

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Audiências, Sistema SAJ, Consulta proce..., PJE 0818873-10.20..., Download file, (33) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=553513&ca=92f11b031e8c8c2d07beea7a749f8f6...

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

PJE ProceComCiv 0818873-10.2020.8.18.0140
EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR X SEGURADORA LIDER DOS CONS...

12136529 - CONTESTAÇÃO (2753288 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/09/2020 10:58:36

25 Sep 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12136525 - CONTESTAÇÃO
 - 12136529 - CONTESTAÇÃO (2753288 CONTESTACAO 01)
 - 12136534 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12136537 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12136538 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12136539 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 9

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08188731020208180140

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

PT 10:58 25/09/2020



Número: **0818873-10.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **31/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR (AUTOR)		FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12136534	25/09/2020 10:58	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 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

Carta nº 15921864





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, 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: ☒ DAMS (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: Quadra F casa 14 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Sebastião 12 - Cidade: Biserina 13 - Estado: MA 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 00069900 3

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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, 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 (al 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 cliente, 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:

Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

41 - Assinatura de 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 RODRIGUES 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 RODRIGUES DOS SANTOS JÚNIOR - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Keiko Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
MAT. 196.333-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 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: Quadra F casa 14 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Sebastião 12 - Cidade: Beremina 13 - Estado: Mato Grosso do Sul 14 - CEP: 64069-990

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 98921-4516

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3004 CONTA: 000699003 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) (se houver)? ☐ 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:

Assinatura do representante legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - 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 27.137.474/0001-06 - I.E. 189963374
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - ☎ 0800 223 2000 ou 155 / ☎ (86) 98324-3199

1.49.432 20200514090640
MÁTICULA 28372874-4 FATURA Nº 861605
MÊS/ANO 5/2020

NOME / ENDEREÇO
MORADOR MARIA ELIANE SILVA SANTOS

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 51
03-2020 Média 99 10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁRIFA
1 Residencial - Normal

DATA LITURA
ANTERIOR 14/04/2020 51
ATUAL 14/05/2020 62

CONSUMO MÊS ANS 11
MÊS (m/m) 30

VALOR REFERENTE ÁGUA - 19,16
Resid social-Normal 11,0 m3
LIGAÇÃO DE ÁGUA 003/012 19,16
16,45

REGULARIDADES / ANORMALIDADES

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 n.º 8.987/05, Art. 6º, §3º, inciso II.

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

OPACIDADE 2129 2091 28 4,06 Inferior a 15

TURBID. 1744 1682 62 6,51 6,00-9,50

COLIFORMES TOTAIS 2132 2099 33 1,73 Inferior a 5

PARÂMETROS AMOSTRAS REALIZADAS AMOSTRAS EM CONFORMIDADE AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE MÉDIA / MÊS VALOR PERMITIDO

ESCOLHIDA COLI 655 655 0 Ausente Ausente

655 655 0 Ausente Ausente

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

82630000000-5 29611535000-5 00202000086-1 16050100504-7

*** 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.

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:58:35

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510583469500000011483970

Número do documento: 20092510583469500000011483970

Num. 12136534 - Pág. 8



**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 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-700 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEUVU

ORTHO

OK

SUTURA PENDENTE

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

Imp: 26/03/2020 21:50:52

(User: WILLIAM MACHADO)

(Estação: CONSULPA03)

NHEO 27/03/20

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 Forma 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 CEFALEIA E DOR EM OMBRO DIREITO. AO EXAME: ESCORIAÇÃO EM OMBRO DIREITO, PÉ DIREITO. COM LESÃO EM JOELHO DIREITO. SEM RELATO DE LESÃO "ORACO-ABDOMINAL.

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

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

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

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

Assinatura Paciente ou Responsável: Maria Eliane Silva Santos	Assinatura Médica: Vitor Bezerra MÉDICO UESPI 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	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 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	
	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	
Assistência	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinar			
	36 Assinaturas				





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 cominuta de fêmur (D)

Operação - Tipo

Cirurgião

Dr. Ayraújo

Dr. Ayraújo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM - PI 37467 / 0000

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Claudio

Anestesista

Ubaldo

Anestesia

Biapina

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 maca-fleita sob curativo
- 2) Anestesia e drenagem
- 3) Curativo
- 4) Drenagem
- 5) Colocação de parafusos intramedulares
- 6) Redução e colocação de placa
- 7) Sutura
- 8) Curativo

Dina Vieira e Silva
SAME - HUI
Confere com o Original

Dr. Ayraújo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM - PI 37467 / 0000





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

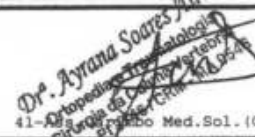
5-Nome: EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR			6 - Prontuário: 541993
7-CNS: 701206047532412	8-Nascimento: 06/06/1992	9-Sexo: Masculino	CPF: . . . -
1-Mãe: MARIA BETANIA ARAUJO SANTOS			12-Fone: 86-99558-7620
13-Resp: MARIA ELIANE			14-Fone: 86-99558-7620
15-Ender: QUADRA F CASA 14 - SAO SEBASTIAO - 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.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408010150		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidata:
	PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)		
0702030929			1

Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	40-Tp. Documento: CPF	 41-Ortopedista (CRM) nº 118.924 CRM - Ortopedia
	40-No.Doc. Méd. Solic.: 838.230.773-68	
Data Solicitação: 28/03/2020		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura de fratura cominuta de clavícula

AUTORIZAÇÃO

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

(KARLA BATISTA)



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
DATA: 27/03/20	Exercício R. Dos Santos Junior							
P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CRICULATÓRIO								
SISTEMA RESPIRATÓRIO								
SISTEMA DIGESTIVO								
SISTEMA URINÁRIO								
ESTADO MENTAL								
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO								
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (17) 151 301 451 (44) 151 101 APLICADO AS EFEITOS </div>								
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO						TOTAL DE DOSES	
	1 2 3							
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100							
TEMPERATURA T	Cº 260 ETCO2 240 38 2							
P. ARTERIAL V O PULSO	38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X								
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO								
RESPIRAÇÃO O	SPO2(%) 100 100 100 100 100							
SÍMBOLOS								
DURAÇÃO								
TÉCNICAS								
OPERAÇÕES								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
PARITICULARIDADES								
INCIDENTE - ACIDENTE								
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS								



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



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fls N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28/03/2020

NOME DO PACIENTE: <u>Expedito R. dos Santos Jr.</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>341993</u>
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Bloqueio</u>	N° DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. João</u>	CPF N° _____
AUXILIAR: <u>Dr. João</u>	CPF N° _____
ANESTESIA: <u>Dr. João</u>	CPF N° _____
INSTRUMENTADORA: <u>Claudia</u>	CPF N° _____

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 N° 7.0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° _____	PAR	-	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	200	
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 N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	-		eletrodo 05	unid		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	<p>OCCORRÊNCIA</p> <p>placenta de cesar: 02</p> <p>esores 03 unid</p> <p>Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original</p>			
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			<p>ENFERMARIA:</p> <p>CIRCULANTE: <u>Atena + Raphael</u></p>			
FITA UMBILICAL							
VICRYL 1	01						
PROLENO							

MON 04



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:58:35

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510583469500000011483970

Número do documento: 20092510583469500000011483970

Braga & Braga
Importação e Exportação

1619

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ: 63607790000198	
FABRICANTE:		CNPJ:	
PACIENTE:		CNPJ:	
RG. HOSPITAL:		COD. SIG TAP: 0702030920	
DATA:		USADO:	
PROCEDIMENTO:		CRM:	
MEDICO:		CPF:	
Produtos Utilizados/Implantados:		CRM:	
NOME	MODELO	TIPO	Quantidade

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 28/03/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

Dr. Ayana Soares Aires
Ortopedia Traumatologia
Especialidade Coluna Vertebral
CRM: 15746 - CCRM - MA 9643

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: -
-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	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64069-990
16-Munic: TERESINA			

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	<i>Vitoria Reserva</i> MÉDICA - UESM CRM-PI 7923
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)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:58:35

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510583469500000011483970>

Número do documento: 20092510583469500000011483970

Num. 12136534 - Pág. 17

NOME Expedito Rodrigues do Santos Junior IDADE 27 anos DATA 28/03/2020

DIÁRIO DE ADMISSÃO 14 h 30 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>131/70</u>		<u>129/71</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>99</u>		<u>88</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>		<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/MATRÍCULA	<u>Aenilda</u>		

ÍNDICE DE ALDRETREE KROULIK

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESCALA DE DOR SAÍDA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Beatriz Maria Bayma Terro
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, BCG, consciente, orientada, normo-corado, sob efeito de bloqueio.

Beatriz Maria Bayma Terro
COREN-PI 377.590 - ENF

Dina Vieira e Silva
SAME-HUT
Confere com o Original

RAIO-X REALIZADO

DATA

Técnico:

Do 16.00h. Paciente mobilizada para a sala de cirurgia, com guias aplicados (t. Alcatraz: 03)

ESCRITURA MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Rafael Costa Vieira
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 4508

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

CAMINHAMENTO: () EXTERNO () SALA DE CESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

OSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () MORT () 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: 05.522.917/0002-02

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

Atendimento	260719	541993	EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	Dr. Nasc./Id: 06/06/1992	27/09/2004	CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:	
Evolução:	Fígado amarelo escuro			PO 6R		Alergias:	Enfermaria: 236	Leito 32	YURI JIVAO FELIX	
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta										
1	CERATOFINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL, INJ. 10ML AD		1,00	Frasco	EV	6/6h		AD		Sh p.t. recebu
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. 10ML AD		1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		alta a enferm
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL 100ML SPQ, 98 SR		1,00	Ampola	EV	12/12h		SF 0,9g		medicamento
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. 10ML AD SR		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. Jivao Felix
Ortopedista Traumatologista
CRM: 17234/CRM-PA 18.12.2017



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]



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:	2-CNES	Código da Internação
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	26071

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: 54069-990	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64069-990
16-Munic:	TERESINA						

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):

NAMESSE + EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM

Dina Vieira Silveira
SAME - HUT
Confere com o Origin.

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da clavícula

24-CID Prim: 5420

25-CID Sec:

26-CID Terc:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- / Acidente de Trânsito	37- / Acidente Trabalho Típico	38- / Acidente Trabalho Trajeto	39-CNPJ Seguradora:	40-Gr. Bilhete:	41-CB-1101
			42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CB-5:
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 CLINICOS 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 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVICULA	
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO CPF: 83823077368
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 26/03/2020
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: 47061359315		NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confere com o Original	
CRM:	DATA ANALISE: 27/03/2020 09:43:20	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
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: 28/03/2020

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







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

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 26/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EXPEDITO RODRIGUES
DOS SANTOS JUNIOR

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

