



Número: **0817216-33.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **08/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCISCO SILVA DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11227 541	08/08/2020 14:49	<a href="#"><u>Petição Inicial</u></a>	Petição Inicial
11227 845	08/08/2020 14:49	<a href="#"><u>02-Procuração e Documentos Probatorios do Processo</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11227 844	08/08/2020 14:49	<a href="#"><u>04-Informações do Sinistro nº 3190-676520</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

**PETIÇÃO INICIAL EM PDF ANEXO**



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 08/08/2020 14:50:37  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080814490595000000010638717>  
Número do documento: 20080814490595000000010638717

Num. 11227541 - Pág. 1

**Procedómio Advocacia e Consultorja Jurídica**  
Dr. José Francisco Procedómio da Silva  
OAB/PI Nº 12. 813

**PROCURAÇÃO AD JUDITIA**

OUTORGANTE: <i>José Francisco Silva dos Santos</i>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Autônomo</i>
RG nº: 3.361.818-889/25	CPF/MF nº: 058.894.523-47	
Endereço: <i>Rua Turuunia, s/n, bairro Parque Santa Luz, cidade de Teresina/PI, CEP: 64062-820</i>		

**OUTORGADO: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA E MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

Nacionalidade: Brasileira (o) Estado Civil: Solteiro (a)

RG nº: 2.684.877 - SSP/PI RG nº: 1.457.994-SSP/PI

CPF/MF nº: 023.365.163-22 CPF/MF nº: 703.754.703-44

Profissão: Advogado/ Bacharel em Direito OAB/PI Nº 12.813.

Endereço Profissional: Rua Henrique Dias - 790, Vermelha, Teresina - PI (CEP: 64019-330).

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, com fulcro no Princípio da Inafastabilidade da Jurisdição, previsto no art. 5º, XXXV, da Constituição Federal, e nos moldes do art. 595 do CC, nomeia e constitui seu bastante procurador o advogado acima qualificado, então Outorgado, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula ad-judicativa, conforme o art. 5º da lei nº 8.906/94 e art. 105 do NCPC, podendo agir junto às repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como os especiais para confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, firmar compromissos, prestar declaração de pobreza na forma do artigo primeiro da Lei nº 7.115/83, REQUERER DECLARAÇÕES EM ÓRGÃOS PÚBLICOS e substabelecer está em quem lhe convier, com ou sem reservas com o fim específico de propor *Acção de Cobrança de Diferença de Indenização de Seguro DPVAT por Invalidez Adquirida por Acidente de Trânsito*.

Teresina - PI, 20 de Janeiro de 2020.

*\*José Francisco Silva dos Santos*

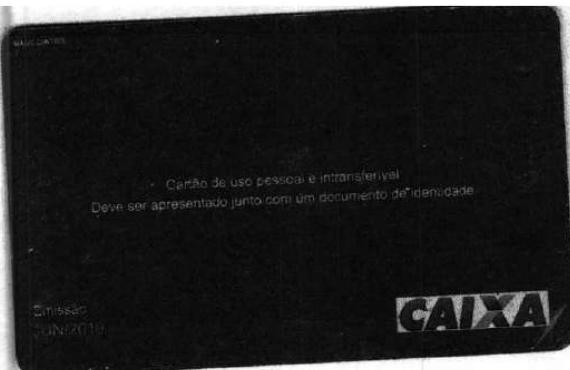
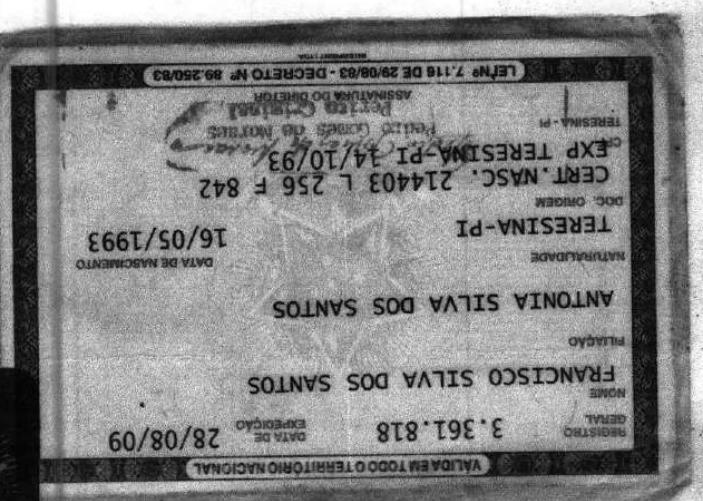
-Outorgante-

Rua Henrique Dias, Nº: 790 - Bairro: Vermelha - Teresina - PI - (CEP: 64.019-330)

Fone: (086) 99528-6961/ 99817-4512

E-mail: procedomio@hotmail.com





Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 08/08/2020 14:50:38  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080814490631300000010638721>  
Número do documento: 20080814490631300000010638721

Num. 11227845 - Pág. 2



Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0417421-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 025870646

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	20-08-2019	30	6,94

FRANCISCA COSTA DA SILVA SANTOS  
R. TURVANIA S/N POV SANTA LUZ B-URBANO  
CPF: 000000882242369  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 10.001.32.83.039000

DADOS DA LEITURA		KWH	DATAS DA LEITURA
Atual:	2495		Atual: 13/08/2019
Anterior:	2495		Anterior: 15-07-2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 12-09-2019
Consumo Medido:	0		Emissão: 12-08-2019
Consumo Faturado:	30	FCAM	Apresentação: 13-08-2019

Forma de Faturamento: MINIMO Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID.BX.RENDA	MONO	A1807757		1.4.1.1	66

HISTÓRICO KWH						DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo						
JUL/19	0	CONSUMO	30 A R\$ 0,233476 =			7,00
JUN/19	0	DIFERENCA DE TARIFA				13,01
MAI/19	0	SUBVENCAO BAIXA RENDA				11,99-
ABR/19	0	BONUS ITAIPU - ART. 21 LEI N.				1,08-
MAR/19	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,08			
FEV/19	24	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,17			
JAN/19	122					
DEZ/18	107					
NOV/18	138					
OUT/18	144					
TARIFA SEM TRIBUTOS:						
0 A 30 - 0,215032						

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 28-08-2019, em função das contas reavisadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão no nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavisada(s), no valor de R\$ 3.294,86 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode cancelar as datas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA		DESCRIÇÃO DA CONTA			
Distribuição:							
Energia:	5,40			Base de Cálculo:			
Transmissão:	10,42			Aliquota ICMS:			
Encargos:	1,76			Valor do ICMS:			
Tributos:	0,86			Valor do PIS:			
	1,57			Valor do COFINS:	1,40%		0,28
							1,29

INDICADORES DE CONTINUIDADE		DIC		FIC		DMIC		DICRI	
		Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite		5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03	
Realizado		0,00		0,00		0,00		0,00	

Conjunto Período de apuração: 06/2019 EUSO:

TERESINA-MARQUES 06/2019 3,43

ROT: 10.001.32.83.039000 SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$

0417421-6 MÊS FATURADO 6,94

08/2019 VENCIMENTO 20-08-2019 Nº da Nota Fiscal: 025870646 FCAM

8362000000 5 06940017000 2 0000000417 6 42160819008 6

SEQ.: 00275 UC: 0417421-6 DT. LEIT.: 13/08/2019 T. ENTR.: 09



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 08/08/2020 14:50:38  
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008081449063130000010638721

Num. 11227845 - Pág. 3

Número do documento: 2008081449063130000010638721

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

<i>Francisco Ferreira Silva dos Santos</i>		
Brasileiro (a)	Só Hétero	Autônomo
RG nº: 3.361.819-880/PI	CPF/MF nº: 058.894.823-47	
Endereço: Rua Turvoaria, s/n, bairro Parada Santa Luz, Distrito de Teresina/PI, cep 64062-500		
<p>DECLARA para os fins de obtenção de <b>ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA</b> que é reconhecidamente pobre no sentido legal, não tendo recursos que lhe permitam custear as despesas referentes a um processo judicial de <b>AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ ADVINDOS DE ACIDENTE DE TRANSITO</b>, sem o prejuízo de seu próprio sustento, vez que recebe mensalmente a quantia de R\$:<u>1.045,00 (um mil e quarenta e cinco reais)</u> e que está necessitando com urgência do fim de ver seu direito líquido e certo amparado pela Justiça, tudo nos termos da Lei 7.115/83, com a redação que lhe deu a Lei 7.510/86 e 1060/50, ofício circular 187/2013, art. 98, do CPC/15 e art. 5º, LXXIV, da CF/88, juntando para tanto os documentos probatórios necessários anexadas a esta presente declaração.</p>		

Teresina-PI, 20 de janeiro de 2020.

*X Francisco Silva dos Santos*  
(CPF 058.894.823-47)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012149/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/12/2019 08:18 Data/Hora Fim: 03/12/2019 08:33  
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 09/06/2019 00:30

564082

Local do Fato

Município: Teresina (PI) Bairro: Zona Rural Leste  
Logradouro: ESTRADA VINCINAL DO Povoado CACIMBA VELHA  
Complemento: ZONA RURAL

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: CLAUDIO ADAO OLIVEIRA DA SILVA (COMUNICANTE , CONDUTOR )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 17/06/1992  
Profissão: Operador Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: MARIA DE JESUS SILVA Nome do Pai: ANTONIO OLIVEIRA DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 056.922.683-02  
RG - Carteira de Identidade: 3221205

Endereço

Município: Teresina - PI N°: S/N  
Logradouro: PI 112 KM 18  
Complemento: RUA TABATINGA  
Bairro: SANTA LUZ DE CIMA CEP: 64.067-990

Vínculo

Amigo/Colega Envolvido(a) Tempo da Relação  
Francisco Silva dos Santos 0 ano(s), 0 mês(es), 0 dia(s)

**Nome Civil: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS (VÍTIMA )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 16/05/1993  
Profissão: Servente de Obras Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Antônia Silva dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 058.894.523-47

Endereço

Município: Teresina - PI  
Logradouro: Povoado SANTA LUZ



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 012149/2019

Bairro: ZONA RURAL

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 056.922.683-02	<b>Placa</b> PIJ9055
<b>Renavam</b> 01057125404	<b>Número do Motor</b> KC16E8F220443
<b>Número do Chassi</b> 9C2KC1680FR220443	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2015/2015
<b>Cor</b> VERMELHA	<b>UF Veículo</b> Piauí
<b>Município Veículo</b> Teresina	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG150 FAN ESDI
<b>Modelo</b> HONDA/CG150 FAN ESDI	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Meio Empregado
<b>Última Atualização Denatran</b> 29/07/2015	<b>Situação do Veículo</b> ALIENACAO FIDUCIARIA

<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
CLAUDIO ADAO OLIVEIRA DA SILVA	Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

RELATA QUE A VITIMA ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRO NA MOTOCICLETA MENCIONADA, CONDUZIDA PELO COMUNICANTE, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE COLIDIU O VEÍCULO COM UM ANIMAL (VACA). QUE FOI SOCORRIDO PELO COMUNICANTE E LEVADO PARA A UPA DO SATELITE, PRONTUÁRIO 29254, E DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT, CONFORME PRONTUÁRIO 513.508. É O REGISTRO. O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT.

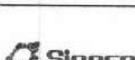
**ASSINATURAS**

Jerônimo Soares Lima Junior  
Agente de Polícia  
Matrícula 0094781

Responsável pelo Atendimento

*Claudio Adao Oliveira da Silva*  
CLAUDIO ADAO OLIVEIRA DA SILVA  
(Comunicante / Condutor)

"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 origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





### UPA DR. ANTÔNIO DIB TAJRA

Rua Saturno, 4250 Satélite - Fone: 86 3215-9176  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 17.577.205/0001-37

Imp: 09/06/2019 02:14:55  
User: CLAUDIO EULALIO  
Estação: DESKTOP-AUPE080

#### BOLETIM DE ENTRADA (BE)

##### DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> FRANCISCO SILVA DOS SANTOS	<u>Prontuário:</u> 29254		
<u>Mãe:</u> ANTONIA SILVA DOS SANTOS	<u>Pai:</u>		
<u>End. Resid.:</u> Povoado Santa Luz - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: -			
<u>Nascimento:</u> 16/05/1993	<u>Idade:</u> 26a0m24d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 86- -
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 704105127038478	
<u>Profissão:</u> SERVENTE		<u>Documento:</u> RG: 3361818 - SSPPI	
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)	

##### DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 44761	<u>Entrada:</u> 09/06/2019 01:20:02	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

##### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> QUEDAS	<u>Classificação:</u> Dor intensa	<u>Cor:</u> Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO POR MOTOCICLETA APRESENTA CORTE EM COURO CABELOUDO + ESCORIAÇÕES EM FACE + MIE / NEGA DM + HAS + ALERGIA MEDICAMENTOSA		BERNARDO FRANCISCO CARVALHO SALES COREN 416.240 Em: 09/06/2019 01:29:07

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora:</u> : : )			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉so: bmp	Pressão: mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> PACIENTE ALCOOLIZADO SOFREU ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 1 HORA. NÃO ESTAVA DE CAPACETE; A : VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM COLAR CERVICAL; B : EUPNEICO, TÓRAX EXPANSÍVEL, SEM ABAULAMENTOS OU RETRAÇÕES, AP : MV EM AHT SEM RA; C : ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, AC : RCR, 2T, SS, BNF, ABDOME : SEM SINAIS DE PERITONITE D ; GLASGOW 15, E : FCC EM COURO CABELOUDO; ESCORIAÇÕES EM FACE; REFERE DOR EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA COM DIFICULDADE PARA ABRIR A BOCA NEGA ALERGIAS				
Diagnóstico Inicial: ?			CID:	
<u>Exames Complementares:</u>				
<u>Prescrição Médica:</u> SUTURA + CURATIVO DIPIRONA, 1 AMP, IM, AGORA VOLTAREN 75 MG- 01 AMP, IM, AGORA SOLICITO AVALIAÇÃO BUCO-MAXILO NO HUT				

##### Motivo da Alta/Encerramento:

Encaminhado para Exames	<u>DATA:</u> / / .	<u>HORA:</u> : Leonardo Lino Martins Jr. CIRURGIA GERAL CRM-PI 6675
-------------------------	--------------------	---

natura Paciente ou Responsável

CLAUDIO EULALIO PORTELA DE MELO



UFPADR ANTÔNIO DIB TAIBA

**UPA DR. ANTONIO DIB TAJRA**  
Rua Saturno, 4250 Satélite - Fone: 86 3215-9176  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 17.577.205/0001-37



### *Ficha de Prescrição e Evolução Médica*

Consulta: 44761

Imp: 09/06/2019 02:19:55

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

IDENITIFICAÇÃO DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> FRANCISCO SILVA DOS SANTOS	<u>Prontuário:</u> 29254	<u>Local:</u>	<u>Leito:</u>	
<u>Tipo Sanguíneo:</u>	<u>Fator RH:</u>	<u>Peso (Kg):</u> 0,00	<u>Altura (M):</u> 0,00	<u>IMC (Kg/m<sup>2</sup>):</u> 0,00



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 08/08/2020 14:50:38  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008081449063130000010638721>  
Número do documento: 2008081449063130000010638721

Núm. 11227845 - Pág. 8

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME  
O HOSPITAL SO EXPEDEIRÁ COPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUCIR COPIAS NECESSÁRIAS  
A SUA UTILIZAÇÃO

PRONTUÁRIO: 513508

NOME DO PACIENTE: Franquicando Silveira dos Santos





**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

~~ACESSO (OK)~~  
BUCO

### BOLETIM DE ENTRADA (BE)

#### DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> FRANCISCO SILVA DOS SANTOS		<u>Prontuário:</u> 513508
<u>Mãe:</u> ANTONIA SILVA DOS SANTOS	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> POV STA LUZ - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 16/05/1993	<u>Idade:</u> 26a0m24d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86 -
<u>Responsável:</u> ANTONIA SILVA DOS SANTOS		<u>CNS:</u> 704105127038478
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> RG: 3361818 - SSP PI
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Ignorado

#### DOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 725612	<u>Entrada:</u> 09/06/2019 10:15:48	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060029
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

#### DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM FACE	<u>Classificação:</u> DATA 09/06/19 HORA 09:47 Dor moderada EXAME <u>Olhos</u> / Joel TECNÓLOGO: <u>Amarelo</u>	<u>Cor:</u> <b>Amarelo</b>
Breve História Clas. Risco: Pct vítima de acidente de motocicleta com dor+edema em região zigomática esquerda e limitação em abrir a boca sat 99 g:15 nega alergia		
HELENILSA CARVALHO DE SOUSA COREN - 307586 Em: 09/06/2019 10:20:44		

SSVV: (Hora: \_\_\_\_\_)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m<sup>2</sup> Pulso: bmp Pressão: mmHg

#### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, HÁ 10HS, SEM USO DE CAPACETE. TRAZIDO PELO SAMU. REFERE EPISTAXE E DOR AO ABRIR A BOCA. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, NAUSEAS OU VOMITOS, CEFALÉIA.

- A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. SAT 02: 99
- C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE ESTÁVEL. PULSO: 85
- D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII
- E) FERIMENTO SUTURADO EM COURO CABELOUDO; EDEMA MANDIBULAR À ESQUERDA, ESCORIAÇÕES EM JOELHO DIREITO.

Diagnóstico Inicial:

CID:

#### Exames Complementares:

(1235897) - T.C. DE FACE  
 (1235898) - T.C. DE CRANIO

#### Prescrição Médica:

John Nogueira Lira  
 Matriculado: 1111111111111111  
 SAME HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL

502-4  
 04/06/2019 26 Dr. Fabrício Souza  
 Dr. Marisa Dantas  
 Esp. Cirurgião e Odontologista  
 Bucal Maxilar Facial  
 PRO 4024-PI

#### Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / HORA: :

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO

Intervenção do Paciente ou Responsável



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

Prontuário:  
**513508**  
 Internação:  
 240774

## RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> FRANCISCO SILVA DOS SANTOS				
<b>End. Resid.:</b> POV STA LUZ - ZONA RURAL				
<b>Cidade:</b> TERESINA - PI			<b>CEP:</b> 64000-010	
<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nascimento:</b> 16/05/1993	<b>Idade:</b> 26a0m24d	<b>Estado Civil:</b> Ignorado	<b>Profissão:</b>
<b>Admissão:</b> 09/06/2019	<b>G. Instrução:</b> Não informado	<b>Fone:</b> 86-	<b>Cartão SUS (CNS):</b> 704105127038478	<b>Procedência:</b> TERESINA
<b>Pai:</b>			<b>Mãe:</b> ANTONIA SILVA DOS SANTOS	
<b>Responsável:</b> ANTONIA SILVA DOS SANTOS				
<b>End. Responsável:</b> POV STA LUZ - ZONA RURAL TERESINA - PI <b>CEP:</b> 64000-010				
<b>Documento:</b> RG: 3361818 - SSP PI				
<b>Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clínica:
Data: 09/06/2019	Hora: 13:12	Data: 11/06/19	Hora: 07:53	SALA VERDE
<b>Diagnóstico de Admissão:</b>				
Procedimento: 0404020526 - OSTEOSINTSE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR				
CID 10: S024 - Fratura dos ossos malares e maxilares				
<b>Diagnóstico de Alta:</b>				
Procedimento: Osteossíntese de fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar				
CID 10: S204				
<b>Tratamento Realizado:</b>				
Osteossíntese da Fratura do Complexo Órbito Zigmático MAXILAR (E)				
<b>Exames Realizados:</b>				
T.C. de face				

**Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.**

11/06/19

Data

Larissa A. L.  
Assistente de Enfermagem  
Clínica e Hospitalar Bonsucesso Fafnir

Carimbo/Acc Prof. Assistente

Carimbo/Acc Médico 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

Prontuario:  
**513508**  
Internação:  
240774

## RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>FRANCISCO SILVA DOS SANTOS</b>				
End. Resid.: POV STA LUZ - ZONA RURAL				
Cidade: TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Sexo: Masculino	Nascimento: 16/05/1993	Idade: 26a0m24d	Estado Civil: Ignorado	Profissão:
Admissão: 09/06/2019	G. Instrução: Não informado	Fone: 86-	Cartão SUS (CNS): 704105127038478	Procedência: TERESINA
Pai:			Mãe: ANTONIA SILVA DOS SANTOS	
Responsável: ANTONIA SILVA DOS SANTOS				
End. Responsável: POV STA LUZ - ZONA RURAL TERESINA - PI 64000-010				
Documento: RG: 3361818 - SSP PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 09/06/2019	Hora: 13:12	Data: 11/06/19	Hora: 07:53	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0404020526 - OSTEOSINTSE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR CID 10: S024 - Fratura dos ossos malares e maxilares				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: <u>Osteossíntese de fratura do complexo óbito-zigomático-maxilar</u> CID 10: S204				
Tratamento Realizado: <i>Osteossíntese da Fratura do Complexo Óbito Zigomático MAXILAR (E)</i>				
Exames Realizados: <i>T.O. de face</i>				

**Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.**

11/06/19

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

Laurinda  
Lacerda de Souza Britto  
Cirurgião-Dentista Especialista em Odontologia Facial





## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

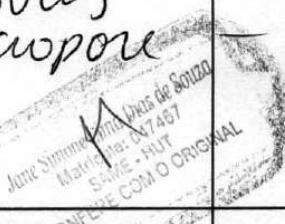
## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10/06/19

NOME DO PACIENTE:	Francisco Silva Santos	PRONTUÁRIO Nº:	513508
DIAGNÓSTICO:	Fratura COZME	CIRURGIA:	Osteosíntese da Fratura COZME
ANESTESIA:	Geral	Nº DA SALA:	
CIRURGÃO:	Laurindo de Souza Brito Junior Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial	CPF Nº:	065559773-53
AUXILIAR:	RESIDENTES	CPF Nº:	
ANESTESIA:	DR. ADRIANO	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Fábio L.	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	09	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	—		Lâmina 15	—	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletriodos	—	05	
CAT. GUT.SIMPLES S/AG.				Excovas	—	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Micropore		80cm.	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON n: 5.0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: CONFIDE COM O ORIGINAL			
VICRYL n: 3.0	02			CIRCULANTE: Conceição Belo Horizonte			
LENE							



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

Belle  
10/06NOME Franzine Silva dos Santos IDADE anos DATA 10/06/2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA:  GERAL  RAQUE  BLOQUEIO  PERIDURAL  SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Excomissão COZM CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITais	HORÁRIO						SAIDA
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	75'	
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	117/83	128/62					144/69
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	95	99					91
SATURAÇÃO DE O2 (%)	901.	981.					901.
TEMPERATURA AXILAR (O° C)							
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)							
NOME/ MATRÍCULA	<u>Jessica</u>						

## ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

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

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

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

AC. ASA - Admitida com SRPA em P01 ex. Excomissão COZM no anestesista gen. bárbitro, anestesiador, Rm Guinhas - Júlia - 20.30h - 20/06/2020

20.30h. ATE SRPA

JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA  
NASCIMENTO 147457  
CONFIRME COM O ORIGINAL  
ANESTESIA: 20/06/2020  
Anestesiologista:   
Horário: 20:30h

ALTA SRPA 20/06/2020  
Assinatura:   
Horário: 20:30h  
Anestesiologista:   
Horário: 20:30h

## PRESCRIÇÃO MÉDICA





**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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 48260 - Data: (10/06/2019)**

endimento:	Prontário:	Paciente:	Dt.Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
240774	513508	FRANCISCO SILVA DOS SANTOS	16/05/1993	POSTO 2	216 (3U)	SUPLEMENTAR	EXTRA 02	LAURINDO DE SOUSA BRITTO JUNIOR			
oção:	hora:				Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:					
	17:00				NEGA	2DIH: FRATURA MAXILA ESQUERDA/ ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDA/ FRONTOZIGOMÁTICO ESQUERDO					
seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
1	ORAL Tipo LÍQUIDA PASTOSA, CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLOGICO) 1000ML SIST FECHADO			1,00	Frasco	EV	24/24h				15:40h Encaminhado ao C.C.
2	CEPALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.			1,00	Frasco	EV	6/6h				
3	DEXAMETASONA 4MG/ML, INJ 2,5ML			1,00	Ampola	EV	12/12h				
4	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	6/6h				10h: Pct de alta
5	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.			1,00	Ampola	EV	8/8h				hospitalar. Enfermagem
6	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.			1,00	Ampola	EV	12/12h				Louís CORDEIRO 388417
7	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	8/8h				
Em caso de vômito											

Observações Gerais: SSVV + CCGG DE 6/6HS  
BOCHECHO COM CLOREXIDINA 0,12%, 2X AO DIA, 15ML DE SOLUÇÃO EM CADA BOCHECHO.



Raimundo Neiva Junior  
Esp. Cirurgia e Traumatologia  
Bucal Maxilo Facial  
CNO - PI 3621

Alta Hospitalar  
11/06 às 07:55

TOMOGRAFIA REALIZADA  
DATA: 10/06/19 HORA:  
EXAME: TC Face (contralateral)  
TECNÓLOGO: 20:50W





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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <b>FRANCISCO SILVA SANTOS</b>		
Diagnóstico pré-operatório <b>FRATURA do Complexo Orbito Zgomático MAXILAR (E)</b>		
Operação - Tipo <b>Osteossíntese da FRATURA do Complexo Orbito Zgomático MAXILAR (E)</b>		
Cirurgião <b>Laurindo Britto</b> <small>Laurindo de Sousa Britto Junior Ortopedia e Traumatologia Bucomaxilar Facial</small>	1º Assistente <b>João (Residente)</b>	
2º Assistente <b>Mariá (Residente)</b>	3º Assistente <b>Letícia Franklin (Residente)</b>	
Instrumentador(a) <b>Fábio L.</b>	Anestesista <b>Dr. ADLIANO</b>	Anestesia <b>GERAL</b>
Anestésico(a),		
Data da Operação <b>10/06/19</b>	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <b>Fratura do Complexo Orbito Zgomático MAXILAR (E)</b>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

(1) Autotransp. (2) Anestesia (3) Tucado + divaricador para acesso às fraturas periostozomáticas e superfície abafada.  
(4) Tucados + descolamento mucoso p/ acesso à fratura  
região de pilos-zomáticas (5) Osteossíntese das fraturas  
com 03 miniplacas de 1.5 e 1/2 plástico.  
(6) Sutura (7) Cerramento.

Assinado por: **Laurindo de Sousa Britto Junior**  
Matrícula: **201449063130000010638721**  
CONFIRMO O DOCUMENTO ORIGINAL

Laurindo de Sousa Britto Junior  
Ortopedia e Traumatologia Bucomaxilar Facial

Mod. 76 HUT

## FOLHA DE ANESTESIA

### UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO			
FRANCISCO SIlVA DOS SANTOS								
DATA: 10/06/19		P. ARTERIAL 135x78	PULSO 78pm	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CRICULATÓRIO								
SISTEMA RESPIRATÓRIO								
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO						
ESTADO MENTAL		CORTICOIDES		ATARAXICOS		OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO								
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS			
							TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÉNIO 100	TETANUS ANM 300g					
		100	MIDAZOLAM 200					
		200	DYMACURIO 50					
		300	SEFAZOLINA 20					
		400	RANTAFOLAMATE					
		500	DEXAMETASONE					
LÍQUIDOS		OUTROS 100	SEQUENCIA					
TEMPERATURA T		38	260	240	220	200	180	
P. ARTERIAL V O PULSO			200	180	160	140	120	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X			160	140	120	100	80	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO			140	120	100	80	60	
RESPIRAÇÃO O			120	100	80	60	40	
SÍMBOLOS			100	80	60	40	20	
TÉCNICAS		ANESTESIA GEML						INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES		FOSFORAMENTO CIRURGICO DE PROTUBERA DE ZIGOMMA E						
CIRURGIÕES		Dr. LACURINDO						
ANESTESISTAS		Dr. ADRIANO L. CORRÊA						
PARITICULARIDADES								CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS
								CONFIRMO CONFERI COM O ORIGINAL



**MedicalLife**  
Saúde para toda vida

86 3305 6005  
comercial@medicallifehospitalar.com  
www.medicallifehospitalar.com  
Av. Odilon Araújo, 475 - Piçarra,  
CEP: 64.017-280. Teresina- PI  
CNPJ:14.361.780/0001-00 | Insc. Est.: 19.493.633-3

# **COMUNICAÇÃO DE USO DE ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

Nome do paciente: FRANCISCO SIlVA dos SANTOS Nº Prontuário: 5/3508  
Procedimento realizado: 0404020586 Código de compatibilidade:  
Nome do Médico/CRM/CRO: Laurindo Britto Data da utilização do material: 10/06/19  
Convênio: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
Laurindo de Sousa Britto Junior  
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial  
SAC - 450

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

  
Laurindo de Souza Brito Junior  
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilar Facial  
CRF - 450



10-26-118





**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>240774</b>

## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS				6 - Prontuário: 513508
7-CNS:	704105127038478	8-Nascimento:	16/05/1993	9-Sexo: Masculino
-Mãe:	ANTONIA SILVA DOS SANTOS			12-Fone: 86- -
13-Resp:	ANTONIA SILVA DOS SANTOS			14-Fone: 86- -
15-Ender:	POV STA LUZ - ZONA RURAL - 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. <b>0404020526</b>		30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>OSTEOSSINTSE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR</b>
31-Cod.Procedimento Especial <b>0702050482</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)</b>	
		Quant. Soli- cidata: <b>3</b>
Fornecedor da OPM: MEDICAL LIFE		

Fornecedor da OPM: MEDICAL LIFE

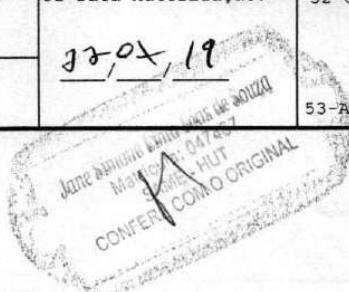
38-Profissional Responsável: <b>FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA</b>	40-Tp. Documento: CPF	 <b>Laertio de Sousa Brito Junior</b> Cirurgia e Traumatologia Bucoraxial Facial
Data Solicitação:	<b>10/06/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>778.713.833-53</b> 41-Ass.Caf/CRC-SP Sol. (CRM)

#### **JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Devido a fraturas do Complexo Enóteo zigomático Maxilar esquerdo foi necessário o uso de 03 miniplacas de 1.5 e 12 parafusos.

AUTORIZACAO

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



**PREScrição  
MÉDICA**

P2 / NARR

PPREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

MEDO PACIENTE	PRONTUÁRIO		D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
<i>Francisco Alves dos Santos</i>	513508		16/10/1993	<i>Sala Verde</i>		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS			MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
<i>natura maxila e + Arco zigomático e + Incento zigomático e Nege</i>				BUCOMAXILO		
DATA: 09/08/2021	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA: 11	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
	<i>Tchau - Dr. Francisco Alves dos Santos</i>	<i>Visto No Consultório CRWPA 4432</i>		<i>14:00 Realizado AVP plato n.º 20</i>		
Dieta líquida pastosa				<i>14:55 - Micaelhe da Silva</i>		
SF 0,9% 1000 ml, EV para 24h				<i>TÉC. DE ENFERMAGEM</i>		
Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h				<i>COREN PI 836.255</i>		
Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h				<i>14:03 Reunião entre médico pela</i>		
Dipirona sódica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h				<i>desconforto estomônico de</i>		
Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h				<i>maxila zigomática. E</i>		
Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h				<i>concreto, amigdala, faringe,</i>		
Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia				<i>espirreia. Nege das narinas</i>		
SSVV + CCGG				<i>e alergias. Circuloso P2</i>		
<i>18:00 PA. 13x8, P.75 NARAS</i>						

*Dra. Marisa Dantas*  
Especialista em Cirurgia e Traumatologia  
Bucal Maxilo Facial  
CRO 4024 - PI

*CONFERIDA  
COM O ORIGINAL*





PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA – CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Francisco Silva dos Santos

- ( ) 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 jelico 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.

PT: 152 / 104  
P: 90 bpm

Data: 10 de julho de 2019

Enfermeiro responsável:

Rua Otto Tito, 1620, Bela Redenção,  
Teresina-PI, CEP 64017-775.  
CNPJ 17.577.205/0008-03



86 3229 - 4247



int.hut@teresina.pi.gov.br



# SUMÁRIO DE ALTA



**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

Prontuário:  
**513508**  
 Internação:  
**240774**

Nome: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS**

End. Resid.: POV STA LUZ - ZONA RURAL  
 Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	16/05/1993	26a0m24d	Ignorado	
Internação		Alta		
Data	Hora	Data	Hora	Permanência

Data: **09/06/2019** Hora: **13:12** Data: **11/06/19** Hora: **07:51** Cod.CID: **SO24**

Diagnósticos: Fratura do Complexo Orbito zigomático Maxilar (E) CID Principal: **SO24**  
 CID Secundário: **SO24**  
 CID Causa Morte: **SO24**

**SITUAÇÃO NA ADMISSÃO** (condições clínicas + resultados de exames importantes):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MEDICAÇÕES:** Cefalotina, Dexametasona, Dipirona, Paracetamol, Tenoxicam

**CIRURGIA:** Data: **10/06/19** Tipo: Osteossíntese da Fratura do Complexo Orbito zigomático MAXILAR (E)

**PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tipo de Alta:** ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Pedido ( ) Evasão ( ) Administrativa  
 ( ) Óbito ( ) Transferência outro serviço ( ) Outro motivo.

**TRANSFERÊNCIA:**

Vaga cedida por: \_\_\_\_\_

Transporte: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Laudaldo de Souza Britto Júnior  
 Cirurgião e Traumatologista Especialista Facial  
 CRM: 140

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 647701928	Nº REGULAÇÃO: 77393	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679639 - SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAUDE DR LUIZ MILTON DE AREA LEAO - (86) 3235-2074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: CIRURGIA GERAL		
PACIENTE: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS	NASCIMENTO: 16/05/1993	

DADOS CLÍNICOS

<b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b> PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO SEM CAPACETE HÁ 2 HORAS APRESENTANDO DOR E EDEMA EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA E LIMITAÇÃO PARA ABRIR A BOCA. HD: FRATURA DE ZIGOMÁTICO? SOLICITO REGULAÇÃO PARA BUCOMAXILO NO HUT.			
<b>PROVAS DIAGNÓSTICAS:</b> EXAME CLINICO			
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b>			
<b>DIAGNÓSTICO(CID):</b> FRATURA DO CRANIO OU DOS OSSOS DA FACE PARTE NAO ESPECIFICADA			
<b>COMORBIDADE:</b>			
PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 69bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 13rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
<b>USO DROGAS VASOATIVAS:</b>			
<b>USO ANTIBIÓTICOS:</b>			
<b>USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:</b>			

**DATA:** 09/06/2019 02:49:49

Dr. Antonio Chiesem da Silveira  
Médico  
CRM-PB 6673

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



# FICHA DE ADMISSÃO

## 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



Prontuario:

**513508**

Internação:

240774

Nome: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS**

End. Resid.: POV STA LUZ - ZONA RURAL

CEP: 64000-010

Cidade: TERESINA - PI

<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Nascimento:</b> 16/05/1993	<b>Idade:</b> 26a0m24d	<b>Estado Civil:</b> Ignorado	<b>Profissão:</b>
<b>Admissão:</b> 09/06/2019	<b>G. Instrução:</b> Não informado	<b>Fone:</b> 86-	<b>Cartão SUS (CNS):</b> 704105127038478	<b>Procedência:</b> TERESINA

Pai:

Mãe: ANTONIA SILVA DOS SANTOS

Conjuge:

Responsável: ANTONIA SILVA DOS SANTOS

End. Responsável: POV STA LUZ - ZONA RURAL  
TERESINA - PI

64000-010

Documento: RG: 3361818 - SSP PI

Internou-se neste Hospital: ( )Sim ( )Não Internou Noutros Hospitais ( )Sim ( )Não

História Clínica: (Registre as palavras do doente e todos os achados de exames a que foi submetido)

paciente vítima de acidente de trânsito, refere-se dor epistaxe, e dor ao abrir a boca

## DIAGNÓSTICO:

Provisório: Fratura dos ossos malares e maxilares C I D: S024

Principal: C I D:

Intercorrência:

Sintomas e Sinais Principais: Causa Mortis: Hist. Patológico:

## TRATAMENTO:

TIPO:	TERAPÉUTICA MÉDICA:	OPERAÇÃO:	EFICÁCIA:
( ) Nenhum		Principal:	( ) Eficaz
( ) Médico			( ) Ineficaz
( ) Cirúrgico		Acessoria:	( ) Prejudicial
( ) Méd.Cirug.			( ) Não Avaliado

## DURAÇÃO:

Data Internação: Hora: Data Alta: Hora: Data Hospitalização:

ALTA SAÍDA: TRANSFERÊNCIA: OBITO:

( ) Curado ( ) Pedido ( ) Por Indisciplina	( ) Tisiologia ( ) <=48 H, estado agônico ou pré-agônico
( ) Melhorado ( ) Int.P/Diagnóstico ( ) Evasão	( ) Psiquiatria ( ) <=48 H, SEM estado agônico ou pré-ag
( ) Inalterado ( ) Decisão Médica ( ) P.Ambulatório	( ) Outros ( ) Após 48 horas de Internação

Em: 09/06/2019

Ass. Médico



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 08/08/2020 14:50:38  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008081449063130000010638721

Número do documento: 2008081449063130000010638721

Num. 11227845 - Pág. 24



**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

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

<b>Paciente:</b> FRANCISCO SILVA DOS SANTOS	
<b>Prontuário:</b> 513508 <b>Intern.:</b> 240774 <b>Dt.Nasc.:</b> 16/05/1993 <b>Doc:</b> RG: 3361818 - SSP PI	
<b>Responsável:</b>	<b>Doc. Responsável:</b>
<b>Procedimento:</b> OSTEOSSINTSE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR 0404020526	<b>Data Realização:</b> ____ / ____ / ____

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, identificados acima, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico, descrito acima, ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços desta Unidade de Saúde.

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Principais riscos cirúrgicos:

PARESTESIA, HEMORRAGIA, Diplopia.

4. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
5. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativa.
6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
8. Confirme que recebi explicações, li, comprehendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Teresina(PI), \_\_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável

**TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA**

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Teresina(PI), 10 / 06 / 19

*Laurindo de Souza Brito Junior  
Cirurgião Plástico Especializado em Ortopedia Facial  
Assinatura 10/06/2020  
Assinatura do Médico*





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

240774

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	240774

213198

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>FRANCISCO SILVA DOS SANTOS</b>	6 - Prontuário: <b>513508</b>		
-CNS: <b>704105127038478</b>	8-Nascimento: <b>16/05/1993</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	RG: <b>3361818 - SSP PI</b>
11-Mãe: <b>ANTONIA SILVA DOS SANTOS</b>			12-Fone: <b>86-</b>
13-Resp: <b>ANTONIA SILVA DOS SANTOS</b>			14-Cor: <b>Sem Informação</b>
15-Ender: <b>POV STA LUZ - ZONA RURAL - CEP: 64000-010</b>			
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-010</b>

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente vítima de acidente de trânsito, refere-se dor epistaxe, e dor ao abrir a boca

21 - Condições que justificam a internação:

paciente necessita de tratamento

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

avaliação do buco

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura dos ossos malares e maxilares

24-CID Prin: **S024** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.: \_\_\_\_\_

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: <b>0404020526</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR</b>	Tempo SUS: <b>3</b>
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: <b>02</b> 31-Docum.: <b>01</b> 32-Doc. Méd. Solic.: <b>CPF 778.713.833-53</b>	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA</b>	34-Data Solicitação: <b>09/06/2019</b>	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

*Lançamento de Celso Pires Filho Junior  
Lançamento de Celso Pires Filho Junior  
CRM - 450*

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

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

### AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: _____	47-Data Autorização: <b>23/07/19</b>
48-Documento: <b>( ) CNS ( ) CPF</b>	49-Num. Documento: _____
	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) <b>Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DIREAMPIS CRM - PI 1099 - CPF: 761.563.557-9 CRM-PI 1099 - CRM-PI 1099</b>

natura Paciente ou Responsável:

Usuário: (HERBERT ALENCAR)  
Consulta Local: 725612

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 213198



AIH: 2219100406171

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

**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		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
704105127038478	FRANCISCO SILVA DOS SANTOS		16/05/1993	M	513508
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL
		8632157873	ANTONIA SILVA DOS SANTOS		ANTONIA
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
	SANTA LUZ		s/n		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
SANTA LUZ	ZONA RURAL		TERESINA	PI	

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, REFERE-SE DOR EPISTAXE, E DOR AO ABRI A BOCA

**CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

PCT NECESSITA DE TRATAMENTO

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

AVALIACAO DO BUZO

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES		

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0404020526 - OSTEOSSÍTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMÁTICO MAXILAR

LEITO/CLÍNICA	CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARÁTER	URGÊNCIA	FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA CPF: 77871383353
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA CRM:

**CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)**

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
JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 03834832391	CRM: Jane Simões Dávila Souza Matr.: 047467 CONFERE COM O ORIGINAL CRM: DATA ANALISE:

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 08/08/2020 14:50:38  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008081449063130000010638721

Num. 11227845 - Pág. 27

Número do documento: 2008081449063130000010638721



**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: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS (Prontuário: 513508)**

Endereço: POV STA LUZ - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 16/05/1993 Idade: 26a0m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 725612

Requisição: 963546 Solicitação: 09/06/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO

Controle: 1235897 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 09/06/2019

**T.C. DE FACE**

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

**RELATÓRIO:**

- AUMENTO DO VOLUME E DENSIDADE DAS PARTES MOLES DA HEMIFACE ESQUERDA E NAS REGIÕES LABIAIS.
- HEMOSSINUS MAXILAR À ESQUERDA, COM TECIDO ADIPOSO HERNIADO NO INTERIOR DO MESMO.
- MÚLTIPLAS FRATURAS FACIAIS À ESQUERDA LOCALIZADAS EM:
  - \* ARCO ZIGOMÁTICO;
  - \* PAREDE LATERAL E ASSOALHO ORBITÁRIO.
  - \* PAREDES DO SEIO MAXILAR.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/06/2019

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS** (Prontuário: **513508**)  
Endereço: POV STA LUZ - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 16/05/1993 Idade: 26a0m24d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 725612  
Requisição: 963547 Solicitação: 09/06/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO  
Controle: 1235898 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 09/06/2019

#### T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

#### RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL PARIETO/OCCIPITAL À ESQUERDA.
- PARÉNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

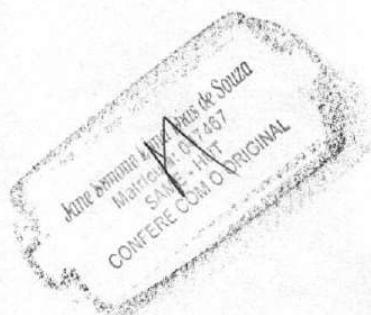
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/06/2019

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS** (Prontuário: **513508**)

Endereço: POV STA LUZ - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 16/05/1993 Idade: 26a0m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 240774

Requisição: 964107 Solicitação: 10/06/2019 Solicitante: FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA

Controle: 1236935 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 216 LEITO 34

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 10/06/2019

**T.C. DE FACE**

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

**RELATÓRIO:**

- FRATURA DAS PAREDES ANTERIOR, LATERAL E MEDIAL DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.
- FRATURA DA PAREDE LATERAL E ASSOALHO DA ÓRBITA.
- FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.
- HEMOSSINUS EM MAXILAR ESQUERDO, COM HERNIAÇÃO DE TECIDO ADIPOSO PARA O LUMEN DO SEIO.
- AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DE PARTES MOLES EM HEMIFACE À ESQUERDA, COM ENFISEMA DE PERMEIO.
- SINAIS DE MANUSEIO CIRÚRGICO COM MATERIAL DE OSTEOSSINTSE EM REGIÃO ZIGOMÁTICA/MAXILAR À ESQUERDA E NOS REBORDOS SUPERIOR E INFERIOR DA ÓRBITA IPSILATERAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/06/2019

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 08/08/2020 14:50:38  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008081449063130000010638721>

Número do documento: 2008081449063130000010638721

Num. 11227845 - Pág. 30



### HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS** (Prontuário: 513508)

Endereço: POV STA LUZ - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 16/05/1993 Idade: 26a0m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 240774

Requisição: 964107 Solicitação: 10/06/2019 Solicitante: FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA

Controle: 1236935 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 216 LEITO 34

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 10/06/2019

#### T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

#### RELATÓRIO:

- FRATURA DAS PAREDES ANTERIOR, LATERAL E MEDIAL DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.
- FRATURA DA PAREDE LATERAL E ASSOALHO DA ÓRBITA.
- FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.
- HEMOSSINUS EM MAXILAR ESQUERDO, COM HERNIAÇÃO DE TECIDO ADIPOSO PARA O LUMEN DO SEIO.
- AUMENTO DE VOLUME E DENSIDADE DE PARTES MOLES EM HEMIFACE À ESQUERDA, COM ENFISEMA DE PERMEIO.
- SINAIS DE MANUSEIO CIRÚRGICO COM MATERIAL DE OSTEOSSINTSE EM REGIÃO ZIGOMÁTICA/MAXILAR À ESQUERDA E NOS REBORDOS SUPERIOR E INFERIOR DA ÓRBITA IPSILATERAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/06/2019

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190676520 Vítima: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 09/06/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO SILVA DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 1519555



230 01105/01106 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 08/08/2020 14:50:38  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008081449074580000010638720>  
Número do documento: 2008081449074580000010638720

Num. 11237844 Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190676520** Vítima: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS

**Data do Acidente:** 09/06/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). FRANCISCO SILVA DOS SANTOS**

Informações que o pagamento da indemnização

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **FRANCISCO SILVA DOS SANTOS**

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000088077-9

Tipo: **CONTA POUPANCA**

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

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

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

Atenciosamente



Assinado eletronicamente por: JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA - 08/08/2020 14:50:38  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080814490745800000010638720>  
Número de documento: 2008081449074580000010638720

Núm. 11227844 - Pág. 2