

Browser tabs: Email - A... x, Controle - x, Mensage... x, Sistema... x, Audiência... x, PJE Consulta... x, PJE 0815313... x, Baixar o... x, (33) What... x, Telefone... x, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=531997&ca=106cb97ce264838fc5030fee7645861...

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

Header: **PJE** ProceComCiv 0815313-60.2020.8.18.0140
MAYCON DANTAS ROSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

Search bar: 12818157 - CONTESTAÇÃO (2760146 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 29/10/2020 13:37:44

Left sidebar: 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

Main content area: downloadBinario.seam 1 / 11
2760146- C3/ 2020-03931/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
ADVOCADOS ASSOCIADOS
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Taskbar: PT, 13:38, 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	PROCESSO ADMINISTRATIVO	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 RADIO 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



VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICACIONAL 3713229 DATA DE EMISSÃO 04/12/2019

NOME MAYCON DANTAS ROSA

FILIAÇÃO FRANCINEIDE DANTAS ROSA

NACIONALIDADE TERESINA - PI DATA DE NASCIMENTO 17/07/1993

COD. CIVIL CERT. NASCIMENTO 276735 L 342 F 208
EXP. TERESINA - PI 09/07/2001

CPF 066.595.583-90

Assinatura: Juarez Gonçalves de Carvalho
Partido Criminal

LEI Nº 7.118 DE 29/08/93 - DECRETO Nº 89.256/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - AGÊNCIA DESS MARTINS

maycon dantas Rosa
Assinatura do titular

CARTeira DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS" 0476283		NELLE ROZE SOARES MARQUES DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971
FOTOGRAFIA 0476283	ASSINATURA DO TITULAR NELLE ROZE SOARES MARQUES	DATA DE EMISSÃO 23/09/14
CERT. NASC. 529 L 01/F 141 EXP. CRATEUS-CE 25/09/18 ASSINATURA DO DIRETOR 840.173.173-91		



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. Gel Martins, nº 293,
complemento largo, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
x marlon dantas roza, cujo o condutor era
x marlon dantas roza.
Veículo: moto Modelo: honda CG 125 FANES Ano: 2015
Placa: PIK-9924 Chassi: 9C2JC4110FR200814
Data do Acidente: 07/02/19

5º Ofício

Local e Data: TERESINA PI 17/12/2019

x Raimundo José da Silva Filho

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

**CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS**
Rua David Carneiro, 117 - Centro/Norte
Teresina - Piauí - (86) 3029 - 8205

Beiz, Maria Hilda S.º Ofício de Notas e Protesto

Taboão DA M. GALDAS Nº 167 - Centro, TERESINA - PIAUI

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAIMUNDO JOSE DA SILVA
FILHO NO DOC. DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO EM TEST. 17/12/2019 13:12:48

SELO 0007234 - 0801. Consulte em www.tpi.jus.br/portalexta

**CARTÓRIO 5º OFÍCIO DE NOTAS
E PROTESTO DE TÍTULOS**
Rebeca Carvalho Moreira da Silva
Escritório Autorizado
Teresina - Piauí

Rebeca Carvalho Moreira da Silva

IRVALHO MOREIRA DA SILVA - ESCRIVENTE

IS T.J: 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roge 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 <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 19 de Dezembro de 2019
Local e Data

x Nelle Roge Soares Marques
Assinatura do Declarante

01/2017





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 01.840.746/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
consulte, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0051869-7

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		DADOS DA LEITURA	
Atual:	22101	Atual:	25/11/2019
Anterior:	21824	Anterior:	24/10/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/12/2019
Consumo Medido:	277	Emissão:	22/11/2019
Consumo Faturado:	277	Apresentação:	25/11/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
Código de Irregularidade:	FCAM		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pat.	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. (COSIP) 21,64
AGO/19 285	MULTA POR ATRASO DE 10/19-00 0,60
JUL/19 222	JUROS DE MORA ATRASO 10/19-00 0,20
JUN/19 205	MULTA POR ATRASO 10/19-00 7,44
MAI/19 204	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:
R\$ 277 - 0,651161

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.

Verifique aqui os dados de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, sendo em qualquer período que você quiser cancelar o atendimento.

RESERVADO AO FISCO C07F.68BB.D7CC.47S1.9CAA.4C54.5B5B.9003			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Distribuição:	52,75	Base de Cálculo:	268,27
Energia:	101,95	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	17,24	Valor do ICMS:	72,43
Encargos:	8,44	Valor do PIS:	2,75
Tributos:	87,89	Valor do COFINS:	12,71
IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DNC			
	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	5,31	10,63	21,25
Realizado	0,00		
FIC			
	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	3,11	6,23	12,45
Realizado	0,00		
DMC			
	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	3,03		
Realizado	0,00		
ENCU			
	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	3,03		
Realizado	0,00		
Conjunto	TERESINA-MACAUBA	Período de apuração:	09/2019
		US\$:	130,30



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



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

ORTORAR

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

Nome:	MAYCON DANTAS ROSA		
Mãe:	FRANCINEIDE DANTAS ROSA	Pai:	
End.Resid.:	AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	17/07/1993	Idade:	25a6m21d
Responsável:	O MESMO	Sexo:	Masculino
Profissão:	ELETRICISTA	Fone:	86-99424-9799
G. Instrução:	Fundamental Completo	CNS:	704207257084586
End.Local.:	- - -	Documento:	CPF: 066.595.583-90
		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:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	Laranja
Breve História Clas. Risco:		
HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 30MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C		
FERIMENTO,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/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICA HÁ APROXIMADAMENTE MEIA HORA , REFERE DE CAPACETE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO.

A) VIAS AEREAS PERVIAS , FÁSICO

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE;

C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL;

D) PUPILAS ISOCORICAS E POUCO FOTORREAGENTES. GLASGOW 15

E) BRAÇO DIREITO COM FERIMENTO PEQUENO, BRAÇO ESQUERDO COM SINAIS DE TRAUMATISMO

RAIO-X REALIZADO

DATA: ____ / ____ / 20

Técnico: ____

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

Exames Complementares:

(1150673) - BRACO DIREITO

ORTORAR e Relato

Thiago Resende
Clínica Geral
CRM - PI: 6654

Prescrição Médica:

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SME - HUT
CONFERE 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





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA 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: Erika 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

Bairro: SÃO PEDRO

Nº: 293

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 Envolvido	Envolvimentos
Maycon Dantas Rosa	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Erika 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://tpi.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 HUI; QUE, O REFERIDO ACIDENTE TEM COMO TESTEMUNHA LUZIA MARIA DE OLIVEIRA, CPF: 61675834393. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

ASSINATURAS

Francieleide Lima Cordeiro Furtado

Francieleide Lima Cordeiro Furtado

AGENTE DE POLÍCIA

Matrícula 1945629

Responsável pelo Atendimento

Maycon Dantas Rosa

Maycon Dantas Rosa

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei aqui, conforme preado nos Artigos 329 - Omissão de Comunicação e 340 - Comunicação Falsa ao Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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 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 Dantas Rosa 6 - CPF: 066.595.583-90
7 - Profissão: Atividade 8 - Endereço: Av. Ind. do Martins 9 - Número: 293 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Tabuleta 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64039-630
15 - E-mail: luansseguros20@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:

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

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

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

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

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

☐ 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 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) * Maycon Dantas Rosa

lo Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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: 4 - Nome completo da vítima:

066.595.583-90

Maycon Dantas 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Maycon Dantas Rosa

066.595.583-90

7 - Profissão: Educador

8 - Endereço: Av. Ind. G. Martins

9 - Número: 293

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Tabuleta

12 - Cidade: Teresina

13 - Estado: PI

14 - CEP: 64019-630

15 - E-mail: eduanseguros20@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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4606 CONTA: 109.181 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 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 (vol nasos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

* Maycon Dantas Rosa

do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Após

344-482056086-6

10/DEZ/2019

HORA DE 16:20:46

LOT. 16.005412-5

TERM 00894

LOCALIDADE: TERESINA

AG. VINCULADA: 1606

CONTROLE: 34440301

NOME: MAYCON DANTAS ROSA

AGENCIA: 1606

OPERAÇÃO: 013

CONTA-OV: 000.000.105.181-5

DATA DA ABERTURA: 10/12/2019

LOTÉRIAS CAIXA

344-482056086-6

1ª VIA

48 loterias CAIXA

48 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, 29 de Janeiro de 2020

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: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAYCON DANTAS ROSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MAYCON DANTAS ROSA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000001606**

Conta: **00000109181-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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





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

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

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

Atenciosamente,

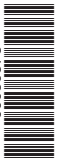
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15267076

Pag. 00755/00756 - carta_01 - INVALIDEZ

00030378





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





NOME DO PACIENTE: MAYLON DANTAS ROSA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 502 003

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

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





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

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 07/02/2019 19:11:54
(User: ADONIRAN)
(Estação: CONSULTA03)

Nome: MAYCON DANTAS ROSA

Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA

Prontuário: 502003

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: 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 NA + 30MIN. RELATO DE TRAUMA EM MSD C
FERIMENTO, MTE. ESCORIAÇÕES EM MMII. NEGA OUTRAS QUEIXAS. (SIC)
NÃO 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/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICA HÁ APROXIMADAMENTE MEIA HORA, REFERE DE CAPACETE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO.

A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICO

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE;

C) SNE, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL;

D) PUPILAS ISOCÓRICAS E POUCO FOTOREAGENTES. GLASGOW 15

E) BRAÇO DIREITO COM FERIMENTO PEQUENO, BRAÇO ESQUERDO COM SINAIS DE TRAUMATISMO

RAIO-X REALIZADO

DATA: ____/____/20

Técnico: _____

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

(1150673) - BRAÇO DIREITO

toror + Relve

Thiago Resende
Cirurgia Geral
CRM - PI 6854

Prescrição Médica:

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SUS - HUT
CONFERE 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





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

ORTOPEDIA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

NYCO 16:00
09/02/19

Imp: 07/02/2019 19:11:54
(User: ADONIRAN)
(Etecdo: CONSULPA03)

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
Responsável:	O MESMO	Sexo:	Masculino
Profissão:	ELETRICISTA	Fone:	86-99424-9799
G. Instrução:	Fundamental Completo	CNS:	704207257084586
End.Local.:		Documento:	CPF: 066.595.583-90
		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							
Informe Paciente/Acomp:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	Laranja
Breve História Clas. Risco:		
HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 30MIN.RELATO DE TRAUMA EM MSD C FERIMENTO,MCE,ESCORIAÇÕES EM MMII.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(SIC) FAZIA USO DE CAPACETE.(SIC)		
	CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 134833 Em: 07/02/2019 18:58:09	

SSVV: (Hora: :)

Peso: 6,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICA HÁ APROXIMADAMENTE MEIA HORA , REFERE DE CAPACETE, CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO E EUPNEICO.

A) VIAS AERIAS PERVIAS , FÁSICO

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE;

C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL;

D) PUPILAS ISOCÓRICAS E POUCO FOTORREAGENTES. GLASGOW 15

E) BRAÇO DIREITO COM FERIMENTO PEQUENO, BRAÇO ESQUERDO COM SINAIS DE TRAUMATISMO

RAIO-X REALIZADO
DATA: 12/02/2019
TÉCNICO: _____

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

(1150673) - BRAÇO DIREITO

PTORAX + RELV

Thyago C. Resende
Ortopedia Geral
CRM - PI 6654

Prescrição Médica:

Joana Luiza Mendes de Jesus
Matrícula: 47390
SME - HUT
CONFERE 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



Ortopedia do joelho

Yohio felipe do
pinto e - pedreira
experto oliveira

do centro de
reabilitação

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

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 7390
SAME - NUT
CONFERE COM O ORIGINAL





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 Rosa		
Diagnóstico pré-operatório			Fx Exata de Ovario D)		
Operação - Tipo			Linc Colomb D)		
Cirurgião		1º Assistente			
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador(a)		Anestesiata		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)					
1) Fx exata de Ovario D)					
2) Manobras + Siga + Cura estéril					
3) Fx exata de fun b hemate					
4) Desbridat + Imposo exata (1.16.9)					
5) Suta pte + Curat					
6) Int. Pós-oper. MSN					
Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula: 37390 SAME - HUT CONFERE COM O ORIGINAL					
Data: 29/10/2020 Hora: 13:40:44 Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO					

Mod. 76 HUT

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE				Nº DE REGISTRO		
DATA: 07/02/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES			
		1	58-1000000 X 1000			
		2	27.8/100			
		3				
LÍQUIDOS		SO-UTO 500	Mau Calor			
		SANGUE 300	9.5/100			
		OUTROS 100	Classe			
TEMPERATURA T		Cº	SEQUÊNCIA			
		260	1. De 1000			
		240	2. 1000			
		220	3. 1000			
		200	4. 1000			
		180	5. 1000			
		160	6. 1000			
		140	7. 1000			
		120	8. 1000			
		100	9. 1000			
		80	10. 1000			
		60	11. 1000			
		40	12. 1000			
		20	13. 1000			
		10	14. 1000			
			15. 1000			
P. ARTERIAL V O PULSO		38				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS			DURAÇÃO			
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES		Dyquis do Pêso + Jodo				
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS		Antonio Luis 1582				
PARTICULARIDADES		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
		Joana Lúcia Mendes de Mesquita				
		Matrícula: 47390				
		SAME - HUT				
		CONFERE COM O ORIGINAL				

MOD 76 - HUT



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. 22

2301

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Maycon Santos Vieira IDADE 26 anos DATA 07/10/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 22:30 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUIDURAL () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO

CIRURGIA REALIZADA Fratura Colúmbica CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>143/72</u>	<u>138 x 78</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>107</u>	<u>96 bpm</u>
SATURACÃO DE O ₂ (%)	<u>98</u>	<u>97</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		<u>37</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		<u>19</u>

NOME/MATRÍCULA Thelane Ribeiro
Tel. de Emergência 000.762.665

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	ADMISSÃO			SAÍDA		
			2	1	0	2	1	0
Movimenta dois membros	1	1				1		
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0				0		
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2			2		
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1			1		
	Tem apnéia	0	0			0		
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2			2		
	PA em 20-40% do nível anestésico	1	1			1		
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0			0		
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2			2		
	Desperta, se solicitado	1	1			1		
	Não responde	0	0			0		
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2			2		
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1			1		
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com sufolemento de O ₂	0	0			0		

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 08

ASS. Plano

SONDA VESICAL () DRENO DE SUÇÃO () DRENO TORACICO () DVE () COLOSTOMIA Sonda () NASOG () NASOE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

22:30 Admitido na SRPA em ASE de fratura Colúmbica D. Semelhante
Emprego em ASA IV moderado - 10% de risco

23:15h Recebido alta anestésica, encaminhado para ortopedia.

Rafael Mendes de Paula
COREN 37734/ENF

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - JUI
NÃO FERE CÓPIA ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA





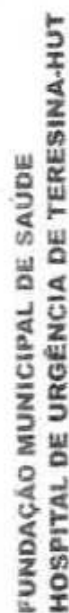
FUN DAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

pruth

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MAYARA NATE ROSE		Ortopédica		230/225	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
07/02/19	POI # Fz de Olesano 9 # Fz Roda dental B				00h) admitido neste x- to, prescrito de SPRA em POI Lm em cetovela. B6, cefazolin, penta- do, furo, suprimido. B6, verme sempre medi- camentoso e com b- doado pl-com PI. 20232
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 da Mota
Médico(a) 27390
SAMEC HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES	
09		PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO				
02						
12						

Joana Luísa Mendes de Mesquita
 CIRM 2381
 CIRURGIÃO GERAL

Joana Luísa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAMZ - HUT
 CONFERE COMO ORIGINAL

JOD 007 - 1117





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO


DATA 07/02/19

NOME DO PACIENTE: <u>Wilton José Rosa</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>502.003</u>
DIAGNÓSTICO: <u>F- de Uterino D Exptle</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA:	N° DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Manoel</u>	CPF N°:
AUXILIAR:	CPF N°:
ANESTESISTA: <u>Dr. Wilson L. Costa</u>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA: <u>Wellesa TEJ</u>	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 Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA: <u>Chlorhexidina alcoolica</u> ± 200ml <u>— 1 —</u> <u>Regumante</u> — ± 350ml Joana Luiza Mendes de Mesquita Matrícula 47280 SAME HUT CONTRE COM O ORIGINAL			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.		—					
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.		—					
CAT.GUT.CROMADO C/AG.		—					
CAT.GUT.CROMADO S/AG.		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON nº 2-0		01					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL		—		CIRCULANTE: <u>Enqueto</u>			
PROLENE		—					



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 175471	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100090581	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO 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 VITÍMA 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 SECUNDÁRIO

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)

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

07/02/2019

WILANILDO LIMA COSTA

CPF: 80461468387

CRM:

DATA ADMISSÃO

07/02/2019 18:52

DATA ALTA

09/02/2019 08:25

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623442308 CRM:	JOANA LUISA MENDES MESQUITA Matrícula: 3390 SAME HUT O ORIGINAL
DATA ANALISE: 07/02/2019 22:34:35	CPF CRM DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





232610

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

175471

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 23261
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Prontuário de acidente de trânsito causado por colisão lateral com poste, dor no joelho</i>
21 - Condições que justificam a internação: <i>em colisão lateral</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>Isquemia</i>
23 - Diagnóstico Inicial: hematomas superficiais múltiplos não especificados
24-CID Prim: T009
25-CID Sec.:
26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0413040178	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA	Tempo SUS 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.: CPF	804.614.683-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILANILDO LIMA COSTA	34-Data Solicitação: 07/02/2019	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Serie:
37-) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOE:
38-) Acidente Trabalho Trajeto	Matricula: 47390		
45 - Vínculo com a Previdência: <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49-Num. Documento:
50 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>WILANILDO LIMA COSTA</i>	
201319 Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina (Assinatura e Carimbo)	
Usuário: (SOLIMAR BRITO) Consulta Local: 706574 Consulta SUS:	





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

232701

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

CS 175882

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

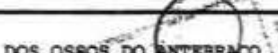
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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-Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA			12-Fone: 86-99424-9799	
13-Resp: (O MESMO)			14-Cor: Sem Informação	
15-Endere: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - CEP: 64000-010				
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u>			
FRATURA DO RÁDIO DISTAL E + OLECRANO D			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u>			
AS ACIMA.			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u>			
EXAME CLINICO.			
<u>23-Diagnóstico Inicial:</u>		24-CID Prim:	25-CID Sec.:
Fratura da extremidade distal do rádio		S525	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020407	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	Tempo SUS: 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 809.651.803-87	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	34-Data Solicitação: 09/02/2019	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:	CONSIDERE COMO ORIGINÁRIO		
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF	

Assinatura Paciente ou Responsável:

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


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. 29



**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	CPF: 066.595.583-90
11-Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA	12-Fone: 86-99424-9799		
Resp: (O MESMO)	14-Fone:		
13-Endere: AV GIL MARTINS 293 - SAO PEDRO - CEP: 64000-010	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
15-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Proc. 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
23-CID Prim: ?	26-Diagnóstico: ?
28-CID Sec.: 29-CID C.Ass.:	

38-Profissional Responsável: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 09/02/2019	40-No. Doc. Méd. Solic.: 809.651.803-87	
41-Ass. Carimbo Méd. 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 S525 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METÁFISE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO 0408020415 S526

AUTORIZAÇÃO

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

(ANA QUEIROZ)





Dr. Bergiel

230/225



Prefeitura de Teresina

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Maycon Dantas Rosa

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☒ Conferir cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa
- ☒ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com jelco nº 20 ou menos que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☒ 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.

Hb 14,2

PA = 108 x 72 mmHg

TAX = 36,8 °C

Data: 09 de Fev de 2019

Enfermeiro responsável: [Assinatura]

Joana Lúcia Mendes de Almeida
Matrícula: 47350
SAME - HUT
CONFERE COM O OT



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME MAYLON SANTOS ROSA IDADE 35 anos DATA 09/02 /2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 35 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fratura do antebraço com punho CIRURGIÃO Dr. [assinatura]

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>169/85</u>	<u>136/74</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>91</u>	<u>88</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Salute</u>	<u>Gerlene</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE SCULAR	Movimenta os quatro membros	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR PÓS-OPERATÓRIA

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda: () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

10:35h Admitido no SRPA no pós de fratura do antebraço com punho. Sem sinais de anestesia geral. Paciente respirando espontaneamente. Bom estado geral. Pressão arterial 169/85 mmHg.

11:00h Monitora os sinais vitais de acordo com 9ml de O₂; 4ml de KCl e 1ml de Saline.

JOANA LARISSA MENDONÇA DE OLIVEIRA
 Matrícula: 1990
 SAME - RPT
 CONFERE Cópia

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

MÉDICO

ANESTESIOLOGISTA

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





PREScrição Médica

[illegible]


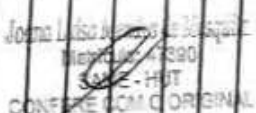


UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
ESINA - HUT

GÊNCIA DE

HOSPITAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MAYCON DANTAS ROSA		502003	17/07/1993	25	Ortopédica	230	225	
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DI	07/02/2019	FRAT EXP OLECRANO D+ FECH PUNHO E						
10/02/19								
1	Dieta oral livre							
2	Jeito 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	Tilatil 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. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM3415-VOT10029 / CRM12308 / CRM3766-TEOF11305 / CRM3367								

7h - Alta por indicação médica

RECEBEMOS DE PROTEPI - PRODUTOS TECNOLOGICOS DO PIAUI LTDA DE PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO ABAIXO

DATA DE RECEBIMENTO: IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.007.302
SÉRIE 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

PROTEPI - PRODUTOS TECNOLOGICOS DO PIAUI LTDA
Av. Frei Serafim, 1898-Salas 01e03, -- Centro
CEP: 64000-020 - Teresina - PI
TEL: (86)3217-3490 - FAX: (86)3217-3490
protepi@protepi.com

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000.007.302 FL. 1/1
SÉRIE 1

COTA DE ACESSO
2216 0512 5639 5900 0114 5500 1000 0073 0210 0073 0240
Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTEPI

NATUREZA DE OPERAÇÃO
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

INSCRIÇÃO ESTADUAL
194791548

DIREÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIG.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
422160006984923 31/05/2016 16:46:08

CNPJ
12.563.959/0001-14

DESTINATÁRIO / REMETENTE

RUA GOV. RAIMUNDO ARTHUR DE VASCONCELOS, -
TERESINA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
17.577.205/0001-37

CNPJ / CPF
17.577.205/0001-37

DATA DA EMISSÃO
31/05/2016

CEP
64002-530

DATA SAÍDA / ENTRADA

UF
PI

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	DATA	VALOR	INSCRIÇÃO ESTADUAL	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	UF
000007302	30/06/2016	60.000,00								

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CALC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	60.000,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	60.000,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RUA SOCIAL
PRÓPRIO - 0001

PRETE POR CONTA
0 - EMITENTE

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ / CPF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS													
QUANTIDADE UNID. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NUM. CMF	CMF	CMF	CMF	CMF	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR UNITÁRIO
000007302	FIOS KIRSCHNER 1.0MM	90211020	040	5102	Und	1.250.000	12,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000073020031348 - Num.Lote: 00738/16													
000007302	FIOS KIRSCHNER 1.5MM	90211020	040	5102	Und	1.250.000	12,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000073020031348 - Num.Lote: 00802/16													
000007302	FIOS STERNMAN 2.0MM	90211020	040	5102	Und	1.250.000	12,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000007302000792 - Num.Lote: 01076/16													
000007302	FIOS STERNMAN 2.5MM	90211020	040	5102	Und	1.250.000	12,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000007302000792 - Num.Lote: 01080/16													

NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 000.007.302
Metrômetro: 47350
SANE - HGT
CONFERE COM O ORIGINAL

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Valor Aprox Tributos: R\$ 19.254,00 (32,09%) Fonte: IBPT

Sistema: AUTOCOM - 8.09f - MD5: 283c47466a3b708dc555bdf9a4b1674b

Transação: 03 / VAP / VENDA A PRAZO (NFE) - Chave: 00004200

Pedido: VAP.0000007302 - Secao: 00002853 - Usuario: CLEIDIANE (1)

Cliente: 0001 / PROTEPI - PRODUTOS TENO - Consultor: 0001 / PROTEPI

Observações: MEMO Nº 037/2016 EM 10/05/2016 -

RESERVADO AO FISCO





**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	CPF: 066.595.583-90
11-Mãe: FRANCINEIDE DANTAS ROSA	12-Fone: 86-99424-9799
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:
15-Endere: 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. 0408020407	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030996	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
	Quant. Soli- citada: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA	

38-Profissional Responsável: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Bergiel Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 3989 41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 09/02/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 809.651.803-87	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

 (Bombar color)	 Jeanne Lúcia Mendes de Mesquita Matrícula 47390 SANE - HUT
---------------------------	---

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
	/ /	
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
		130317
	 Marcenário S. Moura Médico CRM-PI 1260	



Braga & Braga
Importação e Exportação

0142

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

Exercícios N° 05

BRAGA&BRAGA		CNPJ: 63607790000198	
FABRICANTE :		CNPJ:	
PACIENTE: Maycon Santos Rosa			
RG.HOSPITAL: 1207		COD.SIG TAP: 0702030996	
DATA: 09.02.2019		ALTA:	
PROCEDIMENTO: Impl. aparelho dental		USADO:	
MEDICO: Dr. Bergiel Barbosa		CRM:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 09/02/19

Dr. Sérgio Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3309

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento



RECEBAMOS DE 1 Braga e Braga Importação e Exportação Ltda OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 8538
SÉRIE: 1

Braga e Braga Importação e Exportação Ltda
S de Maio, 651 -
Piedade, 69502-756
RIO BRANCO - AC
Fone/Fax: 0832286057

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

Saida: 1
Entrada: 2
Nº 8538
SÉRIE: 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO
CHAVE DE ACESSO DA NF-e
1219 0363 6077 9000 0198 6500 1000 0085 3810 0041 3190
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda para não Contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL 0101604200124 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 63807790000198

DESTINATÁRIO/REMETENTE
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ/CPF 05522917000170 DATA DE EMISSÃO 12/03/2019

ENDEREÇO
RUA RAIMUNDO ARTUR VASCONCELOS, 3015
Bairro/DISTRITO AEROPORTO CEP 64076-410 DATA DE SAÍDA/ENTRADA 12/03/2019

CIDADE TERESINA FONE/FAX UF PI ISENTO HORA DE SAÍDA/ENTRADA 15:19:06

FATURA
#1º 275,48 11/04/2019 00:00:00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
,00	,00	,00	,00	275,48
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
,00	,00	,00	,00	,00
VALOR TOTAL DA NOTA				275,48

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTRA 0 - EMISSOR 1 - DESTINATÁRIO 2 - SEM FRETE	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO				
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
,00				,000	,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CCO	PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	GST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	AUX. ICMS	AUX. IPI
4308	PLACA EM T 3,5 MM 40x (INCLUI PARAFUSOS); SIGTAP 07.02.03.05-96; LOTE: 022042		90211020	040	510	UN	1,000	275,48	275,48	00	,00	,00	,000	,000

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
			,000

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PACIENTE: MAYCON DANTAS ROSA; HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA; CIRURGIÃO: DR. SERGIO BARBOSA BEZERRA CRM: 3909; PRONTUÁRIO: 902003; DATA CIRURGIÁ: 09/02/2019.

RESERVADO AO FISCO

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 29/10/2020 13:40:44
Matrícula: 123456789
SOME-OUT
CONFERE COM O ORIGINAL





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

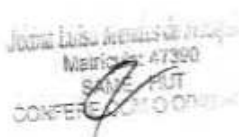
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 09/02/19

NOME DO PACIENTE: <u>Maycon Santos Rosa</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <u>Pr de glaucoma D</u>	CIRURGIA: <u>Rosa</u>
ANESTESIA: <u>Local</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Sérgio Barbosa Bezerra</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dr. Sérgio Barbosa Bezerra</u>	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Dr. Sérgio Barbosa Bezerra</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Berle</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	-		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	-		LUVA Nº 7-0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	-		LUVA Nº 7-5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR		
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		<u>crepon</u>	<u>ml</u>	<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA: <u>Escone ml 02</u>  João Luis Avelino de Sousa Matrícula: 47390 SAU - FMT CONFERE: 01/02/2019			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	<u>ml</u>	<u>02</u>		ENFERMARIA:	<u>Jalysa</u>		
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:	<u>Estivione</u>		
VICRYL 3-0	<u>ml</u>	<u>02</u>					
PROLENE							





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA: 09/04/20

NOME DO PACIENTE: *Maycon Santos* PRONTUÁRIO N°: _____

DIAGNÓSTICO: *fratura de fêmur* CIRURGIA: *osteotomia*

ANESTESIA: *Dr. Bergler Barroso* N° DA SALA: *02*

CIRURGIÃO: *Dr. Bergler Barroso* CPF N°: _____

AUXILIAR: _____ CPF N°: _____

ANESTESISTA: *Dr. Debora* CPF N°: _____

INSTRUMENTADORA: *Bele* CPF N°: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x7	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.			LUVA N° 02.0	PAR	02	
AGULHA 40x12	UNID.	03		LUVA N° 2.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
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 N° <i>Reli fix</i>	UNID.	01		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETERAL	UNID.	01	
JELCO N° 20	UNID.	01		<i>clivados</i>	unel	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA: <i>osteoma unel 03</i> <i>crepor unel 02</i>			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL				ENFERMARIA: <i>portante</i> CIRCULANTE: <i>existente</i>			
MONONYLON 20	unel	03					
FITA UMBILICAL							
VICRYL 2-0	unel	01					
PROLENE							

Joana Lúcia Mendes de Jesus
Matrícula: 4390
SANTA LUZ
TEREIA COM O...





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 Lima

Diagnóstico pré-operatório

Fract. de rádio distal E (Barton volar)

Operação - Tipo

Osteossintese

Cirurgião

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

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Beni

Anestesista

W. Debrera

Anestesia

geral

Anestésico(a)

Data da Operação

09/07/20

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

008020407 - 5525
placa T

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Deite em mesa rot. anestesia geral.
Anestesia e antisepsia; campo estéril.
incisão volar em punho E,
Passo de fixador de rádio distal E com
placa "T" 3.5mm,
Fechamento por placa.
Curativo

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

JOANA CARLA RIBEIRO SOARES
Matrícula: 47380
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGIN

Mod. 76 HUT




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. 41

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/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

CARTÃO 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	MUNICÍPIO TERESINA		UF PI
BAIRRO SAO PEDRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		NUMERO / LOTE 293

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 DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TRATAMENTO CIRÚRGICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL 5525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) WILANILDO LIMA COSTA CPF: 80461468387
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 09/02/2019
DATA ADMISSÃO 09/02/2019 08:25	DATA ALTA 10/02/2019 07:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
---------------	-----------------	---------------	-------	-----------------	--------------	------	-------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 04623442300	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLADOR / AVALIAÇÃO / AUDITORIA Jocimar Mendes de Mesquita Métrica: 47380 SANE CONFERE CONF. E VAL. CONTROLADOR
CRM: DATA ANALISE: 29/02/2019 15:56:11	CPF CRM DATA ANALISE

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 URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA 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

NASCIMENTO

17/07/1993

PRONTUÁRIO

502003

SEXO

M

CEP

64000010

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

AV GIL MARTINS

RESPONSÁVEL

O MESMO

BAIRRO

SÃO PEDRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

NUMERO / LOTE

293

UF

PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0415030013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

CÓDIGO

0408020407

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

CÓDIGO

0415030013

DIAGNOSTICO INICIAL

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

CID 10 PRINCIPAL

S525

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

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 / METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO 0408020407 S525 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE EXTREMIDADES / METAFÍSE PROXIMAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO 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

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PLINIO DOS SANTOS MACEDO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

170416319050008

26/02/2019 10:05:52

João Luiz Soares Coutinho
Médico
SAÚDE HUT
CONFERE COM O ORGÃO





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 Pires*
Diagnóstico pré-operatório *fratura de olecranon D*
Operação - Tipo *osteossintese*

Cirurgião *Dr. Bergius Barbosa Bezerra*
2º Assistente *Dr. Bergius Barbosa Bezerra*
1º Assistente
3º Assistente

Instrumentador(a) *Brené* Anestesista *Dr. Di Pora* Anestesia *geral*
Anestésico(a)

Data da Operação *09/10/2020* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

*0208020415 -
6 02 700 K*

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

*Nota: Este relatório de cirurgia
é válido apenas para fins
SAÚDE - HUT
CONTATE COM O ORIGINAL*

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

*Deu-se uma incisão curvilinear sobre
a fratura e artroscopia; com a artroscopia
foi feita a fixação com cabos e
parafusos da fratura do olecranon com "bancos
de Tenon".
Fechamento por planos.
Curativo.*

Dr. Bergius Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3905

Mod. 76 HUT





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

Página 1 de 1

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: 705574
Requisição: 919441 Solicitação: 07/02/2019 Solicitante: ADONIRAN DE MOURA SILVA
Controle: 1150673 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 07/02/2019

BRACO DIREITO

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.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

LUIS CEZAR

TERESINA - PI 28/04/2019

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://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685
Número do documento: 20102913374319600000012124685





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 96 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág. 1 de 3

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: 1150674 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204030170

Data Exame: 07/02/2019

TORAX PA

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

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/04/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

JOSE LUIS MEDINA PRADO
RUBRICADO
SANE - HUT
CONFERE



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE				UNIDADE DE SAÚDE		
MAYCOL ALVES ROSA				Nº DE REGISTRO 332761		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO 100%						
LÍQUIDOS						
TEMPERATURA T						
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO						
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES				João Luis Mendes de Mesquita		
CIRURGIÕES				Matrícula: 7390		
ANESTESISTAS				SAÚDE - HUT		
PRÓCEDIMENTO ANESTÉSICO SEM INTERFERÊNCIAS				CONFERE COM O ORIGINAL		
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		

MOD 78 - HUT

Dra. Dênia Regina Dias
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 7173

09/10/2018



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. 47

**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 - SÃO 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: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 07/02/2019

PELVE

ESTUDO RADIOLOGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

DE SEQUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.

- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFISE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.

- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/04/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Professional Responsável

Assinado eletronicamente por:
MAYCON DANTAS ROSA
SANE - 001
CONFIRMAÇÃO





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

Página 1 de 1

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: S U S

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.

(LUIZ CEZARI)

TERESINA - PI 28/04/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

JOSE LUIZ MEDINA PRADO
Médico - 07/02/2019
HUT - PI
COT. DIREITO





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

Página: 1 de 1

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 Atendimento: 232610
Requisição: 919511 Solicitação: 07/02/2019 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 1150808 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 225

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 olecrânio.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura no olecrânio.
- Partes moles sem particularidades.

NANDI SILVA

TERESINA - PI 04/05/2019

Assinado eletronicamente por:
NANDI SILVA
SANE-HUT
COORDENADOR

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável





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

Pág. 1 de 1

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 Atendimento: 232610
Requisição: 919511 Solicitação: 07/02/2019 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
Controle: 1150809 Convênio: S U S 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.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 04/05/2019

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://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102913374319600000012124685
Número do documento: 20102913374319600000012124685





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 Atendimento: 232701
Requisição: 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.

LUIS ANTONIO

TERESINA - PI 05/05/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

JOAO LUIS MEDINA PRADO
Médico
SAÚDE - HUT
CONFERENCIADO





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

Página: 1 de 1

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
Requisição: 920007 Solicitação: 09/02/2019 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 1151697 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 225

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 09/02/2019

PUNHO ESQUERDO

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

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

Conclusão:

- Fratura no rádio distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/05/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687
Profissional Responsável

TERESINA - PI 05/05/2019
GERSON LUIS MEDINA PRADO
CRM-PI 2687



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



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: <u>Maycon Dantas Rosa</u>			
RG: <u>3713229</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPI/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>04/12/19</u>	
CPF: <u>066.595.583-90</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>Eletricista</u>	
ENDEREÇO: <u>Av. Imã Gil Martins</u>		Nº: <u>293</u>	
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>		BAIRRO: <u>Tabuleta</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP:	TELEFONE:

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

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 Dantas Rosa
 Data do acidente de trânsito: 07/02/19
 Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina, 14/12/2019
x Maycon Dantas Rosa
 (ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTE O SELO

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MAYCON DANTAS ROSA
 DOU FE. EM TEST. DA VERDADE
 Teresina-PI, 14/12/2019
 www.tjpi.jus.br/portalestia
 Mapa do Saborio de Cartório de Notas-escritura Autenticada
 Encl. 3, 85 - 17/10/77 Fim/7/21/10, 10 Set/9/76 Total: 4/98 - OP:
 Procuração Particular/OPVAT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0461452/19

Vítima: MAYCON DANTAS ROSA

CPF: 066.595.583-90

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/02/2019

CPF de: Próprio

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa



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 RADIO 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



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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/02/2019

CPF de: Próprio

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa

