



Número: **0818138-74.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **21/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAILTON PERES EVANGELISTA (AUTOR)	LUIZ HUMBERTO GOMES CAVALCANTE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11464 818	21/08/2020 15:54	Petição Inicial	Petição Inicial
11464 825	21/08/2020 15:54	documentacao pessoal 1	Documentos
11464 831	21/08/2020 15:54	documentacao pessoal 02	Documentos
11464 833	21/08/2020 15:54	doc. documentacao pessoal 03	Documentos
11464 834	21/08/2020 15:54	doc. outros documentos	Documentos
11464 835	21/08/2020 15:54	doc. procuracao jailton	Procuração
11464 839	21/08/2020 15:54	doc. Boletim de ocorrencia jailton	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11465 343	21/08/2020 15:54	doc. do laudo jailton	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11465 350	21/08/2020 15:54	doc. prontuario -HUT e laudo medico	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11465 351	21/08/2020 15:54	doc. conta bancaria 1	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

em anexo





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME
**JAILTON PERES EVANGELISTA
ARTEMIS BARROSO SILVA**

MATRÍCULA
148064 01 55 2015 2 00129 007 0048395- 16

(LIVRO B: 129 TERMO: 48395 FOLHA: 7)

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, LOCAIS E DATAS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

JAILTON PERES EVANGELISTA, NASCIDO EM TERESINA-PI, BRASIL, EM CINCO (05) DO MÊS DE MARÇO (03) DO ANO DE UM MIL NOVECENTOS E OITENTA E DOIS (1982), FILHO DE RAIMUNDO MARQUES PERES E LUCILA GOMES EVANGELISTA PERES

ARTEMIS BARROSO SILVA, NASCIDA EM SÃO GERALDO DO ARAGUAIA-PA, BRASIL, EM VINTE E UM (21) DO MÊS DE JUNHO (06) DO ANO DE UM MIL NOVECENTOS E OITENTA E SEIS (1986), FILHA DE JOSÉ MARIA SILVA E MARIA EUZA PEREIRA BARROSO SILVA

DATA DE REGISTRO POR EXTENSÃO

QUATRO DO MÊS DE DEZEMBRO DO ANO DE DOIS MIL E QUINZE

DIA	MÊS	ANO
04	12	2015

REGIME DO CASAMENTO

COMUNHÃO PARCIAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

ARTEMIS BARROSO SILVA EVANGELISTA

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

NOME DO OFÍCIO: 1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): ANTONIO UBIRATAN VIEIRA

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA DAVID CALDAS Nº 325 CENTRO/NORTE

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe
Data e local: TERESINA, PI, 04 de Dezembro de 2015.

Maria das Dôres Sousa
Assinatura do Oficial

Maria das Dôres Sousa
Oficial Substituta
1º Cartório do Registro Civil
Teresina - Piauí



ARPENBRASIL AA 001791103 BRP



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013817414500

VIA

1

CÓD. RENAVAM

01083698041

RNTRC

EXERCÍCIO

2019

NOME

JAILTON PERES EVANGELISTA

CPF/CNPJ

98385984372

PLACA

PIT-7252

PLACA ANT/UF

CHASSI

9C2JC6900GR100466

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NEUTRO

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125I FAN

ANO FAB.

2016

ANO MOD.

2016

CAP/POT/CIL

02P/0124CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC/COTAS

I
P
V
A

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO/COTAS

00000000

1ª
2ª
3ª

IPVA

PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

PAGO

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

PBT: 000.28

SEM RESTRICOES

LOCAL

TERESINA

DATA

22/11/2019

APROVADO POR: LUIZ HUMBERTO GOMES CAVALCANTE
DIRETOR GERAL DE REGISTRO E LICENCIAMENTO - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PI Nº 013817414500

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

22/11/2019

VIA

1

CPF / CNPJ

98385984372

PLACA

PIT-7252

RENAVAM

01083698041

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125T FAN

ANO FAB.

2016

CAT. TARIF.

Nº CHASSI

9C2JC6900GR100466

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

000,00

DENATRAN (R\$)

000,00

CUSTO DO SEGURO (R\$)

000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)

000,00

IOF (R\$)

000,00

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

084,58

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

18/11/2019

Digitalizada com CamScanner



DETRAN - PI

83501668524

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVAL

01083698041

PLACA

PIT7252

EXERCÍCIO

2019

ANO FABRICAÇÃO

2016

ANO MODELO

2016



Valide este QR code com app VIO

ESPÉCIE / TIPO

PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO

HONDA/CG 125I FAN

PLACA ANTERIOR / UF

*******/****

CHASSI

9C2JC6900GR100466

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

Digitalizada com CamScanner



CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

126.98408.48-2

NÚMERO

1955663

SÉRIE

001-0

UF

PI

Yorkton Pires Evangelista

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



NOME JAILTON PERES EVANGELISTA

PI

DATA DE NASCIMENTO 05/03/1982

TERESINA

LOC. DE NASC.

RAIMUNDO MARQUES PERES

FILIAÇÃO

LÚCILA GOMES EVANGELISTA PERES

R.G. 2006601 SSP PI

DOC. APRESENTADO

SOLTEIRO

ESTADO CIVIL

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995.

RG 2006601

CNH

CPF

T. ELEITOR

SEÇÃO

ZONA

DATA

NATURALIZADO PORT. M. J. Nº

DRT/PI

LOCAL DA EMISSÃO

08/08/2001

Assinatura do Emissor

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

EMPREGADOR Nº **10.997.138/0001-60**
.....
CONSTRUTORA E MONTAGEM TROPICAL LTDA
CGC/CPF/CEI
ENDEREÇO **Av. Presidente Kennedy, 336**
.....
São Cristóvão - CEP: 64052-335
MUNICÍPIO **Teresina-PI**
ESP. DO ESTABELECIMENTO
CARGO **Eletricista**
..... CBO Nº

Digitalizada com CamScanner



01.580.283/0002-31

EMPREGADOR

ENAUT-SERVIÇOS DE

COLOCAR

INSTALAÇÕES LTDA

ENDEREÇO

~~Rua~~ ~~de~~ ~~Carvalho~~ ~~de~~ ~~Carvalho~~ 2037

~~JOÃO - CEP 64049-020~~

MUNICÍPIO

Teresina

EST. DO

PI

CARGO

Eletricista

CEP Nº

DATA DE ADMISSÃO

02

DE

Janeiro

DE

2017

REGISTRO Nº

RE = 1346,71 (Hem mil

RE = 1346,71 (Hem mil

Requisitos e documentos e seus meios de

Atestada

Patricia Oliveira Paiva

Assessoria Administrativa



CONTRATO DE TRABALHO 15

01.580.283/0002-31

EMPREGADOR ENAUT-SERVIÇOS DE

CGC/CNPJ INSTALAÇÕES LTDA

ENDERRO Rua Comendador Francisco de Carvalho, 2037

Jardim - CEP 64049-020

MUNICÍPIO Teresina PI

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO Eletricista

CBO Nº

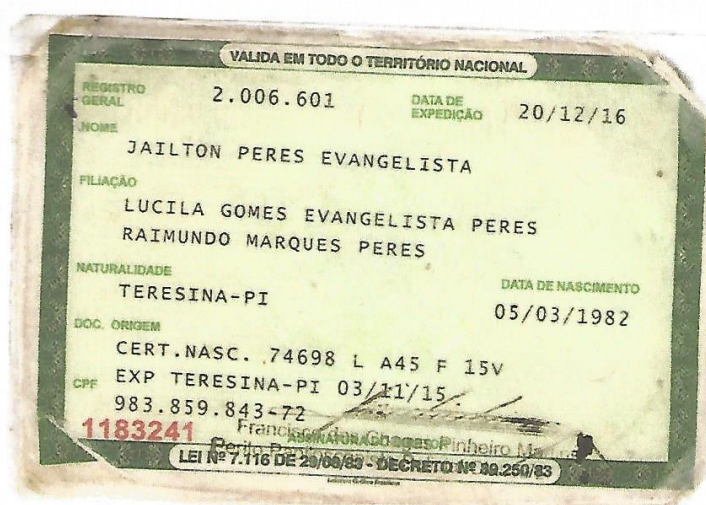
Digitalizada com CamScanner



ENDEREÇO: R. Senador Azeiteiro, Nº 1338
R. Jockey Club = CEP 64.048.11
 MUNICÍPIO: Tararuna-PI UF: PI
 ESP. DO ESTABELECIMENTO: CONST. CIVIL
 CARGO: Eletricista
 CÉDULA: 315615
 DATA DE ADMISSÃO: 15 DE Junho DE 2010
 REGISTRO Nº: 2984
 REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA: R\$ 241,00 (Quin)
DE 12,00 (Doze) e 12,00 (Doze) e 12,00 (Doze)
DE 12,00 (Doze) e 12,00 (Doze) e 12,00 (Doze)
 DATA DE SAÍDA: 01 DE Julho DE 2010

Digitalizada com CamScanner





Nota Fiscal | Fatura de Energia Elétrica | Série B:
 Nº da Fatura: 0202008001122048 | CFOP: 5258/AA
 Instalação: 39928213
Equatorial Maranhão Distribuidora de Energia S.A.
 Alameda A. Od. SCS, nº 100, Loteamento Quintandinha,
 Altos do Calhau - São Luís - MA CEP: 65.070-900
 Inscrição Estadual: 120.515.11-3 CNPJ: 06.272.793/0001-84

Conta do Mês
08/2020
 Vencimento
20/08/2020

Para atendimento,
 informe este número.
 Conta Contrato
39928213

Dados do cliente

LUCILENE CARVALHO DOS SANTOS
 R. ORQUÍDIAS 22 RESIDENCIAL PADRE DIFINO I Q R
 CINTURÃO VERDE 65630-020 TIMON - MA
 Nr Parceiro de Negócio: 411/9473
 Grupo e Subgrupo de Tensão: B/B1
 Tipo de Tarifa: CONVENCIONAL MONOFASIA
 Classificação: Residencial Pleno
 Perdas no Ramal(kWh): 0,00

(PF: 010.705.243-10)
 Tensão Nom.: 220 V 60
 UI/Seq: 130/B018 2730
 Nr Medidor: 10131506860
 Fator de Potência: 0

Datas

Emissão: 13/08/2020 Apresentação: 13/08/2020 Previsão próxima leitura: 14/09/2020

Demonstrativo de Faturamento

Fornecimento	Quantidade	Tarifa	Valor
Consumo	90		56,70
ICMS		0,630180	13,52
PIS			0,86
COFINS			3,98
Itens Financeiros			
Cip-Ilum Pub Pref Munic			6,79
Multa			3,60
Correção Monetária			5,27
Juros			5,40



Total a pagar: R\$ 96,12

Informações de tributos

Tributos	Base de cálculo	Alíquota (%)	Valor (R\$)	Reservado ao Fisco
ICMS	75,06	18,0000	13,52	385F88C D6AD77C 15646261 39F51 0000
PIS	61,54	1,4061	0,86	Período Fiscal
COFINS	61,54	6,4768	3,98	Número do Programa Social

Histórico do Consumo (kWh)

CONSUMO	AGO 95	SET 77	OUT 130	NOV 99	DEZ 57	JAN 91	FEV 48	MAR 109	ABR 74	MAI 97	JUN 50	JUL 32	AGO 90
---------	--------	--------	---------	--------	--------	--------	--------	---------	--------	--------	--------	--------	--------

Informações do consumo do mês + Tarifa sem Tributos

Constante	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Qtde. Dias	Resolução Anel
1,00	13/07/2020	13/08/2020	31	2594/19
Canal de Leitura	Leitura Anterior	Leitura Atual	Consumo	Tarifa sem Tributos
Ativo Total	4.531	4.621	90	0.630180

Reaviso de Vencimento

Até a emissão desta conta não foi identificado o pagamento do(s) débito(s) ao lado. O não pagamento até a data 20/08/2020 implicará na suspensão do fornecimento, de acordo com Res.414/10 art.172 e Lei 8987/95, art.6º, inclusive SPC/SERASA e outras medidas de cobrança. Em caso de suspensão, será condicionado a quitação de todos os débitos. Caso já tenha pago, favor desconsiderar este reaviso.

DEBITOS
 MES/ANO VALOR(R\$)
 07/2020 25,26

Informações para o cliente

* Períodos: Band. Tarif.: Verde : 14/07 - 13/08

Composição do Consumo (R\$)				
Compra de Energia Transmissão	20,73	Distribuição	23,69	Encargos Setoriais Perdas Tributos Outras
				3,46 5,28 18,36 21,06

C. Contrato: 39928213 Data de Emissão: 13/08/2020 V: [1.1.25.3]

BANCO DO BRASIL | 001-9 | PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

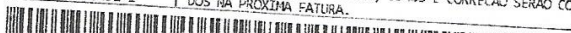
00190.00009 03226.571127 20048.482176 6 00000000009612

PAGADOR: LUCILENE CARVALHO DOS SANTOS CPF: 010.705.243-10

Nosso Número 32265711220048482 | Número Documento 0202008001122048 | Vencimento 20/08/2020 | Valor Documento R\$ 96,12 | Valor Pago

Equatorial Maranhão Distribuidora de Energia S.A. / CNPJ: 06.272.793/0001-84

AGENCIA/BENEFICIARIO 3309-X/00149451-1 EM CASO DE ATRASO, MULTAS, JUROS E CORREÇÃO SERÃO COBRADOS NA PRÓXIMA FATURA.



Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sr. JAILTON PERES EVANGELISTA,

Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.

Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde - SUS.

Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.



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: 983.859.843-72 4 - Nome completo da vítima: JAILTON PERES EVANGELISTA

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

5 - Nome completo: JAILTON PERES EVANGELISTA 6 - CPF: 983.859.843-72
7 - Profissão: ELETRICISTA 8 - Endereço: R. ORAVIDAS, RESIDENCIAL PADRE 9 - Número: 22 10 - Complemento: DELFINO 100
11 - Bairro: CINTURAO VERDE 12 - Cidade: TI MON 13 - Estado: MA 14 - CEP: 65630-020
15 - E-mail: phocaucante@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 086 98110-0917

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: 0405 ☐ CONTA: 0115717 ☐ 5

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

Nº DO SINISTRO:

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JAILTON PERES EVANGELISTA

PORTADOR / A DO RG Nº 2.006.601 EXPEDIDO POR 301155P-PI EM 20/12/16 E

CPF 983859843-72 / CNPJ - - , PROFISSÃO

ELETRICISTA E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

_____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-CORRENTE _____

☒ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA 0405 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA 011 5717-5

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____ DATA _____

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Jailton Peres Evangelista

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante: indenização de **R\$13.500,00 em caso de morte** (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares** (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.

Resolução Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras sejam obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, JAILTON PERES EVANGELISTA,

RG nº 2.006.601, data de expedição 20 / 12 / 16,

Órgão SSP-PI, CPF nº 983.858.843-72,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. URAVIDIAS</u>
Número	<u>22</u>
Apto/Complemento	<u>RESIDENCIAL PADRE DELFINO 12R</u>
Bairro	<u>CINTURAO VERDE</u>
Cidade	<u>TIMON</u>
Estado	<u>MA</u>
CEP	<u>65630-020</u>
Tel. de contato	<u>086 98110-0917</u>
E-mail	<u>rhgcaualcante@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: TERESINA, 20 de AGOSTO de 2020

Jailton Peres Evangelista
Assinatura do Declarante





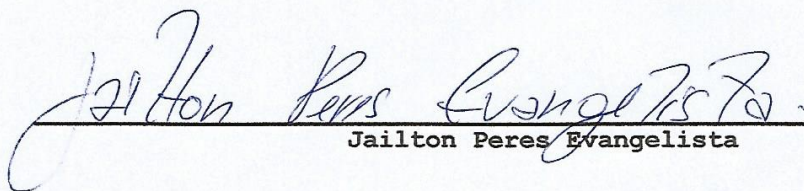
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jailton Peres Evangelista, brasileiro, casado, inscrita no CPF sob o nº 983.859.843-72, SSP-PI portadora da Carteira de Identidade 2.006.601, domiciliado, no residencial na Rua orquídeas, quadra R, casa 22, conjunto padre Delfino, Timon-MA;

.OUTORGADO: ADVOGADO LUIZ HUMBERTO GOMES CAVALCANTE, BRASILEIRO, SOLTEIRO, LEGALMENTE INSCRITO NA OAB/PI 13.111, COM ESCRITORIO PROFISSIONAL, Av. DR. LUIS PIRES CHAVES, CONJUNTO SACI QUADRA 53, CASA 12, ZONA SUL. TERESINA-PI Fone:(86) / 99904- 2192 / 98871- 2965 / 99447-5063

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, com fulcro no Princípio da Inafastabilidade da Jurisdição, previsto no art. 5º, XXXV, da constituição federal, e nos moldes do art. 595 do CC, nomeia e constitui sua (s) bastante (s) procuradora (es) a (s) advogada (s) acima qualificada (s), então Outorgada (s), a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula ad judicium et extra, podendo agir junto às repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, propor ação em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo substabelecer esta a quem lhe convier, com ou sem reservas, e tudo e mais que se faça necessário para o bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como os PODERES ESPECÍFICOS: a presente procuração outorga a (os) advogada (s) acima descrita (s) poderes em nome do(a) outorgante, para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, da quitação, levantar/receber RPV/ALVARÁS, firmar compromisso, requerer cópia de processos e demais documentos, junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, pedir a justiça gratuita, assinar declaração de hipossuficiência, conforme o art. 105 do CPC.

Teresina-PI 18, de agosto de 2020


Jailton Peres Evangelista

Fone:(86) / 99904- 2192 / 98871- 2965 / 99447-5063

AV. DR. Luís Pires Chaves, Quadra 53, Casa 12, conjunto saci,
Teresina-Piauí





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
Sistema de Delegacia Virtual

v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000465/2020-80

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Registro: Michelly Dayanne Soares Do Nascimento

Delegado: ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

Data/Hora: 20/07/2020 - 10:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

19/02/2020 - 18:30

Tipo Local

OUTROS

Município

TERESINA

Bairro

CENTRO

Endereço

PONTE METALICA, Nº:

Complemento

CENTRO TERESINA

Ponto de Referência

AV MARANHÃO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JAILTON PERES EVANGELISTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2006601 SSPI PI

Mãe: LUCILA GOMES EVANGELISTA PERES

Pai: RAIMUNDO MARQUES PERES

Endereço: R8 Q7 CASA 36, Nº 36

Complemento: R8 Q7 C 36 CONJUNTO SANTA SOFIA

Bairro: MOCAMBINHO

Cidade: TERESINA - CEP: 64010-833

Telefone(s): 86-8110-0917 86-8143-4692

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

OBJETO(S) MATERIAL(IS) ENVOLVIDO(S)

1 - OUTROS.

Cor: Vermelha

Qtd: 1

Valor: 7,00

Modelo: HONDA /CG 125 FAN

Marca: HONDA

Nº Série: RENAVAN:01083698041

Identificação: MOTO HONDA FAN 125 PLACA PIT7252

Complemento: MOTO HONDA/CG 125 FAN ANO 2016 PLACA FIT7252 CATEGORIA PARTICULAR

RELATO DA OCORRÊNCIA

EU Jailton Peres Evangelista no dia 19 de fevereiro de 2020 entre 18:00 e 18:30 quando estava seguindo para meu curso em timom porque moro em teresina quando fui fazer a travessia na ponte metálica sentido teresina timom o um veículo que nao tive com indetificar colidiu com minha moto HONDA/CG 125 FAN PLACA:PIT7252 COR VERMELHA, ANO2016 CHASSI:9C2JC6900GR100466 RENAVAM:01083698041 aonde cai e fraturei o joelho foi ajudado por terceiros e segui para A Unidade MISTA DE SAÚDE DE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS- BUENOS AIRES e no dia seguinte encaminhado para O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA número do PRONTUÁRIO 538524 aonde fui encaminhado para para cirurgia com fratura da patela.VALE RESSALTAR QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA NÃO POSSUI CNH ATÉ A PRESENTE DATA DE HOMOLOGAÇÃO DESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

Delegacia Virtual - WEB

JAILTON PERES EVANGELISTA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Paraíba
Delegado Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - PI

CLÍNICA DE ACIDENTADOS SÃO LUCAS
Rua Paissandu, nº 2420 - Centro
Teresina- Piauí

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

CLÍNICA DE ACIDENTADOS SÃO LUCAS LTDA

2360899

CNPJ DO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE

Guilherme Peres Evangelista

DATA DO NASCIMENTO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

8 - NOME DA MÃE

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

13 - SEXO

Masc. ☐ Fem. ☐

14 - RAÇA/COR

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

21 - DATA

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

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de polegar

23 - CID10 PRINCIPAL

S82.0

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 TERCÁRIO

26 - OBSERVAÇÕES

Resposta de fr. polegar 5 cm =
3 mm

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

22 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

23 - NOME DO PROCEDIMENTO

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO PROFISSIONAL)

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPT

31 - Nº DOCUMENTO(CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

80961820 - 88

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3009

AUTORIZAÇÃO

32 - CBO

33 - CNS DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

36 - Cód. Órgão Emissor

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)



URGÊNCIA



CLÍNICA
SÃO LUCAS

CLÍNICA SÃO LUCAS

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

RUA PAISSANDÚ, 2420 CEP 64001-120 TERESINA-PIAUÍ
FONES: (86) 3221-6600 / 3221-7031

Nome do Paciente: _____

ORTOPEDISTAS

ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIO

Dr. Isânio Vasconcelos
Dr. Gerardo Vasconcelos
Dr. Roberto Wanderlan
Dr. Albert B. Medeiros
Dr. Miguel Reis Filho
Dr. Daniel Modesto
Dr. Evandro Noronha
Dr. Gutemberg C.M.M Soares

CLÍNICA MÉDICA:

Dr. Isânio Mesquita

PLANTONISTAS:

Dr. Gerardo Vasconcelos
Dr. Isânio Vasconcelos
Dr. Albert B. Medeiros
Dr. José Carlos Mendes
Dr. Bergiel Bezerra
Dr. Roberto Wanderlan
Dr. Elias Barbosa
Dr. Miguel Reis Filho
Dr. Adriel Leão
Dr. Daniel Modesto
Dr. Evandro Noronha
Dr. Gutemberg C.M.M Soares

LAUDO MÉDICO

Opilthon Peres Evangelista
apresenta fratura de patela
esquerda com comprimento de 06 cm,
sendo submetido a ft
cirúrgica.

Necessitando acompanhamento
de suas atividades labora-
tivas por 120 (cento e
vinte) dias

Examinado para pericia
médica de 1255.

CID: S82.0

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3908

06/08/2020

VOLTANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA



URGÊNCIA



CLÍNICA
SÃO LUCAS

CLÍNICA SÃO LUCAS

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

RUA PAISSANDÚ, 2420 CEP 64001-120 TERESINA-PIAUÍ

FONES: (86) 3221-6600 / 3221-7031

Nome do Paciente: _____

ORTOPEDISTAS

ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIO

Dr. Isânio Vasconcelos
Dr. Gerardo Vasconcelos
Dr. Roberto Wanderlan
Dr. Albert B. Medeiros
Dr. Miguel Reis Filho
Dr. Daniel Modesto
Dr. Evandro Noronha
Dr. Gutemberg C.M.M Soares

CLÍNICA MÉDICA:

Dr. Isânio Mesquita

PLANTONISTAS:

Dr. Gerardo Vasconcelos
Dr. Isânio Vasconcelos
Dr. Albert B. Medeiros
Dr. José Carlos Mendes
Dr. Bergiel Bezerra
Dr. Roberto Wanderlan
Dr. Elias Barbosa
Dr. Miguel Reis Filho
Dr. Adriel Leão
Dr. Daniel Modesto
Dr. Evandro Noronha
Dr. Gutemberg C.M.M Soares

CAVANO MENEZES

João Pedro Evangelista
apresenta fratura de fêmur
esquerda, há cerca de
07 dias. Submetido a
fixação cirúrgica.
Fratura em consolidação.
Apresenta alguns nódulos
em nível de consolidação
de consolidação em fêmur.

CRM: 582.0

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3909

30/09/2020

VOLTANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA



URGÊNCIA



CLÍNICA
SÃO LUCAS

CLÍNICA SÃO LUCAS

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

RUA PAISSANDÚ, 2420 CEP 64001-120 TERESINA-PIAUÍ
FONES: (86) 3221-6600 / 3221-7031

Nome do Paciente: _____

ORTOPEDISTAS

ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIO

Dr. Isânio Vasconcelos
Dr. Gerardo Vasconcelos
Dr. Roberto Wanderlan
Dr. Albert B. Medeiros
Dr. Miguel Reis Filho
Dr. Daniel Modesto
Dr. Evandro Noronha
Dr. Gutemberg C.M.M Soares

CLÍNICA MÉDICA:

Dr. Isânio Mesquita

PLANTONISTAS:

Dr. Gerardo Vasconcelos
Dr. Isânio Vasconcelos
Dr. Albert B. Medeiros
Dr. José Carlos Mendes
Dr. Bergiel Bezerra
Dr. Roberto Wanderlan
Dr. Elias Barbosa
Dr. Miguel Reis Filho
Dr. Adriel Leão
Dr. Daniel Modesto
Dr. Evandro Noronha
Dr. Gutemberg C.M.M Soares

USUÁRIO

*Jaílton Peres Evangelista
apresenta fratura de patela e
(5to crânio)
Necessita assistência de
trabalho por 120 dias
Encaminhado para peritos
do INSS*

CID. 582.0

*Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3909*

05/03/2020

VOLTANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA





ATESTADO MÉDICO

Atesto que João Roberto
Tranquillo Cart. Prof. Nº _____ Série: _____
necessita de 15 dias de licença para tratamento de saúde a partir
de 02/08/2020
5822

Teresina, 20 de 02 de 20 20

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11365

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.





RECEITUÁRIO

05.522.917/0022-02

Hospital de Urgência de Teresina - Dr Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção Cep: 64017-775

Teresina-Pi

NOME :

ENDEREÇO :

USO INT

1. Cefalexina 500mg _____ 28 comp

Tomar 01 comp VO 6/6hs por 7 dias

2. Nimesulida 100mg _____ 1cx

Tomar 01 comp VO 12/12hs por 5 dias

Teresina, 24/04/10

Médico/CRM
Carimbo

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TEOT: 11305

**USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE
SAÚDE**





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Jailton Peres Evangelista

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 538524

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Imp: 20/02/2020 10:45:31

(User: CAIO VAZ)

(Estação: GESS002)

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

Nome: JAILTON PERES EVANGELISTA		Prontuário: 538524
Mãe: LUCILA GOMES EVANGELISTA PEDES	Pai: RAIMUNDO MARQUES PERES	
End.Resid.: RUA 8 QD:08 CASA:01 - CONJ. SANTA SOFIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 05/03/1982	Idade: 37a11m15d	Sexo: Masculino Fone: 86-98110-0917
Responsável: ARTEMIS	CNS: 708806726322510	
Profissão: ELETRICISTA	Documento: CPF: 983.859.843-72	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 768130	Entrada: 20/02/2020 10:35:05	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): QUEDA MESMO NÍVEL			
Indução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

LOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: SOFREU QUEDA DE MOTO HÁ 12 H APRESENTANDO DOR E EDEMA EM JOELHO E, NEGA ALERGIAS, ECG=15.		MARIA AMELIA LOPES DE SOUSA CABRAL COREN 93943 Em: 20/02/2020 10:40:53

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 COM DOR E EDEMA DE JOELHO ESQ APOS TRAUMA CD: RX		Ellayne Mendes R. de Oliveira SAME - HUT Confere com o Original
408050683		

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

Exames Complementares: (1445096) - JOELHO ESQUERDO
--

Prescrição Médica:
RAIO-X REALIZADO DATA 20/02/2020 Técnico: Wendell

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

Assinatura Paciente ou Responsável

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
CRM PI 3054 Em: 20/02/2020 10:45:29



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 947112081	Nº REGULAÇÃO: 115194	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679647 - UNIDADE MISTA DE SAUDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: JAILTON PERES EVANGELISTA	NASCIMENTO: 05/03/1982	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

19/02/2020 23:17:43 - USUÁRIO RESPONSÁVEL: ELSON GOMES DE CASTRO
ESTABELECIMENTO: UNIDADE MISTA DE SAUDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES
PACIENTE VEM AO PS REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 4 HORAS COM TRAUMA EM JOELHO E.
EDEMA E DOR EM JOELHO E. SINAL DA TECLA +
RX: FRATURA DE RÓTULA?

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): TRAUMATISMO DE ESTRUTURAS MULTIPLAS DO JOELHO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg) FREQ. CARDÍACA: 85bpm SATURAÇÃO: 98% FREQ. RESPIRATÓRIA: 18rpm

GLICEMIA: 125mg/dL NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15 USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

ATA: 19/02/2020 23:26:44

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Joelton Peres Evangelista</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura de patela E</i>		
Operação - Tipo <i>Poss</i>		
Cirurgião <i>Dr. Briel Barbosa Baretta</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-F: 3909	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Jacksony</i>	Anestesista <i>caio Cesar</i>	Anestesia <i>Raquel</i>
Anestésico(a)		

Data da Operação <i>22/02/2020</i>	Início	Fim
------------------------------------	--------	-----

Diagnóstico Pós-operatório	
----------------------------	--

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Pela via ORTA sob rotação
Anestesia, antiespasmódico,
Campo estéril.
Incisão na patela E.
Fratura de fratura de patela E com
Banda de tecido;
Redução na plan
Costa

Dr. Briel Barbosa Baretta
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-F: 3909

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original



FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE				UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO	
DATA:	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					ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS		OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO						TOTAL DE DOSES	
	1						Demand 5mg	
	2						fentanyl 20 ug	
	3							
LÍQUIDOS	SO-UTO 500						Neocina 15mg	
	400						morphine 80 ug	
	SANGUE 300						Res. Alfalutina 27	
	200						Tilalil 20 mg	
	OUTROS 100							
TEMPERATURA T	°C	260						SEQUÊNCIA 1 Checo sala 2 monitorização 3 ECG, PNI, SpO2 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
		240						
		2						
P. ARTERIAL	38	200						
V		180						
O		160						
PULSO		1						
		140						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120						
		100						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80						
		60						
		40						
RESPIRAÇÃO O		20						
		10						
SÍMBOLOS							DURAÇÃO	
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERÇÕES				medicam L1-L4 claz. 200				
CIRURGIAS				LCAO, injeto agendes, 2/				
ANESTESISTAS				Elayne Mendes de Oliveira CRM-PR 1285				
				CONFERE COM O ORIGINAL				
				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
PARITICULARIDADES								

76 - HUT



MODELO 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: 258531
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JAILTON PERES EVANGELISTA	6 - Prontuário: 538524		
7-CNS: 708806726322510	8-Nascimento: 05/03/1982	9-Sexo: Masculino	CPF: 983.859.843-72
11-Mãe: LUCILA GOMES EVANGELISTA PERES	12-Fone: 86-98110-0917		
Resp: ARTEMIS	14-Fone: 86-98110-0917		
15-Ender: RUA 8 QD:08 CASA:01 - CONJ. SANTA SOFIA - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100		
16-Munic: TERESINA	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior 0408050683	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO		
21-Cod. Mudança Procd. 0408050527	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA		
27-CID Prin: S820	25-Diagnóstico: Fratura da rótula [patela]	28-CID Sec.: 	29-CID C.Ass.:

38-Profissional Responsável: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	40-Tp. Documento: CPF	
Data Solicitação: 20/02/2020	40-No.Doc. Méd. Solic.: 835.447.043-15	
41-Ass.Carimbo Med:Sol.: (CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente, 37 anos, com história de queda mesmo nível apresentando trauma + fratura em patela E.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 17/02/2020	52-CNS/CPF: 17060053260002
	53-Ass. (Rg.Conselho)	

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES

CNES

2679647

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

708806726322510 JAILTON PERES EVANGELISTA

NASCIMENTO

05/03/1982

PRONTUÁRIO

538524

SEXO

M

DOCUMENTO

RG

2006601

TELEFONE

86981100917

NOME DA MÃE

LUCILA GOMES EVANGELISTA PERES

RESPONSÁVEL

O MESMO

CEP

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

R 8 Q 7 C 36

NUMERO / LOTE

36

BAIRRO

SANTA SOFIA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0408050527

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO AO NIVEL DO JOELHO

CÓDIGO

0408050683

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXACAO INTERNA

CÓDIGO

0408050527

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA ROTULA PATELA

CID 10 PRINCIPAL

S820

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente, 37 anos, com história de queda mesmo nível apresentando trauma + fratura em patela E.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016281640255

DATA SOLICITAÇÃO

03/03/2020

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

980016001406516

03/03/2020 15:16:58

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original

DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO 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	258531

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JAILTON PERES EVANGELISTA	6 - Prontuário: 538524
7-CNS: 708806726322510	8-Nascimento: 05/03/1982
9-Sexo: Masculino	CPF: 983.859.843-72
11-Mãe: LUCILA GOMES EVANGELISTA PERES	12-Fone: 86-981110-0917
13-Resp: ARTEMIS	14-Cor: Parda
15-Ender: RUA 8 QD:08 CASA:01 - CONJ. SANTA SOFIA - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100
18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
1-Munic: TERESINA	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE COM DOR E EDEMA DE JOELHO ESQ APOS TRAUMA CD: RX
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRURGICO
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): RX
23-Diagnóstico Inicial: Luxação do joelho
24-CID Prin: S831
25-CID Sec.:
26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050683	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	Tempo SUS 4
29-Clinica: 02	30-Caráter: 01	31-Docum.: CPF
32-Doc. Méd. Solic.: 835.447.043-15	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	34-Data Solicitação: 20/02/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora: Elayne Mendes R. de Oliveira	40-No.Bilhete: SAME - HUT	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa: Confere com o Original	43-CNAE Empresa: 	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: 18/02/2020 -	47-Data Autorização: 18/02/2020
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento: 50-Ass. Local: 768130
50-Ass. Local: 768130	51-Assinatura Paciente ou Responsável: Itemo Gomes Sales

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

VÁLIDO: 2020
ATE: 22/08/2020

FORMA DE ENTRADA: HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE MISTA DE SAÚDE D. ANTONIO PEREIRA DE A. MARTINS - BUENOS AIRES

CNES

267947

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON DICHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

708806726322510

NOME DO PACIENTE

JAILTON PERES EVANGELISTA

NASCIMENTO

05/03/1982

SEXO

M

PRONTUÁRIO

538524

DOCUMENTO CPF

2006601

TELEFONE

86981100917

NOME DA MÃE

LUCILA GOMES EVANGELISTA PERES

RESPONSÁVEL

O MESMO

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

R 8 Q 7 C 36

NUMERO / LOTE

36

BAIRRO

SANTA SOFIA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE COM DOR E EDEMA DE JOELHO ESQ APOS TRAUMACD: RX

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRURGICO

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S831 - LUXACAO DO JOELHO

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050683 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO FRATURALUXACAO AO NIVEL DO JOELHO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

20/02/2020

JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR

CPF: 83544704315

CRM:

DATA ADMISSÃO

20/02/2020 10:35

DATA ALTA

22/02/2020 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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

LIVIA ARAUJO VALE CASTELO BRANCO TORRES

CPF: 93073992391

CRM:

DATA ANALISE: 20/02/2020 11:56:47

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original

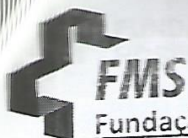
CPF

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

ut:blank





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

DATA 22/02/2020

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	Jaqueline Rosa Figueiredo	PRONTUÁRIO N°:	538524
DIAGNÓSTICO:	Gravidez	CIRURGIA:	Pré-
ANESTESIA:	Raque	N° DA SALA:	08
CIRURGIÃO:	Dr. Sérgio Roberto dos Reis	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESIA:	Raio Líscar	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Jacksony	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA N° 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRADO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			usou	UN	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				expon — 02			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				ultrares — 05			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	UN	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: Jeline			
VICRYL 1.0	UN	01		CIRCULANTE: Jeline			
PROLENE							

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original





LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

0702031348

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
PACIENTE: Jaílton Reis Evangelista Nº AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

Fratura de patela e
laceração do fêmur de Kienbo
+ curativos

Dr. Douglas Roberto Dantas
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 3009

DATA:

21/02/2020

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original

18/02/2020

Jose de Ribamar Santos Filho
Assessor de Auditoria
CRM-PE 1808 - CPF: 372.006.433-00
CNS 1706053326002

Assinatura do Médico Solicitante



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

carimbo

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 97517 - Em: (22/02/2020)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt. Nasc./Id:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
250531	538524	JAILTON PERES EVANGELISTA	05/03/1982 37a11m15d	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 236	LEITO 33	RICARDO SOARES VALENÇA	
Evolução:		Alergias:					Diagnóstico/Comorbidades:	
Hora:								
							Relatório de Enfermagem:	
Seq.:	Descrição-Apresentação	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:
Dietas	ORAL Tipo LIVRE,							
1	CEFALOTINA SÓDICA 1g, PÓ P/SOL. INJ. 10ML AD	2.00	Frasco	EV	6/6h		AD	
2	DIFTRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. 10ML AD	1.00	ampola	EV	6/6h		AD	
3	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL 100ML SFO, 9% SN	1.00	Ampola	EV	12/12h		SF 0,9%	
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. 10ML AD SN	1.00	Ampola	EV	8/8h			
5	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	2.00	mL	EV	12/12h			

Observações Gerais: JELCO SALINIZADO
CURATIVO DIÁRIO
CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original

Y-XP

Signature

Signature

Dr. Ricardo S. Valença
Ortopédia e Traumatologia

CRM3766-TEOT-11305

Miguel F. Cruz Gonçalves

DE ADMISSÃO 10 h 28 min TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO

CIRURGIÃO

CIRURGIÃO REALIZADA: Anat. joelho (C)

HORÁRIO

SINAIS VITAIS

ADMISSÃO

10:45

11:00

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

111 x 66 mmHg

100/52

103/61

108/64

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

91 bpm

62

63

63

SATURAÇÃO DE O₂ (%)

98%

99%

98%

100%

TEMPERATURA AXILAR (°C)

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/MATRÍCULA

Fátima S. Soares

me

me

me

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO TEE KROULIK

ADMISSÃO

SAÍDA

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

2

2

2

2

Movimenta dois membros

1

1

1

1

1

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

0

0

0

0

RESPIRAÇÃO

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

2

2

2

2

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

1

1

1

1

1

Tem apnéia

0

0

0

0

0

CIRCULAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

2

2

2

2

PA em 20-49% do nível anestésico

1

1

1

1

1

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

0

0

0

0

CONSCIÊNCIA

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

1

1

1

1

1

Desperta, se solicitado

0

0

0

0

0

Não responde

2

2

2

2

2

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

1

1

1

1

1

Necessita de O₂ para manter saturação maior que 90%

0

0

0

0

0

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

0

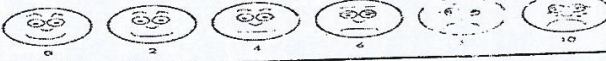
0

0

0

0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

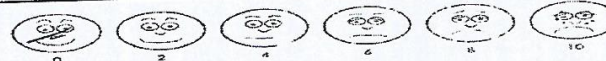


TOTAL

09

10

ESCALA DE DOR SAÍDA



ASS.

me

me

() 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

hs

mL

hs

mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:28h: Admissão na SRPA, em POS - Anat. joelho (C), sob efeito de raque: consciente, orientado, fúncio. Emprego - respirar AA, ventilar. AVP físico: sem queixas.

10:28h
12.232

Ellayne Mendes R. de Oliveira

SAME - HUT

Conferir com o Original

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

Dr. Rafael Costa Vieira
Anestesiologista
CRM-PI 4506

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

Q: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] JMÉD

236/1-33



Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

ENF. OU AP

LEITO

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES / ALERGIAS

20/02/20

1 DIETA LIVRE

2 SF 0,9% 1000 ML EV EM 24H

3 DIPIRONA 2 CC + AD, EV, 6/6 H

5 TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H

6 TRAMADOL 100MG 01 AMP + 250ML SF EV 8/8H

7 PLASIL 1 AMP + AD, EV, SOS

8 SSVV

9

Dr. Jansen M. de Lencastre
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 3873 RCT: 11094

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original

12:00 - 14:00 7:64
TAX 36,35 - PC (Payday)

Cia. Maribon
con. Dr. Sergio

18:00 - 19:00 2:45

18:00 - 19:00 2:45

18:00 - 19:00 2:45



MS

Indicação Municipal de Saúde

EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

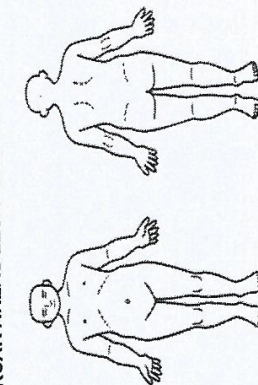
ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

NOME: Saylton Carlos Cavalcante PRONTUÁRIO: _____ IDADE: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 20 / 02 / 2020

SINAIS VITAIS						ENTRADAS			SAÍDAS		
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18	36,3	64		140x90							
24		69		140/85							
06											

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"



ESCALA DE BRADEN:	PONTOS:	CONTROLE:
• PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1- Totalmente/ 2- Muito/ 3- Levemente/ 4- Nenhuma		ALTO RISCO AR: < 12
• UMIDADE (Molhado): 1- Completamente/ 2- Muito/ 3- ocasionalmente/ 4- Raramente		
• ATIVIDADE: 1- Acamado/ 2- Cadeira rodas/ 3- Andar ocasionalmente/ 4- Andar frequentemente		MÉDIO RISCO MR: 12 a 14
• MOBILIDADE (Limitação): 1- Totalmente/ 2- Muito/ 3- Levemente/ 4- Nenhuma		BAIXO RISCO BR: > 14
• NUTRIÇÃO: 1- Muito pobre/ 2- Inadequada/ 3- Adequada/ 4- Excelente		
• FRICÇÃO E CISCALHAMENTO: 1- Problema/ 2- Problema Potencial/ 3- Nenhum/ 4- Nenhum Problema		
TOTAL:		

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:	PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0		SEM RISCO SR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0		
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Móvel/ 1- Parede - 30 / Muletas/ 2- Andador - 15 / Nenhum/ 3- Acamado/ 4- Ausílio Profissional/ 5- Saúde - 0		BAIXO RISCO BR: 25-60
4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM - 20 NÃO - 0		
5. MARCHA: Comprometida/ 1- cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / 2- Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas - 0		ALTO RISCO AR: > 61

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Estado Mental: () Consciente/ () Torporoso/ () Glaucoma ()
2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação ()
3. Parestesia: () Plegia () Hemiparesia ()
4. Deficiência Motor: ()
5. Respiração: () Espiratório () Dispneico () Taquipnéico () TQT () Sem O₂ () Com O₂: _____
6. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () J2T () Normotônico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros: _____
7. Dieta: () VO () SNE/ SNG () SOE/ SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação/ () Aceita Parcialmente () Não aceita ()
8. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido/ () Rígido/ () Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros: _____
9. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integra () Edema/ Anasarca/ () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escoriações ()
10. Hidratação: () JVP () JAVC () Outros: _____
11. Drenos: () Suctor () Torácico () DJVE () Kher () Penrose () Outros: _____
12. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros: _____
13. Evacuações: () Presentes () Constipado () Diarréia () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros: _____
14. Alergia: () Não () Sim- Quais: _____

15.30h Exame de ps 11

Aline Samara
ENFERMEIRA
COREN-PR 884.368

16.30h Exame de ps 11



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: **JAILTON PERES EVANGELISTA** (Prontuário: 538524)
Endereço: RUA 8 QD:08 CASA:01 - CONJ. SANTA SOFIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/03/1982 Idade: 37a11m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 768130
Requisição: 1063784 Solicitação: 20/02/2020 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
Controle: 1445096 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 20/02/2020

JOELHO ESQUERDO

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

- Fratura cominutiva na patela.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 20/02/2020

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICOPaciente: **JAILTON PERES EVANGELISTA (Prontuário: 538524)**

Endereço: RUA 8 QD:08 CASA:01 - CONJ. SANTA SOFIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 05/03/1982 Idade: 37a11m28d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 258531

Requisição: 1064261 Solicitação: 21/02/2020 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR

Controle: 1446142 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 33

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 21/02/2020

JOELHO ESQUERDO

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

- Fratura recente alinhada na patela fixada com fios metálicos em banda de tensão.
- Aumento de volume de partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 02/03/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JAILTON PERES EVANGELISTA** (Prontuário: 538524)
Endereço: RUA 8 QD:08 CASA:01 - CONJ. SANTA SOFIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/03/1982 Idade: 37a11m15d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 768130
Requisição: 1063784 Solicitação: 20/02/2020 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
Controle: 1445096 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 20/02/2020

Cod. SIA: 0204060125

JOELHO ESQUERDO

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

- Fratura cominutiva na patela.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 20/02/2020

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

Dina Viana e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original



Saldos

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS
JAILTON PERES EVANGELISTA
AGENCIA 0405 CONTA 0115717-5

12:56 HRS
03/AGO/2020

DISPONIVEL	8,05
= TOTAL DISPONIVEL	1,00
+ CONTA CORRENTE	7,05
+ INVESTIMENTO C/ BX AUTOM.	
TOTAL DE RECURSOS	8,05
SALDO DISP. P/INVEST.	1,00
DEMONSTRATIVO INVESTIMENTOS	
POUPANCA FACIL(**)	7,05
SD DEPOS A PARTIR 4/5/12	7,05
(**) INVEST C/BX AUTOM	

