
Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200241074

Vítima: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 26/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

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



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200241074

Vítima: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

Data do Acidente: 26/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 000000069900-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 051.968.993-32 4 - Nome completo da vítima: Expedito Rodrigues dos Santos Júnior

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

5 - Nome completo: Expedito Rodrigues dos Santos Júnior 6 - CPF: 051.968.993-32
7 - Profissão: Bombeiro hidráulico 8 - Endereço: F casa 14 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Sebastião 12 - Cidade: Ceresina 13 - Estado: PA 14 - CEP: 64069-990
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 98991-4516

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 00069960 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

40 - Local e Data, 09/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100121.000457/2020-44

Unidade de Registro: 10º DP DE TERESINA

Resp. pelo Registro: Francisco Franco Batista Da Silva

Data/Hora: 03/07/2020 - 15:20

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

21º DP DE TERESINA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

QD-C CASA-09, Nº:

Complemento

Data/Hora

26/03/2020 - 21:00

Bairro

TABOCA DO PAU FERRADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EXPEDITO RODRIGUÊS DOS SANTOS JÚNIOR

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA BETANIA ARAUJO SANTOS

Endereço: QD- 14 CAS- 18, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9558-7620

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

Veio comunicar que conduzia a motocicleta HONDA/CG 125 FAN placa OUC 2466 na cor vermelha de propriedade José Araújo dos Santos quando veio a chocasse contra o buraco na via vindo a se lesionar condutor da moto, Expedito Rodrigues dos santos Junior, socorrido pelo SAMU e levado para o HUT.

Francisco Franco Batista Da Silva - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

Expedito Rodrigues dos Santos Junior
EXPEDITO RODRIGUÊS DOS SANTOS JÚNIOR - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Reiko Leal Parreira
Lacey Reiko Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Matr. 196.331-7

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 051.968.993-32 4 - Nome completo da vítima: Exedito Rodrigues dos Santos Júnior

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

5 - Nome completo: Exedito Rodrigues dos Santos Júnior 6 - CPF: 051.968.993-32
7 - Profissão: Bombeiro Hidráulico 8 - Endereço: F casa 14 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Sebastião 12 - Cidade: Ceresina 13 - Estado: PA 14 - CEP: 64069-990
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9891-4516

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0004 CONTA: 00069960 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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.

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

40 - Local e Data, Terreiros, 07/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 15/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000069900-3

Nr. da Autenticação 2A16E5C650725B08

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.157.474/0001-06 - I.E. 191905374
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - ☎ 0800 223 2000 ou 155 / ☎ (86) 98324-3199

NOME / ENDEREÇO
MORADOR MARIA ELIANE SILVA SANTOS
28372874-4
FATURA Nº
MÊS / ANO 861605
5/2020

CON RESID PEDRO BALSI-QUADRA-14 CASA-18-SAO
SEBASTIAO-TERESINA-PI-Cep:64089060

LOCALIZAÇÃO
009-00045-007500

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS / ANO TIPO LIDO FATURADO
04-2020 Lido 51 01
03-2020 Média 99 10

GRUPO 009 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y195593145

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁRIFA
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS ANS 11
MÊS (m³) 30

PREPASEP 12,7400012
COMISS 27,41+1,45% = 2,48
TOTAL 29,61+2,48 = 32,09

TABELA DE TÁRIFAS

RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M³ E (R\$)

DESCRÇÃO
VALOR REFERENTE ÁGUA = 19,16
Resid social-Normal 11,0 m³
LIGACAO DE ÁGUA 003/012 19,16
10,45

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M³ E (R\$)

0 18 1,3-450 80
18 25 5,7-120 80
25 999999 9,96-12 80

REGULARIDADES / ANORMALIDADES

VENCIMENTO 26/05/2020 TOTAL A PAGAR 29,61

NOTIFICAÇÃO

NOSSOS ARQUIVOS ACUSAM 1 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/05, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 8, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	1540	1537	3	1,43	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	2129	2101	28	4,06	Inferior a 15
TURBIDEZ	1744	1682	62	6,51	6,00-9,50
COLORIMETRIA	2132	2099	33	1,79	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 8, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLÓGENA COLI	655	655	0	Ausente	Ausente
	655	655	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 14/05/2020 HORA DA EMISSÃO: 09:28

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRICULA 28372874-4 FATURA Nº 861605
MÊS / ANO 5/2020

VENCIMENTO 26/05/2020 VALOR A PAGAR 29,61



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados na próxima fatura.



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA
DR. ZENON ROCHA**

NOME DO PACIENTE: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JÚNIOR

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 544993

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

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 - Fátima - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-70 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEVRY
ORTOK *inseto OK*

SUTURA PENDENTE

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR		Prontuário: 541993
Mãe: MARIA BETANIA ARAUJO SANTOS	Pai: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS	
End.Resid.: QUADRA F CASA 14 - SAO SEBASTIAO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 06/06/1992	Idade: 27a9m20d	Sexo: Masculino Fone: 86-99558-7620
Responsável: MARIA ELIANE	CNS: 701206047532412	
Profissão: BOMBEIRO HIDRAULICO	Documento: RG: 3280415 - SSPPI	
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 773531	Entrada: 26/03/2020 21:34:53	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura Informe Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: queda de moto apresentando lesão profunda com perda de tecido na região do joelho direito e escoriações no dorso do pé direito, nega alergias, nega outras patologias, não fez uso de medicamentos. pressão arterial: 100/60		FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO COREM 147265 PI Em: 26/03/2020 21:40:17

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 QUEDA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. COM INGESTÃO DE BEBIDA ALCOOLICA, SEM CAPACETE, COM RELATO DE DESORIENTAÇÃO. QUEIXA-SE DE CEFALIA E DOR EM OMBRO DIREITO. AO EXAME: ESCORIAÇÃO EM OMBRO DIREITO, PÉ DIREITO. COM LESÃO EM JOELHO DIREITO. SEM RELATO DE LESÃO "ORACO-ABDOMINAL.
--

A cirurgia pode
Dr. Thomaz Oliveira
Médico
CRM-PI 7830

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares: (1475402) - JOELHO DIREITO (1475403) - PE OU PODODACTILO DIREITO (1475404) - PERNA DIREITA	RAIO-X REALIZADO DATA 26/03/2020 Técnico: <i>76</i>
---	--

Prescrição Médica: DIPIRONA - 1 AMP + AD, EV, AGORA	<i>NS</i> Dina Vieira e Silva SAME - HUT Conferir com o Original
---	--

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto): DATA: / / HORA: :

Maria Eliane Silva Santos
Assinatura Paciente ou Responsável

Vitor Bezerra
MÉDICO UESPI
CRM-PI 7973
WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 26/03/2020 21:50:51



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 Cod: 5250	02 Data do chamado 26/03/2020	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 10:50H	05 Chegada ao local 21:00H
	06 Saída do local 21:25H	07 Chegada ao 1º hospital 21:40H	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço PSH Tabaco Ad C Casa 09	11 Bairro Tabaco	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Praça				
Dados do Paciente	14 Nome Expedito Rodrigues dos S. Lima	15 Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado			
	16 Idade 27a	☐ 1-Dia ☐ 2-Mês ☐ 3-Anos ☐ 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ☒ Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado	
Tipo de ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio ☒ Queda de moto 06 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
	19 Vítima ☒ 1 - Pedestre ☒ 2 - Condutor ☒ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção ☒ 1 - A pé ☐ 2 - Automóvel ☒ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida ☒ 1 - Automóvel ☒ 2 - Motocicleta ☒ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta	☒ Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança ☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 100 Resp. PA TAX. Sat02 98%
	25 Local da lesão 				
Assistência	26 Pupilas ☐ 1 - Iguais ☐ 2 - Desiguais		27 Pulso Radial ☐ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sangramento ☒ Sim ☐ 2 - Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 ☒ 30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada 2 - Não 3 - Suspeito		
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) ☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica		32 Hospital de Destino HUT		
	33 Condições de entrada ☐ 1-Melhorado ☐ 2-Piorando ☐ 3-Inalterado		34 Óbito ☐ 1-Sim ☐ 2-Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	Cliente sofreu queda de moto, apresentando lesão profunda com perda de tecido na região do joelho @ + escoriações no dorso do pé @.				
	Dina Vieira e Silva SAME - HUT Conferir com o Original				
Francisco Alexandre C. Iblapine Enfermeiro Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE A. J. de Jesus		Enfermeiro Condutor Josi Carlos	



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

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Espedito Rodolpho dos Santos Junior

Diagnóstico pré-operatório

Fratura comminuta de torçao (D)

Operação - Tipo

Cirurgião

Ayana

Dr. Ayana Souza
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM - RJ 374571 (P)

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Claudio

Anestesista

Italo

Anestesia

Diapens

Anestésico(a)

Data da Operação

28.03.2020

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Paciente em posição supina
- 2) Anestesia e analgesia
- 3) Corte
- 4) Preparo da pele
- 5) Colocação de tração longitudinal
- 6) Redução e colocação de placa
- 7) Sutura
- 8) Curativo

Dina Vieira e Silva
SAME - HUI
Confere com o Original

Dr. Ayana Souza
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM - RJ 374571 (P)



**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	260719

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR				6 - Prontuário: 541993			
7-CNS: 701206047532412		8-Nascimento: 06/06/1992		9-Sexo: Masculino		CPF: . . -	
1-Mãe: MARIA BETANIA ARAUJO SANTOS						12-Fone: 86-99558-7620	
13-Resp: MARIA ELIANE						14-Fone: 86-99558-7620	
15-End: QUADRA F CASA 14 - SAO SEBASTIAO - CEP: 64069-990							
16-Munic: TERESINA		17-Cod. IBGE: 221100		18-UF: PI		19-CEP: 64069-990	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408010150	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030929	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidata: 1

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Arana Soares Aires Ortopedia Traumatologia Clínica da Coluna Vertebral CRM 14.954
40-No. Doc. Méd. Solic.: 838.230.773-68		
41-Data Solicitação: 28/03/2020		41-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) CRM 14.954 Dr. Raimundo Med.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fixador de fratura omento de clavícula

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	Dina Vieira e Silva SAME - HUT Conferir com o Original	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(KARLA BATISTA)

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE

Excedito R. Dos Santos Junior

Nº DE REGISTRO

DATA:

27/03/20

P. ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

EXAMES DE SANGUE

GR. SANGÜINEO

HEMATIMETRIA

HEMOGLOBINEMIA

HEMATOCRITOS

GLICEMIA

DOS. URÉIA

EXAMES DE URINA

Nega oligúria e Comorbidades Texcom completo

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

SISTEMA CIRCULATÓRIO

ELETROCARDIOGRAMA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ASMA

BRONQUITE

SISTEMA DIGESTIVO

SISTEMA URINÁRIO

ESTADO MENTAL

CORTICOIDES

ATARAXICOS

OUTROS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FÍSICOS

PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)

(17)

APLICADO AS

EFEITOS

AGENTES ANESTÉSICOS

OXIGÊNIO
1 2 3
L/min



TOTAL DE DOSES

LÍQUIDOS

SO-UTO 500
400
SANGUE 300
200
OUTROS 100



TEMPERATURA T

38
Cº
ETCO2



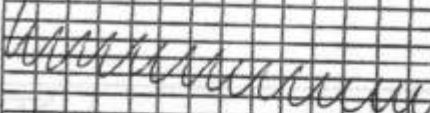
P. ARTERIAL
V O
PULSO

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
10



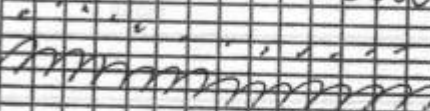
INÍCIO E FIM ANESTESIA X

140
120
100
80
60
40
20
10



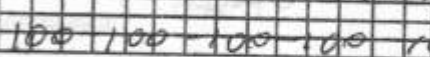
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO

140
120
100
80
60
40
20
10



RESPIRAÇÃO O

SPO2(%)



SEQUÊNCIA

- 1
- 2 CEFALOTINA
- 3
- 4 TRAMM 50
- 5 DECADRON 8
- 6
- 7 NAVSADON 20
- 8
- 9 DIFENIDOL 2g
- 10
- 11 BEXTRAY 400
- 12
- 13 CEFAMANDOL 20
- 14
- 15

SÍMBOLOS

DURAÇÃO

TÉCNICAS

Guedes + Bloq. Intermusculares

OPERAÇÕES

TC FANTUNA CHARQUEIRA

CIRURGIÕES

Ayana

ANESTESISTAS

Dr. Marcelo B.T. Silva
CRM: 5053 / RQE 2968

INCIDENTE - ACIDENTE

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

PARITICULARIDADES

Guarido por US, agulha A-50, administrado 20 ml de



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 28/03/2020

NOME DO PACIENTE: <u>Expedito R. dos Santos Jr.</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>341993</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>pedraza</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: <u>grad. Ms José</u>	CPF Nº _____
ANESTESIA: <u>Stelo</u>	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Claudia</u>	CPF Nº _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	-		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº _____	PAR	-	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ÁLCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		eletrodos 05	ml		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA pladema de capon: 02 esovos 03 ml Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 3-0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	01			CIRCULANTE: <u>silva + raposo</u>			
PROLENO							



COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento:

28, 03, 2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

Dr. Aydin Sorous Alfas
Ortopedia Traumatologia
Centro de la Columna Vertebral
C/ de la Salud 107M - 41 9540

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento



Etiqueta de Autorização

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	6 - Prontuário: 541993		
7-CNS: 701206047532412	8-Nascimento: 06/06/1992	9-Sexo: Masculino	CPF: -
10-Mãe: MARIA BETANIA ARAUJO SANTOS	12-Fone: 86-99558-7620		
13-Resp: MARIA ELIANE	14-Fone: 86-99558-7620		
15-End: QUADRA F CASA 14 - SAO SEBASTIAO			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64069-990

PROCEDIMENTO SOLICITADO

19-Cod. Procedimento 0206010079	20 - Nome do Procedimento Principal T.C. DE CRANIO	21 - Qtde. 1
---	--	------------------------

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

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

SOLICITAÇÃO

38-Nome Profissional Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO	39-Data Solicitação: 26/03/2020	 MÉDICA - UESPI CRM-PI 7928
40-Tp. Documento: CPF	40-No.Doc. Méd. Solic.:	
Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original		41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) 003.135.103-42

AUTORIZAÇÃO

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

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Requisição: 1077735

Consulta: 773531

Exame: 1475407

(WILLIAM MAC

(Ass. Paciente/Responsável)

NOME Expedito Rodrigues do Santos JuniorIDADE 27 anosDATA 28/03/2020HORA DE ADMISSÃO 14 h 30 min

TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIJA REALIZADA

CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

ADMISSÃO

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

131/70129/71

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

99SATURAÇÃO DE O₂ (%)98%88

TEMPERATURA AXILAR (°C)

97%

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/ MATRÍCULA

Amilda

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

ADMISSÃO

SAÍDA

Movimenta dois membros

2

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

1

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

0

RESPIRAÇÃO

Apresenta dispnéia ou limitação de respiração

2

Tem apnéia

1

CIRCULAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

0

PA em 20-40% do nível anestésico

2

PA em 50% do nível pré-anestésico

1

CONSCIÊNCIA

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

0

Desperta, se solicitado

2

Não responde

1

SATURAÇÃO O₂É capaz de manter saturação de O₂ maior de 92% respirando em ar ambiente

2

Necessita de O₂ para manter saturação maior que 90%

1

Apresenta saturação de O₂ menor que 90%, mesmo com suprimento de O₂

0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



TOTAL



ASS.

Beatriz Maria Bayma Terto
COREN-PI 377.590 - 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:

Paciente admitida em SRPA em por de fratura de clavícula, BEG, consciente, orientada, normo-corado, sob efeito de bloqueio.

Beatriz Maria Bayma Terto
COREN-PI 377.590 - ENF

Dina Vieira e Silva

SAME - HUT

Confere com o Original

RAIO-X REALIZADO

DATA

Técnico:

ESCRITAÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Rafael Costa Vieira

ANESTESIOLOGISTA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

CUSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 106104 - Em: (29/03/2020)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	De.Nasc./Id:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
260719	541993	EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	06/06/1992	CLINICA ORTOPÉDICA - P11	ENFERMARIA 236	LEITO 32	YURI JIVAGO FELIX			
Evolução:	Fueles Juvao Edna PO DR		27/09/20d	Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:					
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE,									
1	CEFALOTINA SÓDICA 1g, PÓ P/SOL. INJ. 10ML AD		1,00	Frasco	EV	6/6h		AD		9h P.O. receber
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. 10ML AD		1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		alta a enfermaria
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL 100ML SF 0,9% SN		1,00	Ampola	EV	12/12h		SF 0,9%		medicamento
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. 10ML AD SN		1,00	Ampola	EV	8/8h				
5	FANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.		2,00	ML	EV	12/12h				

Observações Gerais:

JELCO SALINIZADO
CURATIVO DIÁRIO
CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

Dr. Yuri Jivago Felix
Osteodentista/Neurologista
CRM 17203-CE/CRM 1441-2007



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE

EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

PRONTUÁRIO

CLÍNICA
Ortopédica

ENF. OU AP. LEITO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

26/03/20

#FRATURA CLAVICULA ESQUERDA

1 Dieta oral livre

2 SF 0,9% 500 ml EV em 24H PMV

3 Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h

4 Tenoxicam 20mg - 01 amp + AD EV 12/12h

5 Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS

6 Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS

9CCGG + SSV

Expedito Rodrigues dos Santos Junior
Médico
CRM 17221

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

302231

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	26071

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR		6 - Prontuário: 541993	
7-CNS: 701206047532412	8-Nascimento: 06/06/1992	9-Sexo: Masculino	RG: 3280415 - SSPPI
10-Mãe: MARIA BETANIA ARAUJO SANTOS	12-Fone: 86-99558-7620		
13-Resp: MARIA ELIANE	14-Cor: Parda		
15-End: QUADRA F CASA 14 - SAO SEBASTIAO - CEP: 64069-990			
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

FRATURA CLAVICULA ESQUERDA

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

NAMNESE + EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM

Dina Vieira Silveira
SAME - HUT
Confere com o Orig.

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da clavícula

24-CID Prim: 5420

25-CID Sec:

26-CID Ter:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408010150	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: CPF 01	32-Doc. Méd. Solic.: 838.230.773-68
29-Clinica:	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	34-Data Solicitação: 26/03/2020	35-Ass. Carimbo Med. Pol. (CNPJ)	36-Data:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Rs. Bilhete:	41-Data:
37-) Acidente Trabalho Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CB:
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:
--	----------------------

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 302231	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2220100224573	

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 701206047532412	NOME DO PACIENTE EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	NASCIMENTO 06/06/1992	SEXO M
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA BETANIA ARAUJO SANTOS	PRONTUÁRIO 541993
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO QD F CS 14	RESPONSÁVEL MARIA ELIANE	
BAIRRO SAO SEBASTIAO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	NUMERO / LOTE 14
			UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FRATURA CLAVICULA ESQUERDA	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIRURGICA	
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) EXAM FISICO .RX	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S420 - FRATURA DA CLAVICULA		CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA			
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO CPF: 83823077368	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 26/03/2020	CRM:	
DATA ADMISSÃO 26/03/2020 21:34	DATA ALTA 29/03/2020 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

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO		AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) TANIA MOREIRA AREA LEAO CPF: 47061359313 CRM: DATA ANALISE: 27/03/2020 09:43:20		Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF CRM DATA ANALISE	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	
--	--

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR** (Prontuário: 541993)
Endereço: QUADRA F CASA 14 - SAO SEBASTIAO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 06/06/1992 Idade: 27a9m21d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 773531
Requisição: 1077734 Solicitação: 26/03/2020 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
Controle: 1475405 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 26/03/20

OMBRO DIREITO

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

- Fratura na clavícula.
- Partes moles sem particularidades.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/03/2020

Dina Vieira e Silva
Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR** (Prontuário: 541993)
Endereço: QUADRA F CASA 14 - SAO SEBASTIAO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 06/06/1992 Idade: 27a10m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 260719
Requisição: 1078272 Solicitação: 28/03/2020 Solicitante: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
Controle: 1476577 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 28/03/20

CLAVICULA DIRETA

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

- Fratura recente alinhada na diafise da clavícula fixada com placa e parafusos metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 11/04/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Expedito Rodrigues dos Santos Junior

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.280.415 DATA DE EXPIRAÇÃO 15/01/09

NOME EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

FILIAÇÃO MARIA BETÂNIA ARAUJO SANTOS

NATURALIDADE EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS DATA DE NASCIMENTO 06/06/1992

ALTOS-PI

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 5927 L A-5 F 259/V

EXP ALTOS-PI 28/01/00

TERESINA - PI

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 26/08/65 * DECRETO Nº 88.250/63



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200241074 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 26/03/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA. P 4/6/8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0188733/20

Vítima: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUN

CPF: 051.968.993-32

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/03/2020

Titular do CPF: EXPEDITO RODRIGUES
DOS SANTOS JUNIOR

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR : 051.968.993-32

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: 07/07/2020
Nome: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR
CPF: 051.968.993-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/07/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO