Salas 01e03, - Centro CEP: 64000-020 - Teresina - PI TEL: (86)3217-3490 - FAX: (86)3217-3490 protepi@protepi.com		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000.007.302 FL. 1/1 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 2216 0512 5639 5900 0114 5500 1000 0073 0210 0073 0240 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 422160006984923 31/05/2016 16:46:08
NATUREZA DE OPERAÇÃO Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros		INSCRIÇÃO ESTADUAL 194791548		
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA - C00028		CNPJ / CPF 17.577.205/0001-37		
ENDEREÇO RUA GOV. RAIMUNDO ARTHUR DE VASCONCELOS, -		BAIRRO / DISTRITO PORENQUANTO		
MUNICÍPIO Teresina		UF PI		
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF 12.563.959/0001-14		

DUPLICATAS Nº DUPLICATA 000007302		VALOR 60.000,00	
Nº DUPLICATA 000007302		VALOR 60.000,00	
Nº DUPLICATA 000007302		VALOR 60.000,00	

CÁLCULO DO IMPOSTO BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE CÁLC. ICMS SUBST. 0,00		VALOR DO ICMS SUBST. 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 50.000,00	
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 0,00		OUTRAS DESP. ACESS. 0,00		VALOR DO IPI 0,00	
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 0,00		OUTRAS DESP. ACESS. 0,00		VALOR DO IPI 0,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS RAZÃO SOCIAL PROPRIO - 0001		FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF	
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS												
CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	QNTD.	UNID.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR OUTROS	VALOR TOTAL	VALOR LÍQUIDO
00265	FIOS KIRSCHNER 1.0MM	80211020	940	5102	Und	1.250,000	12,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COD. SUS 0702031348 - Num. Lote: 00788/16												
00266	FIOS KIRSCHNER 1.5MM	90211020	940	5102	Und	1.250,000	12,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COD. SUS 0702031348 - Num. Lote: 00802/16												
00267	FIOS STEINMAN 2.0MM	90211020	940	5102	Und	1.250,000	12,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COD. SUS 0702050792 - Num. Lote: 01076/16												
00268	FIOS STEINMAN 2.5MM	90211020	940	5102	Und	1.250,000	12,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COD. SUS 0702050792 - Num. Lote: 01085/16												

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Valor Aprox Tributos: R\$ 19.254,00 (32,09%) Fonte: IBPT Sistema: AUTOCOM - 8.09f - MD5: 283c47466a3b708dc55bdf9a4b1674b Transacao: 03 / VAP / VENDA A PRAZO (NFE) - Chave: 00004200 Pedido: VAF.0000007302 - Secao: 00002853 - Usuario: CLEIDIANE (1) C.Custos: 0001 / PROTEPI - PRODUTOS TENO - Consultor: 0001 / PROTEPI Observacoes: MEMO Nº 037/2016 EM 10/05/2016 -		RESERVADO AO FISCO
---	--	--------------------

João Luis Mendes de Mesquita
 Matrícula 47390
 SAME - FHT
 CONFERE COM O ORIGINAL





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento		Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI		Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante		Gasoterapia
Hemoderivados		Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise		Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	X	PROK 1,5

HOSPITAL: H.U.T CNPJ: _____
PACIENTE: Deime Wilian Coelho Duarte Nº AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: Roberto CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

*Família com
falta de recursos*

DATA: 12/09/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA: 15/10/19

Assinatura do Médico Solicitante

UT





Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Dieume William L. Duarte Nº PRONT: 522254 Nº LAUDO: 247038

JUSTIFICATIVA

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

DATA: 1 1

TO OFERTADO

Assinon Sergio Leal Teixeira
CRM - 3131
Diretor Técnico - HUT

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

151/0119

ASSINATURA DO AUDITOR

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria - OCA/MMS
CRM - RJ 1629 - CPF - 853.537-9
CNS 20.000.000.000.000



F6 3738.6149



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





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fis Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 12, 09, 19

NOME DO PACIENTE: Delme Wilson C. Dantas	PRONTUÁRIO Nº: 522254
DIAGNÓSTICO: Fratura fêmur	CIRURGIA: Fixação 1/10/19
ANESTESIA: Sedação	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: João-Exp	CPF Nº
AUXILIAR: Guilherme (R)	CPF Nº
ANESTESIA: Flávio	CPF Nº
INSTRUMENTADORA: _____	CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 710	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 715	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	02	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 20	UNID.	01		cateter 02	01		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				elctado	05		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepom	02		
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				escova	03		
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE	elctado		
PROLENO							

Joana Lúcia Mendes de Menezes
Mestre: 47390
S. de - H. de
CONF. COM O ORIM

MOD. 94



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 240742
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219101887882

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 700100961810215	NOME DO PACIENTE DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE	NASCIMENTO 17/03/1988	SEXO M	PRONTUÁRIO 522254
DOCUMENTO 114821	CPF 8688568748	TELEFONE 8688568748	NOME DA MÃE EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE	RESPONSÁVEL O MESMO
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 2094
BAIRRO CIDADE NOVA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS ACIDENTE POLITRAUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA RX FRATURA DO FEMUR DIR E 3º E 4º DEDOS
--

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRATAMENTO CIRÚRGICO
--

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CAJO VAZ DE OLIVEIRA NETO CPF: 77632702334
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 09/09/2019
DATA ADMISSÃO 09/09/2019 04:08	DATA ALTA 12/09/2019 10:25
MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	
CRM:	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO CPF: 22759378353	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: CRM: DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luisa Mendes de Almeida
Matrícula: 47390
SAME - HUT
ANEXE COM O DOCUMENTO





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

240742

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

247038

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

9- Nome: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

6 - Prontuário: 522254

7-CNS:

8-Nascimento: 17/03/1988

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE

13-Resp: FAGNER

12-Fone: 86-99936-5164

14-Cor: Parda

5-Ender: RUA ARAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

ACIDENTE POLITRAUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA
RX FRATURA DO FEMUR DIR E 3º E 4º DEDOS

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

EXAME CLINICO E RX

23-Diagnóstico Inicial:

Informação Posterior)

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0415030013

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo SUS
9999

29-Clinica:

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

02

01

CPF

776.327.023-34

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

09/09/2019

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 / RQE 2425

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

Josana Luiza Mendes de Albuquerque
Médica
Município: HUT
50-Ass.Carimbo (RQ Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

CONF. Usuário: (CAIO VAZ)
Consulta Local: 740383
Consulta SUS:
Impressão: 09/09/2019 09:09:02

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 240742
	AIH: 2219101887882
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 700100961810215	NOME DO PACIENTE DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE	NASCIMENTO 17/03/1988	SEXO M	PRONTUÁRIO 522254
DOCUMENTO CPF 114821	TELEFONE 8688568748	NOME DA MÃE EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 2094
BAIRRO CIDADE NOVA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS ACIDENTE POLITRAUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA RX FRATURA DO FEMUR DIR E 3º E 4º DEDOS
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408020342 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MAO COM FIXAÇÃO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO (Nº DO CONSELHO))
---	---

CARATER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 09/09/2019	CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO CPF: 77632702334 CRM:
DATA ADMISSÃO 09/09/2019 04:08	DATA ALTA 13/09/2019 17:07	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623442300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 25/09/2019 13:43:54 CPF: CRM: DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

240742

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	247038

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE	6 - Prontuário: 522254		
7-CNS:	8-Nascimento: 17/03/1988	9-Sexo: Masculino	
10-Mãe: EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE	12-Fone: 86-99936-5154		
13-Resp: FAGNER	14-Cor: Parda		
15-Ender: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: ACIDENTE POLITRAUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA RX FRATURA DO FEMUR DIR E 3° E 4° DEDOS			
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRURGICO			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): EXAME CLINICO E RX			
23-Diagnóstico Inicial: Fratura de outros dedos	24-CID Prim: S626	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020342	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	Tempo para internar: 2	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 776.327.023-34
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: CAIO VAS DE OLIVEIRA NETO	34-Data Solicitação: 09/09/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 15/10/19	Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria CRM - PI 1435 - CPF 762.963.531-8 CNPJ 07.077.777/0004
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: CAMPARO LEAL Consulta Local: 740383 Consulta SUS: Impressão: 25/09/2019 15:28:18





FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



**Prefeitura de
Teresina**

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Dilma Wilham Coelho Duarte

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☒ Conferir cirurgia agendada 239-46
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☐ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☐ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer registro de enfermagem no prontuário
- ☐ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☐ Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- ☐ Conferir demarcação do local da cirurgia.
- ☐ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

Data: 10 de Setembro de 2019

Enfermeiro responsável: Sirlene Maria da Silva
Enfermeira
COREN-PI 397.365

Handwritten: 34. °C
PA- 140 x 90

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

86 3229 - 4247

Handwritten: Joana Luisa Mendes de Mesquita
Márcia 47.990
SAME - FHT
USE COMO ORIGINAL
fht.hut@teresina.pi.gov.br





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Deime Wilson Coelho Araújo</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>FM T III + IV D D D</i>		
Operação - Tipo <i>RM 1000 4 Hos K</i>		
Cirurgião <i>1000-82</i>	1º Assistente <i>Guilherme (R)</i>	
2º Assistente <i>—</i>	3º Assistente <i>—</i>	
Instrumentador(a) <i>—</i>	Anestesista <i>Flávio</i>	Anestesia <i>Sedação</i>
Anestésico(a) <i>—</i>		
Data da Operação <i>12/09/19</i>	Início <i>10:00</i>	Fim <i>10:30</i>

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

(1) DNR (2) ASSESSUA (3) CAUPE
(4) RM 1000 (5) RM 1000 4 Hos K
(6) RM 1000 (7) TMS

Mod. 76 HUT





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

2474

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

7-CNS:

8-Nascimento: 17/03/1988

9-Sexo: Masculino

6 - Prontuário: 522254

11-Mãe: EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE

CPF:

13-Resp: FAGNER

12-Fone: 86-99936-5164

15-End: RUA ABASTURA N2591 - CIDADE NOVA - CEP: 64000-010

14-Fone: 86-99936-5164

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0408050519

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030910

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-
cidada:

Fornecedor da OPM: SPINE

38-Profissional Responsável:

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

13/09/2019

40-No.Doc. Med. Solicit.

217.817.218-07

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura diaf. de Fêmur

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

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

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Teresa Regina Pereira de Sousa Lima
Médica 0059234
SAÚDE - HUT
Gente Original



H-O-T

MOD 76 - HUT

TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA:

DECLARANTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____ ☐ Paciente☐ Responsável ou Representante Legal*Obs.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo:*

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade Nº: _____ Órgão expedidor: _____

Patologia: _____

1. Declaro que o(a) Dr(a). _____ CRM: _____

Informou-me que, tendo em vista a realização de tratamento cirúrgico para a patologia citada acima será necessária a administração de anestesia podendo englobar anestesia geral, sedação, bloqueios de neuroeixos, bloqueios periféricos, etc

2. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas, declaro que prestei ao médico anestesiológista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, sem ocultar qualquer fato ou elemento.

3. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: ocorrência de dor, náuseas, vômitos e tremores de intensidade variável; complicações de manuseios de vias aéreas e cateterismo de artéria e veia profunda em casos indicados; reações alérgicas e edema de face e olhos, com possibilidade de necrose de pequenas regiões em cirurgias de longa duração; lesões neurológicas relacionadas ao bloqueio espinhal ou ao posicionamento do paciente, temporárias ou não, especialmente em braços, pernas ou olhos; complicações cardiovasculares ou pulmonares, eventualmente graves, como infarto ou embolias que possam levar à morte em várias situações; complicações renais e do sistema de coagulação, assim como reações adversas do organismo à anestesia aplicada, como aquelas decorrentes de incomuns doenças genéticas / neurológicas / musculares / renais / cardiovasculares / metabólicas.

4. Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Fui informado que a medicação administrada causa sonolência, amnésia anterógrada de curta duração e relaxamento muscular, podendo ainda causar alergia cutânea e/ou mucosa. Deste modo, não deverei dirigir veículos ou operar máquinas, não deverei ingerir álcool e não deverei assinar documentos no período de 24 horas após o procedimento. Em caso de sinais alérgicos após o procedimento, deverei entrar em contato com o médico anestesiológista.

7. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e risco do procedimento. Por tal razão e, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

8. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Teresina/PI, 03 de 12 de 2019.

Teresina/PI, 03 de 12 de 2019
Matrícula 058234
SANTANA
Conferência Original

Paciente

Dr. Ednan Soares Coutinho
ANESTESIOLOGISTA
Cadastrado em 2018

Responsável / Testemunha



239-46

Hospital de Urgências de Teresina				Número do prontuário	
>> AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				522 254	
Nome		Dante William C. Duarte		Idade	31
Sexo		Masculino		Peso	74
Altura		1,74			
Diagnóstico		F.A. de F.A.		Cirurgia programada	
Data prevista					
		Sim	Não	Especifique	
HAS					
Ins. Coronariana					
IAM ☐ > 3m, ☐ < 3m					
ICC					
Fibrilação Atrial					
Marca passo					
Outras					
Asma					
DPOC					
Apnéia Obstrutiva do sono					
Hipertensão pulmonar					
IVAS recente					
Outras					
Síndrome nefrótica					
Síndrome nefrítica					
Litíase renal					
Insuficiência renal					
Doença de próstata					
Outras					
Convulsões					
AVC prévio					
Disfunção cognitiva					
Outras					
Hepatite A, B, C					
HIV					
Doença de Chagas					
Outras					
Diabetes Mellitus					
Doenças da tireóide					
Dislipidemia					
Obesidade					
Outras					
Doença de refluxo					
Insuf. Hepática (Child A, B, C)					
Hipertensão porta					
Obstrução intestinal					
Outras					
Patologia neuromuscular					
Patologia da coluna vertebral					
Coagulopatia					
Anemias hemolíticas					
Transfusão sanguínea prévia					
Gravidez					
Morte em anestesia na família					
Tabagismo					
Alcoolismo					
Dependência de drogas					
Penicilina					
Látex					
AINEs					
Outros					
História de intubação difícil					
Medicações usadas de forma regular				Fitoterápicos	
CIRURGIAS ANTERIORES		TIPO DE ANESTESIA		INTERCORRÊNCIAS	
Paciente CTI: ☐ Não ☐ Sim ☐ PIA ☐ PVC ☐ SVD ☐ Glasgow ☐ Drenos ☐ Ventilação Mecânica ☐ Drogas vasoativas ☐					
Hb	Ht	Plt	Leuco	Glic	Glico Hb
Na	K	Ca	Mg	Cl	Cr
Rx tórax	Eco			PTT	RNI
ECG	TE			Ur	Fib
Cat	Outros				
EXAME FÍSICO					
PA 123 x 82	FC 76	Mobilidade Cervical	☒ normal ☐ reduzida	MALLAMPATI	☐ I ☒ II ☐ III ☐ IV
Abertura da boca: ☒ > 40mm ☐ < 40mm	Incisivos protusos: ☐ sim ☒ não	Prótese dentária: ☐ sim ☒ não			
Distância mento-tireóide: ☒ > 6cm ☐ < 6cm	Ausculta respiratória	m/w lat		Ausculta cardíaca RR-T, BNF, SS	
Outros dados importantes					
Doença cardíaca ativa: ☒ não ☐ sim				Capacidade funcional: METS	
Preditores clínicos: ☒ não ☐ sim					
Risco cardíaco do procedimento cirúrgico: ☐ Alto ☐ Intermediário ☒ Baixo					
ASA II					
Necessidade de interconsulta clínica/psicológica: ☒ não ☐ sim					
Previsão de CTI pós-operatório imediato: ☒ não ☐ sim				Previsão de hemotransfusão: ☒ não ☐ sim	
Aprovado para procedimento anestésico: ☐ não ☒ sim				Informado jejum pré-operatório: ☐ não ☒ sim	
Aspectos espirituais/ culturais a destacar: ☒ não ☐ sim					
Planejamento Anestésico				Data:	Médico Anestesiologista/CRM
Geral				09/09/19	Dr. [Assinatura]

Reavaliar em 50.
- Sugiro realização de exames laboratoriais
- Sugiro realização de hemograma

MOD. 00035-HC.3



Nome do paciente: Deime Wilton Leão Duarte Idade: 31 Sexo: M(X) F()

Nº prontuário: _____ Leito: 229 - 1 Data: 13/09/19

Triagem de Risco Nutricional – NRS 2002 – Nutritional Risk Screening

Parte 1 – Triagem inicial		SIM	NÃO
1	Paciente apresenta IMC < 20,5?		X
2	Houve perda de peso nos últimos 3 meses?		X
3	Houve redução na ingestão de alimentos na última semana?		X
4	Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou em UTI?		X

SIM: se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, continue e preencha a parte 2.

NÃO: se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente. Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do risco nutricional

Estado nutricional		Gravidade da doença (efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado nutricional normal ☐	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades nutricionais normais ☐
Leve (Pontuação 1)*	Perda de peso >5% em 3 meses <u>ou</u> ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior. ☐	Leve (Pontuação 1)*	Fratura de quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); diabetes, câncer, hemodiálise crônica. ☐
Moderado (Pontuação 2)*	Perda de peso >5% em 2 meses <u>ou</u> ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida <u>ou</u> ; Ingestão alimentar abaixo entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior. ☐	Moderado (Pontuação 2)*	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas). ☐
Grave (Pontuação 3)*	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) <u>ou</u> ; IMC < 18,5 + condição geral comprometida <u>ou</u> ; Ingestão alimentar abaixo entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior. ☐	Grave (Pontuação 3)*	Trauma craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10). ☐

Escore total = 0

calcular o escore total: **A.** Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); **B.** Some os dois escores para obter o escore total; **C.** Se o paciente apresentar idade ≥ 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Pontuação ≥ 3: o paciente está em risco nutricional e a terapia nutricional deve ser iniciada.

Pontuação < 3: no momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pela **Guideline da ESPEN** para o âmbito hospitalar

***Pontuação = 1:** a necessidade proteica está aumentada, mas o Déficit Proteico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

***Pontuação = 2:** a necessidade proteica está substancialmente aumentada e o Déficit Proteico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais/ dieta enteral.

***Pontuação ≥ 3:** a necessidade proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais/ dieta enteral.

Resultado da triagem: ☒ Sem risco nutricional
☐ Sem risco, com aumento das necessidades proteicas
☐ Com risco nutricional

Responsável pelo preenchimento: _____

Tatiana Calabrese
Tatiana Calabrese
NUTRICIONISTA
CRN 10169/6ª REGIÃO

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lapa
Teresa Raquel Pereira de Sousa Lapa
Matrícula: 058234
SAÚDE - HUT
Confirmação Original

Mod. 29 HUT





Dr. Fernando

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Deime William Balho Duar

- ☒ Conferir a identificação do paciente 229 - 1
- ☒ 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 NEGA
- ☒ 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 - 110/70 Tax: 35°C

Data: 13 de 09 de 19

Enfermeiro responsável: [Assinatura]

Luiza Pereira da Silva
COREN-PI: 124844-ENF

Luiza Pereira da Silva
Matrícula: 150234
SAÚDE FHT
Contato: 86 3229-4247

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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Duane William Polito Duarte IDADE 31 anos DATA 13/09/20
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 31 min TIPO DE ANESTESIA GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA ORBITECTOMIA FÊMUR CIRURGIÃO Simão

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>142 x 82 mmHg</u>	<u>138 x 75</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>98 bpm</u>	<u>78</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>93%</u>	<u>93%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE ESCALAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>
ESCALA DE DOR SAÍDA		ASS.	<u>Indolência</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasogástrica
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em POI de
estomatite de fêmur; segue calmo; consciente; aq. - 1-
ansia: fútil
484.168

RAIO-X REALIZADO
 DATA 13/09/19 HORA 21:00
 TÉCNICO: Daniela

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Luan Gonçalves Granjeiro
MÉDICO
CRM-PA 4538

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

() 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA () PED () TORT () NEU () CIR () MÉD



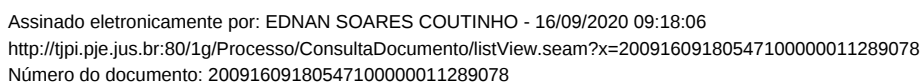


PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

RECEBEMOS DE Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda-ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA ABAIXO		NF-e Nº 000.030.822 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

Spine Medical Produtos Hospitalares Ltda.  R. Magalhães Filho, Nº 175 Bairro: Centro Teresina - PI CEP: 64000-128 FONE: (86) 3221-0318		DANFE Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada ☐ 1 1 - Saída ☒ Nº 000.030.822 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 2219 0911 6641 1800 0130 5500 1000 0308 2210 0000 0011 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA INSCRIÇÃO ESTADUAL 194729990		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 322190013799095 - 2019-09-19T16:48:30-03 CNPJ 11.664.118/0001-30	

DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE ENDEREÇO R. Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 3015 MUNICÍPIO Teresina		CNPJ/CPF 05.522.917/0001-70 CEP 64002-530 UF PI INSCRIÇÃO ESTADUAL	DATA DA EMISSÃO 19/09/2019 DATA DE SAÍDA/ENTRADA 19/09/2019 HORA DE SAÍDA 16:49:29
--	--	---	--

Número	Data Vcto.	Valor
001	19/10/2019	296,13

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	296,13		
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VAL. APROX. TRIB.	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	296,13

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO														
COD	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.
751	0702030910 - PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 mm LARGA (INCLUI PARAFUSOS) (Ref: 40104500344 Qtd.: 1 Lote: 05996/17) (Ref: 40104500360 Qtd.: 1 Lote: 05997/18) (Ref: 40104500360 Qtd.: 2 Lote: 07506/18) (Ref: 40104500387 Qtd.: 1 Lote: 00441/19) (Ref: 40104500409 Qtd.: 1 Lote: 00453/19) (Ref: 40104500441 Qtd.: 1 Lote: 01107/18) (Ref: 40104500565 Qtd.: 2 Lote: 06009/18) (Ref: 40104500646 Qtd.: 1 Lote: 05956/18) (Ref: 40202000109 Qtd.: 1 Lote: 04951/17)	90211020	040	5102	UN	1,0000	296,1300	296,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (PCT: DIEDEME WILLIAN CORELHO DUARTE) PRONT 522254 (CONV: SUS) (DR: FERNANDO C DE OLIVEIRA) (DATA: 13/09/2019) (HOSP: HUT)		RESERVADO AO FISCO
---	--	--------------------





INDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE /HOSPITAL
RESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE						PRONTUÁRIO		DATA NASC.		IDADE	CLINICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DEIME WILLIAN COELHO DUARTE						522254		17/03/1988		31				
DATA/HORA CÓDIGO														
PRESCRIÇÃO MÉDICA														
DI:														
09/09/2019						FRAT FEMUR D + 3 E 4 DEDOS								
15/09/19														
1 Dieta oral livre														
2 Jelco salinizado														
3 Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs														
4 cefalotina 1g+ AD EV 6/6H														
5 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs														
6 Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN														
7 Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN														
8 Neozine 4% 10gts VO noite														
9 Cuidados gerais e sinais vitais														
<i>Anexo clínico estôm., P.O. limpo, Alte hospitalar.</i>														
Dr. Giordano Conzemberger / Dr. Valdir Augusto Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H.L. Pessoa Filho														
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia														
CRM3435-TEOT10029 / CRM92308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367														





SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME

1948

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

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

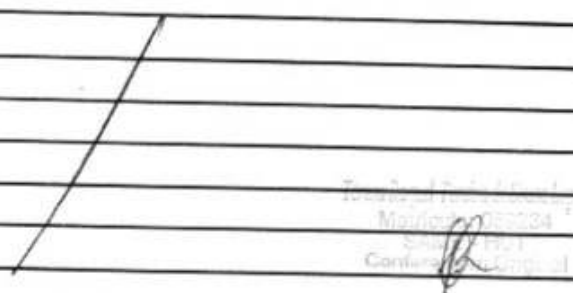
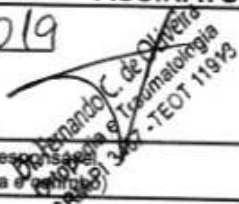
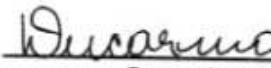
Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax. 3221-0318 CEP: 64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

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

358

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME	Wesley William Coelho Duarte	
Nº AIH	247406	Nº PRONTUÁRIO
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:		522254
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE		
0702030910		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME	Dr. Fernando	
CRM Nº	CPF Nº	
DATA INTERNAÇÃO		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL
		13.09.2019
MATERIAL UTILIZADO		
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.)
	01	Placa DCP larga 4.5mm
		Parafusos corticais
		
DADOS DO FORNECEDOR		
EMPRESA:		CNPJ Nº
Spine medical		
ENDEREÇO:		
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM	13.09.2019	EM
		
Médico Responsável (Assinatura e carimbo)		Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)

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





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	247406

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE	6 - Prontuário: 522254		
7-CNS:	8-Nascimento: 17/03/1988	9-Sexo: Masculino	CPF:
11-Mãe: EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE	12-Fone: 86-99936-516		
13-Resp: FAGNER	14-Fone: 86-99936-516		
15-End: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - CEP: 64000-010	16-UF: PI	19-CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050519	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030910	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LARGA (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- citada: 1
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 34577 EOT 11913
39-Data Solicitação: 13/09/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 217.817.218-07	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratur. diaf. de Fêmur

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 1 / 1	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 08/10/19	52-CNS/CPF: 222254
	53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO Assessor de Auditoria - 222254-00 CRM-PI 1808 - CPF: 373.216.453-00 CNS 170600533240003	

Terceiro Especialista
Mestrado 22234
SUS
Gentem de Original

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO
Assessor de Auditoria - 222254-00
CRM-PI 1808 - CPF: 373.216.453-00
CNS 170600533240003





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13/09/19

NOME DO PACIENTE: <u>Dianne William E. D. Costa</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>522254</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: _____	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Fernando Couto</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº _____
ANESTESIA: <u>Dr. Lison</u>	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Valdineia</u>	CPF Nº _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 6,5 e 7,0	PAR	08	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8,0 e 8,5	PAR	06	
AGULHA RAQUE	UNID.	05		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	950	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	08	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	02		Exame	e	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Terminado Nº 059224 SOL - 14/07 Contrato nº 011-19			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	Klenia		
VICRYL	1	03		CIRCULANTE:	Guadalupe		
PROLENO							

MOD. 94



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 242497
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219101907352

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 700100961810215	NOME DO PACIENTE DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE	NASCIMENTO 17/03/1988	SEXO M	PRONTUÁRIO 522254
DOCUMENTO CPF 114821	TELEFONE 8588568748	NOME DA MÃE EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		RESPONSÁVEL O MESMO	
BAIRRO CIDADE NOVA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	NUMERO / LOTE 2094

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS ACIDENTE POLITRAUMA DOR E EDEMA MÃO DIREITA E COXA DIREITA RX FRATURA DO FEMUR DIR E 3º E 4º DEDOS
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRATAMENTO CIRÚRGICO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) RX
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 040805019 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA CPF: 217817218079 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 13/09/2019
DATA ADMISSÃO 13/09/2019 17:07	DATA ALTA 15/09/2019 09:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 87934400363 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 13/09/2019 17:30:31 CPF:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

242497

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

247406

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

6 - Prontuário: 522254

7-CNS:

8-Nascimento: 17/03/1988

9-Sexo: Masculino

11-Mãe: EDNA DO SOCORRO COELHO DUARTE

12-Fone: 86-99936-516

13-Resp: Fagner

14-Cor: Parda

15-Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Trauma, dor, deformidade e limitação em movimento

21 - Condições que justificam a internação:

TTO cirúrgico

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise do fêmur

24-CID Prim:

S723

25-CID Sec:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408050519

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

CPF

217.817.218-07

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA

34-Data Solicitação:

13/09/2019

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3047 - TEOT 11913

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

08/10/19

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Autorização de Internação Hospitalar

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Ednan Soares Coutinho

52-Assinatura do Profissional Autorizador

53-Assinatura do Profissional Autorizador

54-Assinatura do Profissional Autorizador

55-Assinatura do Profissional Autorizador



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/09/2020 09:18:06

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091609180547100000011289078

Número do documento: 20091609180547100000011289078



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente D. Elton William Correia Duarte

Diagnóstico pré-operatório Fratura dist. de Fêmur

Operação - Tipo R.A.F.I

Cirurgião Fernando Caro 1º Assistente

2º Assistente Fernando C. de Oliveira

Instrumentador(a) Anest. Dr. Fernando C. de Oliveira Anestesia

nestésico(a)

Data da Operação Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Corte reto sob traqueia + propeno hab. tid.
- 2) Via lateral + dissecação
- 3) Redução + fixação c/ placa + parafusos
- 4) Lavagem c/ SF 0,9% + sutura
- 5) Curativo

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

Tratado Cirúrgico de Sinaliza
Município de Teresina
SAMUT HUT
Centro Cirúrgico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

Página 1 de 2

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304799 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE TORAX

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

RELATÓRIO:

- GRANULOMA CALCIFICADO NO ÁPICE DO PULMÃO ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 0,5 cm.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Tecno Assist. Médico de Saúde Lopes
Matrícula: 059234
SAM HUT
Conferido Original



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE DIEME WILLIAM COELHO DUARTE				Nº DE REGISTRO 247496	
DATA: 13/09/19	P. ARTERIAL 140x80	PULSO 85	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA				DOS. URÉIA	
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO PCTE ACITADO, PÂNICO DE ANESTESIA				CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 AR 2 50% 3				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				DORMAN 10 COTAMINA 1 PROPOL 1 ATRALUTIN 1 ATROPINA 1 NIDOSTIGMINA 1 DIPLOMINA 1 ONDANSETRONA 1 TILATIL 1 ETILLOFAN 1
TEMPERATURA T	Cº 260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			SEQUÊNCIA
P. ARTERIAL V O PULSO	38				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO O					
SÍMBOLOS		16:30		15:09	
TÉCNICAS BLOQUEIO SUBARACNOIDEO + ORAL BALANÇADA				INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES				NÃO HOUVE	
CIRURGIÕES DR. FERNANDO COUTO				101 POR AGITAÇÃO	
ANESTESISTAS DR. MIRAN DR. RAFAEL					
Rafael de Moraes Machado ANESTESIOLOGISTA CRM-PR 10549					
PARITICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
				Tereza Ingrid Ferreira de Souza Lopes Matrícula 2058234 SAM - HUT Conferência Original	

MOD 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/09/2020 09:18:06

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091609180547100000011289078

Número do documento: 20091609180547100000011289078

Num. 11927972 - Pág. 55



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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997914 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304863 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 09/09/2019

MAO DIREITA

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

- Fraturas completas nas falanges proximais do 3º e 4º quírodáctilos com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Terceira Assinada por: Luis Cezar
Médico: 059234
S.U.E. - HUT
Confere com Original

Terceira Assinada por: Luis Cezar
Médico: 059234
S.U.E. - HUT
Confere com Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág. 1 de 2

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997914 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304864 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 09/09/2019

COXA DIREITA

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

- Fratura transversa completa recente desalinhada na diáfise proximal do fêmur.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Tecnicidade: Pedro de Sousa Jr.
Matrícula: 058734
SAM HUT
Confirmação: C





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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997915 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304865 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 09/09/2019

JOELHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Teresina, 17 de Setembro de 2019
Metrícula: 859234
SAME HUT
Confere Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997915 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304866 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 09/09/2019

PERNA DIREITA

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Tenente Coronel Carlos Augusto Moura Fe
Matrícula: 259234
SAÚDE HUT
Carimbo Original



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/09/2020 09:18:06

<http://tjpi.pje.jus.br:801g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091609180547100000011289078>

Número do documento: 20091609180547100000011289078

Num. 11927972 - Pág. 59



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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247297
Requisição: 999913 Solicitação: 13/09/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1309111 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 01

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 13/09/2019

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura recente alinhada na diáfise proximal do fêmur fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/09/2020 09:18:06
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091609180547100000011289078
Número do documento: 20091609180547100000011289078





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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304797 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

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

RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEM NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

Teresina, 09/09/2019
Márcio de Sousa Lopes
SAU - HUT
Confirmação Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304796 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/09/2019

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.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/09/2020 09:18:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091609180547100000011289078>
Número do documento: 20091609180547100000011289078



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Página: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304798 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE PELVE

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

RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Teresina, 09 de Setembro de 2019
Metrícula: 259234
SAMBUT
Conferido em Original



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304796 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/09/2019

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.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luisa de Almeida
Matrícula: 47.700
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304797 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

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

RELATÓRIO:

- FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA.
- AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEM NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes de Albuquerque
Médica: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM OUTROS





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

PAGE: 1/10

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304798 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE Pelve

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

RELATÓRIO:

- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS OU LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.
- ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.
- ESTRUTURAS ÓSSEAS DA BACIA SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA Pelve NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Almeida
Matrícula: 47380
SAME - HUT
CONFERE COM





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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a5m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997886 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304799 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE TORAX

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

RELATÓRIO:

- GRANULOMA CALCIFICADO NO ÁPICE DO PULMÃO ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 0,5 cm.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/09/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luiza M. de M. M. M.
Matricula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

PAGE: 1 DE 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997887 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304800 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 09/09/2019

MAO DIREITA

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

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

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 20/09/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997914 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304863 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 09/09/2019

MAO DIREITA

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

- Fraturas completas nas falanges proximais do 3º e 4º quirodáctilos com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Larissa Mendes de Mesquita
Métrica: 47390
SAME - HUT
CONFIRME COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997914 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304864 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 09/09/2019

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura transversa completa recente desalinhada na diáfise proximal do fêmur.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes de Menezes
Matrícula 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997915 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304865 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 09/09/2019

JOELHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável



João Luis Soares de Sousa
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE

**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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740383
Requisição: 997915 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
Controle: 1304866 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 09/09/2019

PERNA DIREITA

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT





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: **DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE** (Prontuário: 522254)
Endereço: RUA ABAETUBA N2591 - CIDADE NOVA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/03/1988 Idade: 31a6m1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247297
Requisição: 999913 Solicitação: 13/09/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1309111 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 01

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 13/09/2019

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura recente alinhada na diáfise proximal do fêmur fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Joana Lúcia Mendes de Almeida
OAB/PI: 47360
SAME - HUT
CONFERE E ASSINA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

1919872460

VALIDE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1919872460

RENATA MOURA DE OLIVEIRA

CPF: 033.542.308-00

DATA DE NASCIMENTO: 28/11/1979

ENDEREÇO: RUA MOURA DE OLIVEIRA

CIDADE: PIAUI

ESTADO: PIAUI

DATA DE EMISSÃO: 21/08/2019

VALIDADE: 20/08/2020

IDENTIFICADOR: 07318478449

RENATA MOURA DE OLIVEIRA

PIAUI



MURILLO DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE
Emp: R\$ 2,48 TJ R\$ 0,50 MP R\$ 0,08 Selo R\$ 0,26 Total R\$ 3,30

ABELONATO
AN DE
BARBARA ALENCAR
RAITAS SILVEIRA
ia Interna
quim Nelson
C. 17 - Dirceu I

[illegible]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004340/20

Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

CPF: 969.902.102-06

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 09/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIEIME WILLIAN COELHO
DUARTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE : 969.902.102-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200004811 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO DIREITA COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR(PLACA E PARAFUSO);DE 3º E 4º DEDOS - FIO DE K.
ALTA MÉDICA. P.06/17/39/55/59

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
E DE LEVE DE 3º E 4º DEDOS DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Dieime William Coelho Duarte
RG: 7.560.533 Orgão Emissor: SSP-AP
CPF: 969.902.102.06 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: Parado Profissão: autônomo
Endereço: Av. Br. de Castelo Branco Nº 420
Bairro: urbano Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-PI
Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554 Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Dieime William Coelho Duarte
CPF: 969.902.102.06 Data do Acidente: 08/09/19

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina-Piauí 25/09/2019
Local e data

Dieime William Coelho Duarte
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004340/20

Vítima: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

CPF: 969.902.102-06

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

DIEIME WILLIAN COELHO DUARTE : 969.902.102-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior

