

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface.

The address bar shows: tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/DetalleProcessoCompletoAdvogado.seam?id=531997&ca=106cb97ce264838fc5030fee7645861...

The main content area displays a case summary:

PJe ProceComCiv 0815313-60.2020.8.18.0140
MAYCON DANTAS ROSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

Case number: 12818157 - CONTESTAÇÃO (2760146 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 29/10/2020 13:37:44

Left sidebar (File Tree):

- 29 Oct 2020
- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12818154 - CONTESTAÇÃO
 - 12818157 - CONTESTAÇÃO (2760146 CONTESTACAO 01)
 - 12818160 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12818161 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12818165 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12818167 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Central content area (Document Preview):

downloadBinario.seam
1 / 11
2760146- C3/ 2020-03931/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Bottom status bar:

PT 13:38 29/10/2020



29/10/2020

Número: **0815313-60.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **11/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MAYCON DANTAS ROSA (AUTOR)	GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12818 160	29/10/2020 13:37	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711675 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MAYCON DANTAS ROSA Data do acidente: 07/02/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA OLECRANO DIREITO.
FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-5-6-11-13-14-21-25-28-31

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO E PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO COTOVELO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 3



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, Raimundo José da Silva Filho,

RG nº 2.867.752, data de expedição 30/06/15,

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 036.691.663-78,

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Av. 6º Martins, nº 293,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

marxon santos rocha, cujo o condutor era

marxon santos rocha.

Veículo: moto Modelo: Honda CG 125 FANES Ano: 2015

Placa: PIK-9924 Chassi: 9C2JC4110FR200814

Data do Acidente: 07/02/19



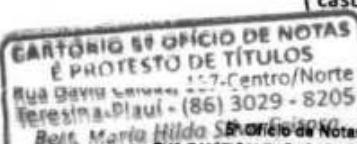
Local e Data: TERESINA PI 17/12/2019

Raimundo José da Silva Filho

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAIMUNDO JOSE DA SILVA FILHO NO DOCUMENTO DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM TESTE DA VÉRTERESINA, 17/12/2019 13:12:48
SELO AANR724-QGL. Consulte em [www.tjpj.us.br/portalextra](http://tjpj.us.br/portalextra)

Rivalho Moreira da Silva

RIVALHO MOREIRA DA SILVA - ESCRIVENTE
IS TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelly Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maycon Dantas Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.595.583-90, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Maycon Dantas Rosa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.595.583-90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Lentis	Cidade	Teresina	Estado	PI
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(86) 99534-6565

Teresina, 19 de Dezembro de 2019
Local e Data

x Nelly Rose Soares Marques
Assinatura do Declarante

01/2017





Para contato
contate-nos, informe
esse NÚMERO!»

SEU CÓDIGO
0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: C1.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.361.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizada pela SIEPE/08/98

Nº da Nota Fiscal 030476502

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS NOVEMBRO/2019	VENCIMENTO 02/12/2019	CONSUMO (kWh) 277	TOTAL A PAGAR (R\$) 300,63
-------------------------	-----------------------	-------------------	----------------------------

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	22181	Atual:
Anterior:	21824	Anterior:
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	277	Emissão:
Consumo Faturado:	277	Apresentação:
Forma de Faturamento: NORMAL	FCAM	Dias de Consumo: 32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pst.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	234

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
OUT/19 394	CONSUMO 277 A R\$ 0,968508 = 268,27
SET/19 368	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO SIP) 21,64
AGO/19 285	MULTA POR ATRASO DE I 10/19-00 0,60
JUL/19 222	JUROS DE MORA ATRASO 10/19-00 0,20
JUN/19 295	MULTA POR ATRASO 10/19-00 7,44
MAI/19 264	JUROS POR ATRASO 10/19-00 2,48
ABR/19 178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,90
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 9,01
FEV/19 297	
JAN/19 365	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
E A 277 - 0,65166

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/11/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode entrar em contato com o atendimento da sua Unidade consumidora 1 5 10 15 20 25, sobre seu consumo por meio das nossas canais de atendimento.
RESERVADO AO FISCO C07F.68BB.D7CC.4751.9CAA.4C54.5B5B.9003

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	52,75	Base de Cálculo:	268,27	195,84
Energia:	101,95	Aliquota ICMS:	27,00%	
Transmissão:	17,24	Valor do ICMS:		72,43
Encargos:	8,44	Valor do PIS:	1,40%	2,75
Tributos:	87,89	Valor do COFINS:	6,49%	12,71

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		FIC		DAMC		DICAU
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00		0,00			0,00	

Conjunto: TERESINA-MACAUBA Período de operação: 09/2019 FUSP: 130,30





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

ORTOPOR

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MAYCON DANTAS ROSA		Prontuário: 502003
Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA	Pai:	
End. Resid.: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 17/07/1993	Idade: 25a6m21d	Sexo: Masculino Fone: 86-99424-9799
Responsável: O MESMO	CNS: 704207257084586	
Profissão: ELETRICISTA	Documento: CPF: 066.595.583-90	
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Idige: 706574	Entrada: 07/02/2019 18:52:34	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
--	--------------------------------------	------------------------

Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 30MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C PERIMENTO, MCE, ESCORIAÇÕES EM MMII. NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC) FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC)	CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138833 Em: 07/02/2019 18:58:09
--	--

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bmp Pressão: mmHg
---------------------------	---

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ APROXIMADAMENTE MEIA HORA , REFERE DE CAPACETE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO. A) VIAS AEREAIS PERTIVAS ,FÁSICO -3) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; I BNP, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL; D PUPILAS ISOCORICAS E POUCO FOTORREAGENTES. GLASGOW 15 EI BRAÇO DIREITO COM FERIMENTO PEQUENO, BRAÇP ESQUERDO COM SINAIS DE TRAUMATISMO	RAIO-X REALIZADO DATA: ____ / ____ / ____ Técnico: _____
--	---

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

Exames Complementares: (1150673) - BRAÇO DIREITO	<i>T Torac + Rebu</i>
--	-----------------------

Prescrição Médica: João Luis Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAMU - HUT CONFERE COM O ORIGINAL	<i>Thiago C. Resende Cirurgião Geral CRM-PI:6654</i>
--	--

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

Assinatura Paciente ou Responsável	ADONIRAN DE MOURA SILVA 3745 - PI Em: 07/02/2019 19:11:53
------------------------------------	--





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013343/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/12/2019 14:33 Data/Hora Fim: 17/12/2019 14:42
Delegado de Polícia: Enka Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 07/02/2019 18:00

567984

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: av. pedro freitas

Bairro: São Pedro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MAYCON DANTAS ROSA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 17/07/1993

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Francineide Dantas Rosa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 066.595.583-90

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: AV. GIL MARTINS

Nº: 293

Bairro: SÃO PEDRO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 036.691.663-78	Placa: PIK9924
Renavam: 01055499790	Número do Motor: SA8875B526575B
Número do Chassi: 9C2JC4110FR200814	Ano/Modelo Fabricação: 2015/2015
Cor: VERMELHA	UF Veículo: Piauí
Município Veículo: Teresina	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado
Última Atualização Denatran: 09/07/2015	Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvedo	Envolvimentos
Maycon Dantas Rosa	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Enka Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Francineide Lima Cordeiro Furtado
Data de Impressão: 17/12/2019 14:42
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 9



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013343/2019

RELATO/HISTÓRICO

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA EM MOTO E LOCAL CITADOS, QUANDO CAIU EM BURACO NA VIA; QUE, FOI SOCORRIDO POR UM TIO E LEVADO AO HUT; QUE, O REFERIDO ACIDENTE TEM COMO TESTEMUNHA LUZIA MARIA DE OLIVEIRA, CPF: 61675834393. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

ASSINATURAS

Francieleude Lima

Francieleude Lima Cordeiro Furtado

AGENTE DE POLÍCIA

Matrícula 1945629

Responsável pelo Atendimento

Maycon Dantas Rosa

Maycon Dantas Rosa

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os efeitos legais que sou o(a) único(a) responsável pelas informações abaixo assinadas e que sou o(a) que poderá responder civil e criminalmente pela previsão de declaração que dei acima, conforme previsto nos Artigos 329-Cominicado Calunioso e 340-Comunicado Falso ou Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 066.595.583-90 4 - Nome completo da vítima: Maycon Santos Rosa

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

5 - Nome completo: Maycon Santos Rosa 6 - CPF: 066.595.583-90

7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Av. Int. Gél Martins 9 - Número: 293 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Tabuleta 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64039-630

15 - E-mail: edvansergio20@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 109.181 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. |

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 áqueles 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 18/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

lo Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 066.595.583-90 4 - Nome completo da vítima: maycon dantas Rose

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

5 - Nome completo: maycon dantas Rose	6 - CPF: 066.595.583-90		
7 - Profissão: Estudante	8 - Endereço: Av. Ing. Gil Martins	9 - Número: 293	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Talbuleto	12 - Cidade: Teresina	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64039-630
15 - E-mail: eduanseguros2@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): (86) 34534-6565	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 1606 CONTA: 109.181 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 Lider 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 Lider 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
Informações
de que
relativa
à identificação
do declarante

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 18/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apurador:

344-482056086-6

10/DEZ/2019

HORA DF 16:20:46

LOT. 16.005412-5

TERM 00894

LOCALIDADE: TERESINA

AG. VINCULADA: 1606

CONTROLE: 344403815

NOME: MAYCON DANTAS ROSA

AGENCIA: 1606

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.109.181-5

DATA DA ABERTURA: 10/12/2019

LOTERIAS CAIXA

344-482056086-6

1ª VIA

loterias CAIXA

loterias CAIXA





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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190711675

Vítima: MAYCON DANTAS ROSA

Data do Acidente: 07/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAYCON DANTAS ROSA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15267076

Pag. 0075500756 - carta_01 - INVALIDEZ



00030378



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 15



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, 30 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190711675

Vítima: MAYCON DANTAS ROSA

Data do Acidente: 07/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MAYCON DANTAS ROSA

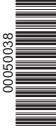
Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00075/00076 - carta_02 - INVALIDEZ



00050038

Carta nº 15305400



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 16



NOME DO PACIENTE: MAYCON DANTAS ROSA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 502 003

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAIS

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".



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 17



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

ORTOPOR

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MAYCON DANTAS ROSA		Prontuário: 502003
Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA	Pai:	
End. Resid.: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 17/07/1993	Idade: 25a6m21d	Sexo: Masculino Fone: 86-99424-9799
Responsável: O MESMO		
Profissão: ELETRICISTA	CNS: 704207257084586	
G. Instrução: Fundamental Completo	Documento: CPF: 066.595.583-90	
End. Local.: - - -	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

código: 706574	Entrada: 07/02/2019 18:52:34	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ +30MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C FERIMENTO,MCE,ESCORIÇÕES EM MMII.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC) FAZIA USO DE CAPACETE.(SIC)		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 136833 Em: 07/02/2019 18:58:09

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 m IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bpm	Pressão: mmHg
----------------------------	--	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ APROXIMADAMENTE MEIA HORA , REPERE DE CAPACETE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÍSICO E EUPNEICO. A. VIAS AEREAIS PERTIVAS ,FÍSICO B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; C) SIF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL; D) PUPILLAS ISOCORICAS E POUCO FOTORREAGENTES. GLASGOW 15 E) BRAÇO DIREITO COM FERIMENTO PEQUENO, BRAÇO ESQUERDO COM SINAIS DE TRAUMATISMO			
--	--	--	--

Diagnóstico Inicial:		RADIO REALIZADO
		DATA: 120
		Técnico:

Exames Complementares: 1150673) - BRAÇO DIREITO		Thiago C. Resende Cirurgia Geral CRM-PI:6854
--	--	--

Prescrição Médica: João Luís Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAMU - HUT CONFERE COM O ORIGINAL		
--	--	--

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

Assinatura Paciente ou Responsável		ADONIRAN DE MOURA SILVA 3745 - PI Em: 07/02/2019 19:11:53
------------------------------------	--	--





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

ORTOPOR

BOLETIM DE ENTRADA (BE)
DADOS DO PACIENTE:

Nº
09/21/19 16:00

Imp: 07/02/2019 19:11:54
 User: ADONIRAN
 Estação: CONSULPA03

Nome: MAYCON DANTAS ROSA		Frontuário: 502003
Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA	Pai:	
End. Resid.: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 17/07/1993	Idade: 25a6m21d	Sexo: Masculino Fone: 86-99424-9799
Responsável: O MESMO	CNS: 704207257084586	
Profissão: ELETRICISTA	Documento: CPF: 066.595.583-90	
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

código: 706574	Entrada: 07/02/2019 18:52:34	Convênio: SUS	Proced: 0301060029
Motivo da Procura ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ +_30MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C FERIMENTO,MDE,ESCORNIOS EM MHTI.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC) FAZIA USO DE CAPACETE.(SIC)		
CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 136833 Em: 07/02/2019 18:58:09		

SSVV: (Hora: _____)	peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m²	P脉搏: bpm	Pressão: mmHg
----------------------------	----------------------	-----------------------	------------------------	-----------------	----------------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:					
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ APROXIMADAMENTE MEIA HORA , REFERE DE CAPACETE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO.					
A) VIAS AERÉAS PERTURBADAS, FÁSICO					
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE;					
C) EGF, RR, ZT; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL;					
D) PUPILLAS ISOCÓRICAS E POCO FOTORREAGENTES. GLASGOW 15					
E) BRAÇO DIREITO COM FERIMENTO PEQUENO, BRAÇO ESQUERDO COM SINAIS DE TRAUMATISMO					
RAIO X PULMONAR					
DATA: 00					
Técnico: _____					

Diagnóstico Inicial:	CID: _____
----------------------	------------

Exames Complementares: 1150673) - BRAÇO DIREITO	<i>Torax + Rebus</i>
---	----------------------

*Thiago C. Resende
Ortopedia Geral
CRM-PI 6654*

Prescrição Médica:	<i>Joana Luisa Mendes de Melo</i> Matrícula: 47390 SMIE - HUT CONFIRA COM O ORIGINAL
--------------------	---

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

Assinatura Paciente ou Responsável	ADONIRAN DE MOURA SILVA 3745 - PI Em: 07/02/2019 19:11:53
------------------------------------	--



Ortopedico de SP

Yônia Felicio de
Melo é um paciente
especial observar

ao contrário
assinar

Dr. Ricardo Valençá
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3786 - TEOT: 11306



Joana Luisa Marques de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 20



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Wallyson Santos Rosa	
Diagnóstico pré-operatório	Tx Fístula de Oleson D)	
Operação - Tipo	Lnc colono 1)	
Cirurgião	Dn W. Antônio	1º Assistente
2º Assistente	W.	3º Assistente
Instrumentador(a)	U	Anestesia
Anestésico(a)	Grau Plano + cl	

Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	O moro	

Relatório Imediato do Patologista

∅

Acidente Durante a Operação

Não houve

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

1) Fct na liga col Reta preservada
2) Mobilizações + Agar - Cura com
3) Fct empírico de lnc b hemorr
4) Desbridem + Enxag e sutu c/ Iker 9:
5) Sutura pto + cura
6) int farto-pâncreas MSII

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula 1390
SAME-HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 01/10/2020
ORIGEM: 1260003
TOMO: 32/3

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA 07/10/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRAT RIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	SE-1000ccf x tryo 27.8/100				
LIQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	norm Culto Monit 0,5/100				
TEMPERATURA T	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	C° 38 SEQUENCIA 1 Decil 2 Decil 3 100cc 4 Profund. 5 100cc 6 100cc 7 100cc 8 100cc 9 100cc 10 100cc 11 100cc 12 100cc 13 100cc 14 100cc 15 100cc				
P ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TECNICAS	<i>Blyveis do Plano + jodo</i>					INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS	<i>Antônio Lino 1582</i>					
JOAQUIM LUIZ MENEDES DE MORAES Matrícula: 47300 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINA:					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
PARTICULARIDADES						

MOD 76 - HUT



230

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maycon Santos Rosa IDADE 26 anos DATA 07/10/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 22 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA GERAL RAQUEL BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Frotura Colôpulo D CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>143/77</u>		<u>138 x 78</u>
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	<u>107</u>		<u>96 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>98</u>		<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0°C)			<u>99%</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>Theslane Ribeiro</u>		
NOME/ MATRÍCULA	Tel. de Emergência COREN: 21.000.752.565		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK			ADMISSÃO		SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
PIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	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"/> 0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input 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"/> 1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	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"/> 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"/> 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"/> 0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO											TOTAL	<u>08</u>	10
ESCALA DE DOR ALTA											ASS.	<u>Kline</u>	<i>Ronaldo Mendes Pinto 2010291337431960000012124685</i>

SONDA VESICAL	()DRENO DE SUCÇÃO	()DRENO TORACICO	()DVE	()COLOSTOMIA	SONDA ()NASOG()MASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

22:30 Admitido na sala em PI de frot. colôpulo D. Sem dor. Expresso em 0/4 HW puro. — et= kline US=025

23:15h Reab alta com túnica, encaminhar para ortopedia. *Ronaldo Mendes Pinto
COREN 2010291337431960000012124685*

Juana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAMU: HUT
DIFERE COPIA ORIGINAL

RAIO X DAT 7/10/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

HABIMENTO / FÍFTEMA / SALA DE GESSO / IMAGENS E GRÁFICOS /





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

path

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	ORTOPÉDICA			
POI		HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
Mayra Naut Rose					
07/02/19	# T. 1 Okemos 9				
	# F. 2 Pad. dinâm. 2				
1	Dieta oral livre após efeito anestésico				
2	SG 5% 1000ml + SF 0,9% 1000 ml EV EM 24H				
3	Keflin 1g + AD EV 6/6h				
4	Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h				
5	Tilatil 20mg 01 amp + AD EV 12/12h				
6	Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS				
7	Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS				
8	CLEXANE 40 SC 1X DIA				
9	RX CONTROLE				

Joana Luisa Mendes de Melo
Matrícula: 290
SAMM - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 25



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 07/02/19

NOME DO PACIENTE:	WILSON JUBA ROSA	PRONTUÁRIO N°:	502.003
DIAGNÓSTICO:	F - d. Urtigo D. Exente	CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:	DH Umarico	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESISTA:	DR. WILHELMO L. COSTA CRM 5740 / CRF 6663	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Mellida TEO 13053	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	04		LUVA Nº 6,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	—	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	—	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.	—			Chorecidia alcoólica + 200m			
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.	—			— 1 — Ilegímenate - ± 30m			
CAT.GUT.CROMADO C/AG.	—						
CAT.GUT.CROMADO S/AG.	—						
ALCOFIL	—						
MONONYLON n.º 2-0	02						
FITA UMBILICAL	—			ENFERMARIA:			
VICRYL	—			CIRCULANTE: Enfermeira			
PROLENE	—						



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 175471
AIH: 2219100090581

FORMA DE ENTRADA: PROPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	MAYCON DANTAS ROSA		17/07/1993	M	502003
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL	
		FRANCINEIDE DANTAS ROSA		O MESMO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE	
64000010	AV GIL MARTINS			293	
BAIRRO	COMPLEMENTO			UF	
SAO PEDRO		MUNICÍPIO		PI	
		TERESINA			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUINDO COM DOR BILATERAL NO PUNHO E FRATURA EM COTOVELO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS

TRATAMENTO CIRÚRGICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RX

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0413040178 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTÂNCIA CUTÂNEA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

07/02/2019

WILANELO LIMA COSTA

CPF: 30461468387

CRM:

DATA ADMISSÃO

07/02/2019 18:52

DATA ALTA

09/02/2019 08:25

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

Joana Luisa Mendes
Matrícula: 2300
SAME/HUT
CBO: 2000 ORIGINS

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER/CONTROLE/AVALIAÇÃO/
AUDITORIA

LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIA

CPF: 09623442308

CRM:

DATA ANÁLISE: 07/02/2019 22:34:26

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) **132701**

LAUDO 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	232701

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MAYCON DANTAS ROSA	6 - Prontuário: 502003		
7-CNS: 704207257084586	8-Nascimento: 17/07/1993	9-Sexo: Masculino	CPF: 066.595.583-90
11-Mae: FRANCINEIDE DANTAS ROSA			12-Fone: 86-99424-9799
13-Resp: (O MESMO)			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: AV GIL MARTINS 293 - SÃO PEDRO - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

FRATURA DO RÁDIO DISTAL E + OLECRANO D

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA.

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

EXAME CLINICO.

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prin:

S525

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Proced. Proced.: **0408020407** 27-Procedimento Solicitado:**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO**

Tempo SUS

2

28-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solic.: **CPF** 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: **BERGIEL BARBOSA BEZERRA**

089.651.803-87

34-Data Solicitação: **09/02/2019**

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa: **Jogos Indiana Menina de Maracá**

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

Matrícula: **47380****SAM/HUT**

45 - Vínculo com a Previdência:

CONFERE COM O ORIGEM

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento: ()CNS ()CPF

49-Num. Documento:

Assinado em 09/02/2019, na cidade de Teresina, Piauí, no Hospital de Urgência de Teresina (HUT), por Mardonio Soares Coutinho, Auditor-Fiscal (0263951264), Agente de Aplicação (Rg. Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (AMPARO LEAL)
Consulta Local: 706574
Consulta SUS:



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

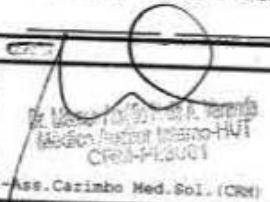
1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	232701

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MAYCON DANTAS ROSA	6 - Prontuário: 502003		
7-CNS: 704207257084586	8-Nascimento: 17/07/1993	9-Sexo: Masculino	CPP: 066.595.583-90
11-Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA	12-Fone: 86-99424-9799		
Resp: (O MESMO)	14-Fone:		
13-Endr: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - CEP: 64000-010	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

15-Cod. Procd. Anterior 0408020407	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
21-Cod. Mudança Proced. 0415030013	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
27-CID Freq: ?	28-CID Sec.: ?
29-CID C.Ass.: ?	

38-Profissional Responsável: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	40-Tp. Documento: CPF	 B. BERGIEL BARBOSA BEZERRA Médico - Hospital HUT CRM-PI-2601
45-Data Solicitação: 09/02/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 809.651.803-87	
41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando fratura em rádio distal E e olecrano D, realizado tto cirúrgico TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO 0408020407 8525 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METÁFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO 0408020415 8520		
--	--	--

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização: <i>José Luis Mendes de Melo Matrícula: 260 SAME - PI CONFIRE COM O CRM</i>		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50- Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 	52-CNS/CPF: 132349 Marco Antônio Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CRM-PI 261 - CNS 17026395120001 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) (ANA QUEIROZ)





Dr. Bergiel

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina

230/225

Prefeitura de
Teresina

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Maycon Dantas Rosa

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

JANE LUIZ SOARES DE MORAES
Matrícula: 47350
SAMM - HUT
CONFERE COM O ORIGINAIS

Data: 09 de fev de 2019

Enfermeiro responsável: S. G. Coutinho



Rua Olá Tito, 1820, Bairro Redenção,
Teresina-PI. CEP 64017-775.
CNPJ 17.577.205/0006-03



86 3229 - 4247



fht.hut@teresina.pi.gov.br



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO 225

NOME Maylon Denton Rosa

104

DATA 09.02.2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO

hs 35 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE- () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

RAQUE

DATA 09/02/2019

CIRURGIA REALIZADA		Vasovas + ponto e	CIRURGIÃO
SINAIS VITAIS	HORÁRIO		SAIDA
	ADMISSÃO		
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	169 / 85		136 / 74
FREQUENCIA CARDIACA (bpm)	91		88
SATURAÇÃO DE O2 (%)	98%		99%
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUENCIA RESPIRATORIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	531676		Enfermeira

Salle

Öulerne.

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK					ADMISSÃO		SÁD
ATIVIDADE SCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	✓	2	✓	2
	Movimenta dois membros	1	1	✓	1	✓	1
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	✓	0	✓	0
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	✓	2	✓	2
VENTILAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	✓	1	✓	1
	Tem apneia	0	0	✓	0	✓	0
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	✓	2	✓	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	✓	1	✓	1
SATURAÇÃO O₂	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	✓	0	✓	0
	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	✓	2	✓	2
	Desperta, se solicitado	1	1	✓	1	✓	1
	Não responde	0	0	✓	0	✓	0
	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	✓	2	✓	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	✓	1	✓	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	✓	0	✓	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	5	6
ESCALA DE DOR ASS.	0	1	2	3	4	5	6

SONDA VESICAL		DRENO DE SUCÇÃO		DRENO TORÁCICO		DVE		COLOSTOMIA		SONDA: ()NASOG ()NASOE	
ns	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
ps	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				

-LUCÃO DE ENFERMAGEM:
10:35h Admitido na RPA no Pós de fratura aberta (8) + punho (9).
apito de anestesia geral. Fanciente. Respirando espontaneamente. Bom estado ge-
ral. pronto para cirurgia

① Name or name of author: Delano and Tread
② Year & City: 1850, Boston

~~JOHN L. LOSE BIRMINGHAM
Metacite: 030
SAME 7-10
CONFERENCE~~

www.sociedad.com.mx

ALTA SERIA

~~SECRET~~ 25 de Olimpo

~~AMBULANCIA~~
~~MÉDICO~~

CRM-P1 6919

ANESTESIOLOGISTA

WOBABO

ANESTESIOLOGISTA

MENTO | EXTERNO | SALA DE GESSO | IMAGENS E GRÁFICOS |

L11 E 12 | L13 | LEMERGÊNCIA PEDIATRÍCA | HTI | LIPED | LINEURO | LIGERAL | LIM | LOQUEIM | CLÍNICA | LIPED | MORT | LINHU | LICIR | LIMED



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010291337431960000012124685>

Num. 12818160 - Pág. 32



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA -
HUT

ITAL. DE

PRESCRIÇÃO, VÍCIO DICR





HU
IDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC.	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MAYCON DANTAS ROSA	CÓDIGO	502003	17/07/1993	25	Ortopédica	230	225	
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DI : 07/02/2019	ERAT EXP OLECRANO D+ FECH PUNHO E							
10/02/19	1	Dieta oral livre						
	2	gelco salinizado						
	3	cefalotina 1g+ AD EV 6/6H						
	4	Ranitidina 50mg _01 amp + AD EV 8/8hs						
	5	Dipirona _01 amp + AD EV 6/6hs						
	6	Tilitil 20mg _01 amp + AD EV 12/12hs						
	7	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
	8	Curativos diários						
	9	Cuidados gerais e sinais vitais						
	10							
 Dr. Gláucio Cremers / Dr. Yuri Ivago Félix / Dr. Ricardo S. Valenga / Dr. Paulo H. L. Peixoto Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM3415 / CRM796 / CRM11305 / CRM3367 CRJ1029 / CRM192308 / CRM3765 / CRM11305								
Confere com o original Dr. Gláucio Cremers / Dr. Yuri Ivago Félix / Dr. Ricardo S. Valenga / Dr. Paulo H. L. Peixoto Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM3415 / CRM796 / CRM11305 / CRM3367								

DADOS ADICIONAIS

PROBLEMS AND EXERCISES

Válida Aprox. Tributos: R\$ 19.254,00 (32,09%) Fonte: IBPT
Sistema: AUTOCOM - 8.09f - MDS: 283c474663b708dc555bd9a4b1674b
Transação: 03 / VAP / VENDA A PRAZO (NFZ) - Chave: 00004200
Pedido: VAP.00000007302 - Secap: 00002853 - Usuário: CLEIDIANE (1)
Custos: 0001 / PROTEPI - PRODUTOS FEMO - Consultor: 0001 / PROTEPI
Observações: MEMO N° 037/2016 EN 10/05/2016 -

財經APP 財富網



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
1-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	232701

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MAYCON DANTAS ROSA		6 - Prontuário: 502003			
7-CHS:	704207257084586	8-Nascimento: 17/07/1993	9-Sexo: Masculino	CPF: 066.595.583-90	
11-Ele:	FRANCINEIDE DANTAS ROSA		12-Fone: 86-99424-9799		
13-Resp:	(O MESMO)		14-Fone:		
15-Endr:	AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - CEP: 64000-010				
16-Munic:	TERESINA		17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:		
0408020407	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO		
31-Cod.Procedimento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Solicitada:	
0702030996			1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA			

Fornecedor da OEM: BRAGA & BRAGA

38-Profissional Responsável: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Bergiel Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 3860
39-Data Solicitação: 09/02/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 809.651.803-87	
41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)		

DISTINGUATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa da solicitação

Frota de veículos e
(Bordo valor)

Dr. Berges Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3359
41-Bas-Carimbo Med.Sol. (CRM)

AUTORIZAÇÃO

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 controlador de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPP: 130319
		Marlene S. Moura Teresina Maranhão TRC/Genitalho





Braga & Braga Importação e Exportação

0142

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198			
FABRICANTE :		CNPJ:			
PACIENTE: Maycon Dantas Rosa					
RG.HOSPITAL: ISUT		COD.SIG TAP: 0702030996			
DATA: 09-02-2019 ALTA:		USADO:			
PROCEDIMENTO: trat radio distal E					
MEDICO: Dr. Berguel Barbosa CPF: CRM:					
Produtos Utilizados/Implantados:					
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote		QTD

01 placa em T 3,5	01
07 painel de led 3,5	07

Responsável Pelo Preenchimento:
Data: 09/03/19

DR. Bento Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1808

Françal.



NF-e

Nº 8538
SÉRIE: 1

FATURA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR																																			
 <p>Braga e Braga Importação e Exportação Ltda. 5 de Maio , 651 - Placas, 69902-796 RIO BRANCO - AC Fone/Fax: 683226657</p>		<p>DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica</p> <p>Saída: 1 Entrada: 2 Nº 8538 SÉRIE: 1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p>Página 1 de 1</p>		<p>CONTROLE DO FISCO</p> <p>CHAVE DE ACESSO DA NF-e: 1219 0363 8077 9000 0198 5500 1000 0085 3810 0041 3190</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p>																																	
<p>NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda para não Contribuinte</p> <p>PERIÓDICO ESTADUAL 0101804000124</p> <p>DESTINATÁRIO/REMETENTE</p>		<p>NÚMERO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA NF-e 312190000886651</p> <p>INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO</p>		<p>DATA/HORA AUTORIZAÇÃO 12/03/2019 15:19:06</p> <p>CMV 63607790000198</p>																																	
<p>FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>ENDEREÇO C/º V RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015 PI TERESINA FATURA #11 275,48 11/04/2019 00:00:00</p>		<p>CNPJ/CPF 05522917000170</p> <p>BARPO/DISTrito AEROPORTO</p> <p>CEP 64076-410</p> <p>UF PI</p> <p>ISENTO</p>		<p>DATA DE EMISSÃO 12/03/2019</p> <p>DATA DE SAÍDA/ENTRADA 12/03/2019</p> <p>HORA DE SAÍDA/ENTRADA 15:19:06</p>																																	
<p>CÁLCULO DO IMPOSTO</p> <table border="1"> <tr> <td>BASE DE CÁLCULO DE ICMS</td> <td>VALOR ICMS</td> <td>BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO</td> <td>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO</td> <td>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</td> </tr> <tr> <td>VALOR DO FRETE</td> <td>,00</td> <td>,00</td> <td>,00</td> <td>275,48</td> </tr> <tr> <td>VALOR DO SEGURO</td> <td>,00</td> <td>DESCONTO</td> <td>,00</td> <td>VALOR TOTAL DA NOTA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>,00</td> <td>275,48</td> </tr> </table>						BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	VALOR DO FRETE	,00	,00	,00	275,48	VALOR DO SEGURO	,00	DESCONTO	,00	VALOR TOTAL DA NOTA				,00	275,48												
BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS																																	
VALOR DO FRETE	,00	,00	,00	275,48																																	
VALOR DO SEGURO	,00	DESCONTO	,00	VALOR TOTAL DA NOTA																																	
			,00	275,48																																	
<p>TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS</p> <table border="1"> <tr> <td>RUA DO SOCIAL</td> <td>FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO 2 - SEM FRETE</td> <td>MUNICÍPIO</td> <td>UF</td> <td>CODIGO ANTT</td> <td>PLACA DO VÉHICULO</td> <td>UF</td> <td>CNPJ/CPF</td> </tr> <tr> <td>ENDERECO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>QUANTIDADE</td> <td>ESPECIE</td> <td>MARCA</td> <td>UF</td> <td>NUMERAÇÃO</td> <td>PESO BRUTO</td> <td>PESO LÍQUIDO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>,00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>,000</td> <td>,000</td> <td></td> </tr> </table>						RUA DO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO 2 - SEM FRETE	MUNICÍPIO	UF	CODIGO ANTT	PLACA DO VÉHICULO	UF	CNPJ/CPF	ENDERECO								QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	UF	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		,00					,000	,000	
RUA DO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATARIO 2 - SEM FRETE	MUNICÍPIO	UF	CODIGO ANTT	PLACA DO VÉHICULO	UF	CNPJ/CPF																														
ENDERECO																																					
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	UF	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO																															
,00					,000	,000																															
<p>DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓD. PROD./SERVIÇO</th> <th>DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO</th> <th>NCM/NF</th> <th>CST</th> <th>CFOP</th> <th>UNID.</th> <th>QTD.</th> <th>VLR. UNIT.</th> <th>VLR. TOTAL</th> <th>BC ICMS</th> <th>VLR. ICMS</th> <th>VLR. IPI</th> <th>ALIQ. ICMS</th> <th>ALIQ. IPI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4209</td> <td>PLACA EM T 3,5 MM 4X4 (INCLUI PARAFUSOS); BIGTAP; 07.02.03.05-99; LOTE: 022040;</td> <td>90211020</td> <td>040</td> <td>8108</td> <td>UN</td> <td>1,000</td> <td>275,488</td> <td>275,48</td> <td>,00</td> <td>,00</td> <td>,00</td> <td>,000</td> <td>,000</td> </tr> </tbody> </table>						CÓD. PROD./SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/NF	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI	4209	PLACA EM T 3,5 MM 4X4 (INCLUI PARAFUSOS); BIGTAP; 07.02.03.05-99; LOTE: 022040;	90211020	040	8108	UN	1,000	275,488	275,48	,00	,00	,00	,000	,000				
CÓD. PROD./SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/NF	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI																								
4209	PLACA EM T 3,5 MM 4X4 (INCLUI PARAFUSOS); BIGTAP; 07.02.03.05-99; LOTE: 022040;	90211020	040	8108	UN	1,000	275,488	275,48	,00	,00	,00	,000	,000																								
<p>CÁLCULO DO ISSQN</p> <table border="1"> <tr> <td>INSCRIÇÃO MUNICIPAL</td> <td>VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS</td> <td>BASE DE CÁLCULO DO ISSQN</td> <td>VALOR DO ISSQN</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>,000</td> </tr> </table>						INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN				,000																								
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN																																		
			,000																																		
<p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PACIENTE: MAYCON DANTAS ROSA; HOSPITAL: HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA; CIRURGÃO: DR. SERGEI BARBOSA BEZERRA CRM: 3609; PRONTUÁRIO: 662003; DATA CIRURGIA: 06/03/2019.</p> <p>RESERVADO AO FISCO</p>																																					

Luis Mendes
Matrícula: 120
SAMU
CONFIRA O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 09/02/19

NOME DO PACIENTE:	<i>Marcos Vitor Ribeiro</i>	PRONTUÁRIO N°:	
DIAGNÓSTICO:	<i>Fr de glândula D</i>	CIRURGIA:	<i>Ribeiro</i>
ANESTESIA:	<i>Geral</i>	N° DA SALA:	<i>02</i>
CIRURGIANO:	<i>Dr. Benício Bezerra</i>	CPF N°:	
AUXILIAR:	<i>Dr. Benício Bezerra</i> <i>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</i>	CPF N°:	
ANESTESISTA:	<i>Dra Debora Beirel</i> <i>CRM-PI 1200</i>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Beirel</i>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO			
AGULHA 25x8	UNID.	-		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01				
AGULHA 30x8	UNID.	-		LUVA N° 70	PAR	01				
AGULHA 40x12	UNID.	-		LUVA N° 7.5	PAR	02				
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR					
ÁLCOOL 70%	ML	<i>100</i>		PVP DE GERMANTE	ML	<i>100</i>				
ALGODÃO	BOLA	-		PVP TÓPICO	ML	<i>100</i>				
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVP TINTURA	ML					
COMPRESSA	PAC.	<i>03</i>		SERINGA 20CC	UNID.					
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.					
ESPARADRAPO	CM	<i>100</i>		SERINGA 5CC	UNID.					
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.					
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02				
GASES	PAC.	<i>06</i>		SONDA URETRAL	UNID.					
JELCO N°	UNID.	-		<i>crepon</i>	unid	03				
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:	<i>Escreveu na 02</i>					
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				Jataí Luis Mendes Matrícula: A7390 SAMU 197 CONFIRA SEU DIREITO						
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.										
CAT.GUT.CROMADO C/AG.										
CAT.GUT.CROMADO S/AG.										
ALCOFIL										
MONONYLON 2-0	unid	<i>02</i>								
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <i>Jolyse</i>						
VICRYL	<i>2-0</i>	unid	<i>02</i>	CIRCULANTE: <i>Estrela</i>						
PROLENE										





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FIs N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE:	<i>Maycon Santos Júnior</i>	DATA	<i>09/09/2019</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Fractura de tibial e fibular</i>	PRONTUÁRIO N°:	
ANESTESIA:	<i>Dr. Bergel Barroso</i>	CIRURGIA:	<i>Rapido</i>
CIRURGIÃO:	<i>Doutor em Ortopedia e Traumatologia</i>	Nº DA SALA:	<i>02</i>
AUXILIAR:	<i>Thiago</i>	CPF N°:	
ANESTESISTA:	<i>Dr. Debora</i>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Flávia</i>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x7	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.			LUVA Nº 02.0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	03		LUVA Nº 2.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR		
ÁLCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	400	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	200		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE <i>nº 10</i>	UNID.	01		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500 FRASCO	UNID.	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL <i>16 Fr</i>	UNID.	01	
JELCO N° 20	UNID.	01		<i>Alivio</i> und	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.				<i>Oscilou und</i>	und	03	
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.				<i>crepou und</i>	und	02	
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <i>20</i>	UND	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <i>portuguese</i>			
VICRYL <i>3-0</i>	UND	01		CIRCULANTE: <i>emistronal</i>			
PROLENE							

José Luis Almeida
Matrícula: 6380
SAMU
INTERE COM COTAS



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Marcos Santos Pereira</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Enf. de nódulo ósseo E (Barton vole.)</i>		
Operação - Tipo <i>Ortopédica</i>		
Cirurgião <i>Dr. Bergel Barbosa Bezerra</i>	1º Assistente	
2º Assistente <i>CRM-PI 3909</i>	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Bruno</i>	Anestesista <i>Wesley Debora</i>	Anestesia <i>general</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>07/02/19</i>	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>07/02/2020 - 5525 placa T</i>		
Relatório Imediato do Patologista		

Acidente Durante a Operação		
<p>Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>Dete em nódulo nos anfíos que. Asspirar e aspirar ; com pressão. Inserir Volez em ganchos E, Passo de fundo do nódulo ósseo com placa "T" 3 mm ; Fechamento por placa. Curativo</p>		

JORNAL LIVRE DE MATERIAIS PROVOCATÓRIOS
Número: 47360
SANE-HUT
TRANFERIR COM O CRITICO

Dr. Bergel Barbosa Bezerra
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3909

Mod. 76 HUT



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 175882	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	AIH: 2219100093970	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE MAYCON DANTAS ROSA		NASCIMENTO 17/07/1993	SEXO M	PRONTUÁRIO 502003
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE FRANCINEIDE DANTAS ROSA	RESPONSÁVEL O MESMO		
CEP 64000010	ENDEREÇO - LOGRADOURO AV GIL MARTINS				NUMERO / LOTE 293
BAIRRO SAO PEDRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUINDO COM DÓR BILATERAL NO PUNHO E FRATURA EM COTOVELO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
TRATAMENTO CIRÚRGICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) WILANILDO LIMA COSTA CPF: 80461468387		
CARATER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 09/02/2019		
DATA ADMISSÃO 09/02/2019 08:25	DATA ALTA 10/02/2019 07:00	MOTIVO ALTA MEJORADO	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 "NAO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

Assinatura: Nenhum de Nenhum
Matrícula: 47290

SALVADOR

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 04613442300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER/CONTROLE/AVALIAÇÃO / AUDITORIA CRM:
DATA ANÁLISE: 20/02/2019 13:56:11	DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 175882
AIH: 2219100093970

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856
CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

MAYCON DANTAS ROSA

DOCUMENTO

TELEFONE

NOME DA MÃE

FRANCINEIDE DANTAS ROSA

CEP

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

AV GIL MARTINS

BAIRRO

SAO PEDRO

COMPLEMENTO

NASCIMENTO

17/07/1993

PRONTUÁRIO

502003

SEXO

M

RESPONSÁVEL

O MESMO

NUMERO / LOTE

293

UF

PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
0415030013

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

CÓDIGO
0408020407

DESCRÍCIAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

CÓDIGO
0415030013

DIAGNOSTICO INICIAL

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

CID 10 PRINCIPAL

S525

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando fratura em rádio distal E e olecrano D, realizado no cirúrgico TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO 0408020407 S525 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO 0408020415 S520

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016281787957

DATA SOLICITAÇÃO

26/02/2019

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PLINIO DOS SANTOS MACEDO

AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

170416319050008

26/02/2019 10:05:52

José Luís Soares Coutinho
Matrícula: 10000
SAMU-HUT
CONFIRME COM O ORIGEM



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Maycon Dantas Pora		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de olecrano		
Operação - Tipo	Descolarização		
Cirurgião	Dr. Berghei Barbosa Bezerra ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 3909	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Brené	Anestesista	Dr. De Paula
Anestésico(a)			gás
Data da Operação	09/10/2015	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	09/10/2015 - 6:00 AM - K		
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação	<p>Justo para fechar o círculo. Mário Góes SAMU HUT ELENCO ORIGINAL</p>		

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

Abertura da ferida.
Assenv. e antissepsia; conga interna
tudo dentro em cubos. Es
posto da fratura do olecrano com "banda
de Doros".
Fechamento da ferida.
Curativo.

Dr. Berghei Barbosa Bezerra
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3909

Mod. 76 HUT



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAYCON DANTAS ROSA** (Prontuário: 502003)
 Endereço: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/07/1993 Idade: 25a9m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 706574
 Requisição: 919441 Solicitação: 07/02/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
 Controle: 1150673 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 07/02/2019

BRACO DIREITO

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

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

CONCLUSÃO: Exame normal.

(Assinar)

TERESINA - PI 28/04/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395 685 043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Jeronim Luis Medina Prado
 Matrícula: 2020
 SAÚDE - HUT
 CONFERE O DOCUMENTO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
 Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 45



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-270 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MAYCON DANTAS ROSA (Prontuário: 502003)		
Endereço:	AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	17/07/1993	Idade: 25a9m10d	Sexo: Masculino
Requisição:	919442	Solicitação: 07/02/2019	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 706574
Controle:	1150674	Convênio: SUS	Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204030170

Data Exame: 07/02/2019

TORAX PA

Exame radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/04/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
 Profissional Responsável

José Luis Medina Prado
 NEFROLOGISTA
 SAMU
 CONFERE U



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
 Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 46

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>MAYCOL DILVIS ROSA</i>					Nº DE REGISTRO <i>232761</i>		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>ASA I Bem Avenues / Jeju Conf (nigro)</i>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRE-OPERTÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFETOS	
<i>0:40</i>							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3 SECUUM					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20						
P. ARTERIAL V O PULSO	38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20					SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	<i>14:00</i>					1 Perit 3000 2 Morfol 2000 3 Antim 1000 4 Cetam 500 5 Cet 1000/1000 6 Dip 1000/1000 7 Thal 1000 8 Bucod 1000 9 Bucod 1000 10 Cet 1000 11 Cet 1000 12 Thal 0,7500 13 Nitos 1000 14 15	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	<i>17:00</i>						
RESPIRAÇÃO O	<i>17:00</i> 10 33-34+35						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO		
TÉCNICAS <i>GML RMACDR</i>					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES					<i>Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 17390 SAE - HUT CONFERE COM O ORIGINAL</i>		
CIRURGIÕES <i>DR. J. B. B. L.</i>							
ANESTESISTAS <i>Dr. Dihao Roque Ros</i>							
PROBLEMAS ANESTÉSICOS OU TENSÃO ARRESPIRATÓRIOS							
PARTICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
MOD 76 - HUT							

*Dra. Débora Maguire Dias
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 7173*

09/10/2018





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAYCON DANTAS ROSA (Prontuário: 502003)**
 Endereço: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 17/07/1993 Idade: 25a9m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 706574
 Requisição: 919442 Solicitação: 07/02/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
 Controle: 1150675 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 07/02/2019

PELVE

ESTUDO RADICLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFESE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

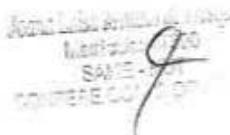
CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/04/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
 Profissional Responsável


 JORNALISTA
 MÉDICO
 SAMU-PI
 COOPERADORE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
 Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 48



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3216 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MAYCON DANTAS ROSA (Prontuário: 502003)				
Endereço:	AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Nascimento:	17/07/1993	Idade: 25a9m11d	Sexo: Masculino	Origem: URGÊNCIA/EMERG	Atendimento: 706574
Requisição:	919452	Solicitação: 07/02/2019	Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA		
Controle:	1150700	Convênio: SUS			

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 07/02/2019

COTOVELO DIREITO

O estudo radiológico do cotovelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no olécrano.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Fratura no olécrano.

(Luis Cezar)

TERESINA - PI 28/04/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Professional Responsável

Luis - 2019
 Luis Cezar
 SANE-MT
 COFAC-CE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
 Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 49

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página: 1 de 2

LAUDO MÉDICO

Paciente:	MAYCON DANTAS ROSA (Prontuário: 502003)		
Endereço:	AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	17/07/1993	Idade: 25a9m18d	Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	919511	Solicitação: 07/02/2019	Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle:	1150806	Convênio: SUS	Atendimento: 232610 CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 225

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 07/02/2019

RELATÓRIO:**COTOVELO DIREITO**

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

- Fratura no olecrano.
- Partes moles sem particularidades.

Tinacção:

- Fratura no olecrano.
- Partes moles sem particularidades.

EDNAN SOARES

TERESINA - PI 04/05/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO
Nº 00000000000000000000
CRM-PI 2687
Profissional Responsável

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 50

**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:	MAYCON DANTAS ROSA (Prontuário: 502003)			
Endereço:	AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	17/07/1993	Idade: 25a9m18d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	919511	Solicitação: 07/02/2019	Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA	Atendimento: 232610
Controle:	1150809	Convênio: SUS	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 230 LEITO 225

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 07/02/2019

PUNHO DIREITO

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

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

Conclusão: Exame normal.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 04/05/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

GERSON LUIS MEDINA PRADO
 Nascimento: 06/06/1960
 SALVADOR
 CRM-PI 2687



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
 Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 51



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 09.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAYCON DANTAS ROSA** (Prontuário: 502003)
Endereço: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/07/1993 Idade: 25a9m19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 232701
Requisition: 920007 Solicitação: 09/02/2019 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 1151696 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 225

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 09/02/2019

COTOVELO DIREITO

estudo radiológico do cotovelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no olecrano.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura no olecrano.

JOAO ANTONIO

TERESINA - PI 05/05/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.686.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

[Handwritten signature]
Natal 09/02/2019
SAO PEDRO
CONCEPCAO





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:	MAYCON DANTAS ROSA (Prontuário: 502003)			
Endereço:	AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	17/07/1993	Idade: 25a9m19d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	920007	Solicitação: 09/02/2019	Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	
Controle:	1151697	Convênio: SUS	CLÍNICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 230 LEITO 225

RELATÓRIO:

Data Exame: 09/02/2019

Cod. SIA: 0204040124

PUNHO ESQUERDO

Estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no rádio distal.
- partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura no rádio distal.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/05/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
 Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 53

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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAYCON DANTAS ROSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000109181-5

Nr. da Autenticação 26B32BE5A83BF750



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 54

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: maycon dentes Rose	RG: 3713229	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 04/11/2019
CPF: 066.595.583-90	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Eletricista	
ENDEREÇO: Av. Tomé Gil Martins			Nº: 293
COMPLEMENTO: casa		BAIRRO: Tabuleiro	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP:	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES	RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSS/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91		ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	PROFISSÃO: RECUSO
ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO			Nº: 544
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: TERESINA	UF: PI	CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

maycon dentes Rose

Data do acidente de trânsito : 07/10/2019

Cobertura da vítima : Invalidez

LOCAL / DATA : Teresina, 17/11/19 / 2019

x maycon dentes Rose 

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461452/19

Vítima: MAYCON DANTAS ROSA

Data do acidente: 07/02/2019

CPF: 066.595.583-90

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAYCON DANTAS ROSA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MAYCON DANTAS ROSA : 066.595.583-90

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: 19/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 56

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190711675 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MAYCON DANTAS ROSA Data do acidente: 07/02/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA OLECRANO DIREITO.
FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-5-6-11-13-14-21-25-28-31

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO E PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO COTOVELO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 57

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461452/19

Vítima: MAYCON DANTAS ROSA

CPF: 066.595.583-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/02/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Titular do CPF: MAYCON DANTAS ROSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MAYCON DANTAS ROSA : 066.595.583-90

- 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: 19/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685>
Número do documento: 20102913374319600000012124685

Num. 12818160 - Pág. 58