

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface for a legal proceeding.

The main title bar reads "PJe ProceComCiv 0818873-10.2020.8.18.0140".

The page header includes "EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR X SEGURADORA LIDER DOS CONS..." and "12136529 - CONTESTAÇÃO (2753288 CONTESTACAO 01)".

The left sidebar shows a tree view of documents:

- 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

The central content area displays a document titled "downloadBinario.seam" with the following text:


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 DDMAT - em caso de invalidez parcial da

The status bar at the bottom right shows "PT" (Portuguese), signal strength, battery level, and the date "25/09/2020" and time "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
12136 534	25/09/2020 10:58	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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

Pag. 00075/00076 - carta_01 - INVALIDEZ



00020038

Carta nº 15921864



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:58:35
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251058346950000011483970>
Número do documento: 2009251058346950000011483970

Num. 12136534 - Pág. 1



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%

Graduação EMI

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

Recededor: 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:58:35
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510583469500000011483970>
Número do documento: 20092510583469500000011483970

Núm. 12136534 - Pág. 2



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 Chadeira F casa 14

8 - Endereço:

12 - Cidade: Bresenau

13 - Estado: Hau

14 - CEP: 64069-990

11 - Bairro:

São Sebastião

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 98831-4516

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:

 RECLUSO 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\$5.000,0021 - 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: 3004

CONTA: 00069960

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 (nascidos)?

 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 o pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Tijucas, 06/07/2020

Expedito Rodrigues dos Santos Júnior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:58:35
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510583469500000011483970>
Número do documento: 20092510583469500000011483970

Num. 12136534 - Pág. 4



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

Data/Hora

21º DP DE TERESINA

26/03/2020 - 21:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TABOCA DO PAU FERRADO

TERESINA

Endereço

QD-C CASA-09, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EXPEDITO RODRIGUÉS 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.

Expedito Rodrigues dos Santos Junior

Francisco Franco Batista Da Silva - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

EXPEDITO RODRIGUÉS DOS SANTOS JÚNIOR - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Reiko Leal Paraíba
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7



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 ASI:

3 - CPF da vítima:

051.968.993-32 Expedito Rodrigues dos Santos Júnior

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Expedito Rodrigues dos Santos Júnior

6 - CPF:

051.968.993-32

7 - Profissão:

Bombeiro hidráulico Chadeira F casa 14

8 - Endereço:

12 - Cidade: Ceresina

13 - Estado: Piauí

14 - CEP: 64069-990

11 - Bairro:

São Sebastião

9 - Número: 10 - Complemento:

16 - Tel.(DDD): 98821-4516

15 - E-mail:

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: 3004

CONTA: 00069960

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 deu nascimento (na nascença)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

pais/avós vivos?

 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 resarcir 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)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Tremembé, 07/07/2020
Expedito Rodrigues dos Santos Júnior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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



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. 7

**ÁGUAS DE
TERESINA**

CNPJ 27.157.474.0001/06 - I.E.: 18596537/4
Av. Prof. Camilo Pinto, 1960, Todos os Santos, Cep 64089-040
Teresina - PI - 0800 223 2000 ou 155 / (66) 98324-3199

MATRÍCULA

FATURA Nº
MÊS/ANO

28372874-4

861605

5/2020

I-49-432
2020051490048

NOME / ENDERECO
MORADOR: MARIA ELIANE SILVA SANTOS

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

LOCALIZAÇÃO

009-00045-007500

FATURA Nº
MÊS/ANO

861605

5/2020

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO TIPO LDO FATURADO
04-2020 Lido 51 51
03-2020 Média 98 98

GRUPO

009

NÚMERO DO HIDROMÉTRICO

Y195593145

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA

ANTERIOR 14/04/2020 51

ATUAL 14/05/2020 62

LITRAS

CONSUMO MÊS ANTES

11

LITR 19.790,00/12

REF. 22.41+1.00% = 0,46

COFINS 28,61+7,68% = 4,43

REF. 22.41+1.00% = 0,46

COFINS 28,61+7,68% = 4,43

REF. 22.41+1.00% = 0,46



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 URGENCIA DE TERESINA - HUT

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

NEURO

ORTOPOR Substituir OK

SUTURA PENDENTE

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

(User: WILLIAM MACHADO)

(Estação: CONSULPA03)

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: SUS	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 faz 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/m ²	P脉: bmp	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 CEFALÉIA E DOR EM OMBRO DIREITO. AO EXAME: ESCORIAÇÃO EM OMBRO DIREITO, PÉ DIREITO . COM LESÃO EM JOELHO DIREITO. SEM RELATO DE LESÃO TORÁCO-ABDOMINAL.					

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
Exames Complementares: (1475402) - JOELHO DIREITO (1475403) - PÉ OU PODODACTILO DIREITO (1475404) - PERNAS DIREITAS	RADIO-X REALIZADO: DATA: 26/03/2020
Prescrição Médica: DIPIRONA - 1 AMP + AD, EV, AGORA	Técnico: <i>[Assinatura]</i>

[Assinatura]
Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

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

Assinatura Paciente ou Responsável: <i>[Assinatura]</i> Maria Eliane Silva Santos	Vitória Bezerra MÉDICA UESPI CRM 17923 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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>001: 5250</i>	02 Data do chamado <i>26/03/2020</i>	03 PRO (código) <i>2905</i>	04 Saída do PA <i>70: 5014</i>	05 Chegada ao local <i>21: 0044</i>			
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>21: 2514</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>21: 4044</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital				
Lado do Paciente	10 Endereço <i>PSH Taboca ad C 65009</i>	11 Bairro <i>Taboca</i>	12 Município-UF <i>Teresina</i>	Código IBGE				
Ocorrência	13 Ponto de referência <i>Praca</i>							
Acidente de Transporte	14 Nome <i>Expedito Rodrigues dos S. Lima</i>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado						
Exame Físico	16 Idade <i>2710</i>	1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	Se Idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado				
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda de moto 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros				
Hospital de Destino	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Conduzido 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - Pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança				
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = <i>45</i>	RESPOSTA VERBAL 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras Inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso <i>100</i> Resp. <i>10</i> PA _____ TAX. _____ SatO2 <i>98%</i>	25 Local da lesão <i>Lesão</i>			
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	29	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 1 - Sem Dor 3 Moderada 5 Intensa					
	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>						
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>						
	32 Hospital de Destino <i>HUT</i>	<input type="checkbox"/> Não Removido						
	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte						
	<i>Cliente sofreu queda de moto, apresentava lesão profunda com perda de tecido no规章 do joelho (1) + escoriações no dorso do pé (1).</i>							
	<i>Dina Vieira e Silva SAMU - HUT Confere com o Original</i>							
	Francisco Alexandre da C. Iblahine Enfermeiro Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor	<i>José Carlos</i>				





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Guedes Rodolfo dos Santos Júnior

Diagnóstico pré-operatório

Erução comum de dorso (D)

Operação - Tipo

Dr. Ayrton Soares
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM - PI 3746 / CPV

Cirurgião

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Jato

Anestesia

Bogum

Anestésico(a)

Data da Operação

18-03-2020

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Recente em seu foyer ab curva
- 2) Aberto e dirigir
- 3) Corte
- 4) Peço aten
- 5) Colocar de paroxo intergastro
- 6) Fodur e aderir de plas
- 7) Sulco
- 8) Corte

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

Dr. Ayrton Soares
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM - PI 3746 / CPV





**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: . . .
11-Mae: 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. 0408010150	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	
31-Cod.Procedimento Especial 0702030929	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Sollicitada: 1

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	40-Tp. Documento: CPF	<i>Dra. Ayana Soares</i> CRM: 116.924 CRM: 116.924 CRM: 116.924
-Data Solicitação: 28/03/2020	40-No.Doc. Méd. Solic.: 838.230.773-68	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fixar de juntar comente de chavão

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização: <i>Dina Vieira e Silva SAME - HUT Confira com o Original</i>	/ /	

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



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO		
NOME DO PACIENTE	<i>Eduardo R. dos Santos Júnior</i>						
DATA: 27/03/20	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA <i>Nega alergia e comorbidades Tefcon completo</i>							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO							
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
SISTEMA DIGESTIVO							
ESTADO MENTAL							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) (17) 151 701 451 APPLICADO AS 151 701 EFEITOS							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 L/min 2 3					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C° ETCO ₂ 38						
P. ARTERIAL V O PULSO						SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 CEFALOTINA 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O	SPO ₂ (%) 100 100 100 100 100						
SÍMBOLOS							DURAÇÃO
TÉCNICAS							INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES	<i>Geladão + Bloq. Ileopancreático</i>						
CIRURGIÕES	<i>TC Faringa Cháriques</i>						
ANESTESISTAS	<i>Ayanara</i>						
PARITULARIDADES	<i>Guardo por US, agulha P-50, administrando 20 ml/lia na 2% CVC + Bupivacaina 0,5% CVC</i>						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original





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



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fls N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 28/10/2020

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	<u>Esperidião R. dos Santos</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>341793</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Bloqueio</u>	Nº DA SALA:	<u>06</u>
CIRURGIÃO:	<u>peixoto</u>	CPF N°	
AUXILIAR:	<u>pad. M. José</u>	CPF N°	
ANESTESIA:	<u>Italo</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	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 4,0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N°	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 N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N°	UNID.	-		eletrôdos 05	UNID.	-	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				stadium de cuspis: 02			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				escovas 03 unid			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 3-0	02						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	01			CIRCULANTE:			
PROLENO							

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

MON 94





Braga & Braga Importação e Exportação

1619

Gx pinguias n° 02
COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198		
FABRICANTE :	Paciente: 541993	CNPJ:		
PACIENTE:	Expedito Rodrigues dos Santos Júnior.			
RG.HOSPITAL:	HUT.	COD.SIG TAP: 0702030920		
DATA:	28.03.2020.	ALTA:		
PROCEDIMENTO:	USADO:			
MEDICO:	Dr. Afrana.	CRM:		
Produtos Utilizados/Implantados:				
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD

O1 plana de reconstrucción 3.5 paramétrica

01
06

Responsável pelo Preenchimento

Data: 28.03.2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

Dra. Ayrauna Souza Alves
Dermatologista
Endocrinologista
Ginecologista
Colégio de Odontologia
CRM-RJ 15746 - CRM-MA 9843

Responsável pela Farmácia

Francisco.
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		
*5-Endr: 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	 Vitoria P. G. Ferreira MÉDICA - UESTI CRM-PI 7922
40-Tp. Documento: CPF	40-No.Doc. Méd. Solic.:	
Dina Vieira e Silva	003.135.103-42	
41-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)		

AUTORIZAÇÃO

45-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)



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PUS - OPERATÓRIO - SRPA		IDADE <u>27</u> anos	DATA <u>28/10/2020</u>
Nome <u>Eduardo Rodrigues da SANTOS Junior</u>	HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>14 h 30 min</u>	TIPO DE ANESTESIA: <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input checked="" type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO	RURGIA REALIZADA _____
SINAIS VITais	HORÁRIO		CIRURGIÃO _____
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	ADMISSÃO <u>131/70</u>	SAIDA <u>129/71</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>99</u>	<u>86</u>	
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>98%</u>	<u>97%</u>	
TEMPERATURA AXILAR (0°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Renilda</u>		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO		SAIDA
Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
É incapaz de mover os membros voluntariamente com comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Apresenta dispneia ou limitação de respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Desperga, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	TOTAL <u>50</u>		
ALA DE MORTE	0	ASS. <u>Betryz Maria Bayma Terto</u> <u>COREN-PI 377.590-ENF</u>		

() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() 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 admitido em SRPA em 30/10/2020 de forma consciente, orientada, normotensivo, sob efeito de bloqueio. Betryz Maria Bayma Terto
COREN-PI 377.590-ENF

Dina Vieira e Silva
SAME - MHT
Confere com o Original

RAIO-X REALIZADO
DATA 28/10/2020

Técnico:

do 16/10/2020 - Peimot mobilizado na TMOA, com guias apical (f. abd. L-03)

ESCRITÓRIO MÉDICO

ALTA SRPA

Dr. Rafael Costa Vieira
ANESTELOGISTA
CRM-PB 4306

HORÁRIO

ANESTELOGISTA

[] CAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE PESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

ESTO: [] [] 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

Atendimento: Prontuário: Paciente:

260719 541993 EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR Dt. Nasc./Id.: Clínica: Enfermaria: Leito: Médico Assistente:

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

06/06/1992 CLÍNICA ORTOPEDICA - D11 ENFERMEIRA 236 LATO 32 YURI JIVAGO FELIX

Hora:

Quando Chegar po DR

Alergias:

Diagnóstico/Comorbidades:

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

Seq.:	Descrição - apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons.:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL TIPO LIVRE,								
1	CIPALOTENNA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL, INJ.	1,00	Piresco-	EV	6/6h				<i>glu p.t. reabreu</i>
	10ML AD								<i>altas amendo</i>
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML	1,00	Ampola	EV	6/6h				<i>medio agudo</i>
	10ML AD								
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL	1,00	Ampola	EV	12/12h				<i>SP 0,9%</i>
	10ML SP0,9% SN								
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INY. 2ML	1,00	Ampola	EV	8/8h				
	10ML AD SN								
5	RANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML	2,00	mL	EV	12/12h				

Observações Gerais:

JELCO SALINIZADO
CUBATIVO DIARIO

CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITais

Dina Werda e Silveira
SAME - HUT
Confere com o Original!

Dr. Ednan Soares Coutinho
Dr. Ednan Soares Coutinho
Ortopedista Traumatologista
Ortopedista Traumatologista





**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

PREScrição MÉdica





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

30223

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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
11-Mae:	MARIA BETANIA ARAUJO SANTOS			RG:	3280415 - SSPPI
13-Resp:	MARIA ELIANE			12-Fone:	86-99558-7620
14-Ender:	QUADRA F CASA 14 - SAO SEBASTIAO - CEP: 64069-990			14-Cor:	Parda
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 CIRÚRGICO

Dina Vieira e Silv

SAME - HUT

Confere com o Original

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
NAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAME DE IMAGEM

-Diagnóstico Inicial:

Fratura da clavícula

24-CIN Prin:

25-CIN Secu:

26-CIN Terc:

5420

Janeleison dos Reis Pinheiro
MÉDICO
CRM-PI 1722

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 838.230.173-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO 26/03/2020

35-Ana. Marimb. Med. P.I.: CEP:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-1 <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-CNPJ Bilhete:	41-Série:
37-1 <input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBrag:
38-1 <input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:

Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Seguro

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

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
-----------------------------------------------------------------------	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

ROCIELDO ANTONIO NEVES DO REGO
CPF: 83823077568

CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT

Confere com o Original

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA		
TANIA MOREIRA AREA LEAO CPF: 47061359313	CRM:	DATA ANALISE: 27/03/2020 06:40:20	CRM

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: 95.522.917/0022-02

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:58:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251058346950000011483970>
Número do documento: 2009251058346950000011483970

Num. 12136534 - Pág. 23



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: 27a10m5d	Sexo: Masculino
Requisição:	1078272	Solicitação: 28/03/2020	Origem: INTERNAÇÃO
Controle:	1476577	Convênio: SUS	Atendimento: 260719
		Solicitante: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO	ENFERMARIA 236 LEITO 32
		CLINICA ORTOPEDICA - P11	

Cod. SIA: 0204040060

RELATÓRIO:

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



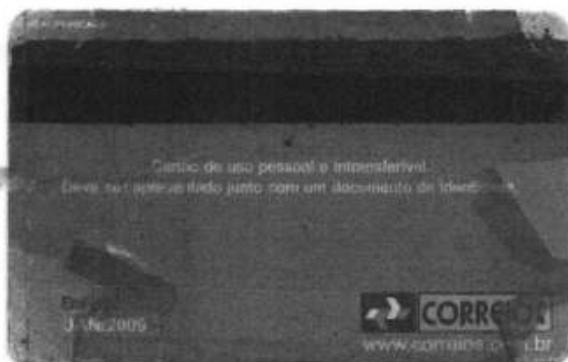


VALIDA EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO 15/01/09
3.280.415	
NOME	EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR
FILIAÇÃO	MARIA BETÂNIA ARAUJO SANTOS EXPEDITO RODRIGUES DOS SANTOS
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO 06/06/1992
ALTOS-PI	
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 5927 L A-5 F 259/V EXP ALTOS-PI 28/01/00
TERESINA - PI	ASSINATURA DO CHAMPA
LEI Nº 7.118 DE 21/07/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:58:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251058346950000011483970>
Número do documento: 2009251058346950000011483970

Num. 12136534 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:58:35
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251058346950000011483970>
Número do documento: 2009251058346950000011483970

Num. 12136534 - Pág. 26

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 JUNIOR

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

