



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	
FRANCISCO SILVA DOS SANTOS (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11227541	08/08/2020 14:49	Petição Inicial	Petição Inicial
11227845	08/08/2020 14:49	02-Procuração e Documentos Probatorios do Processo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11227844	08/08/2020 14:49	04-Informações do Sinistro nº 3190-676520	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PETIÇÃO INICIAL EM PDF ANEXO



Procedômio Advocacia e Consultoria Jurídica

Dr. José Francisco Procedômio da Silva

OAB/PI Nº 12.813

PROCURAÇÃO AD JUDITIA

OUTORGANTE: <i>Francisco Silva dos Santos</i>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Autônomo</i>
RG nº: <i>3.361.818-SSP/PI</i>	CPF/MF nº: <i>058.894.523-47</i>	
Endereço: <i>Rua Turunina, s/n, Bairro: Povoado Santa Luz, Cidade de Teresina/PI, CEP: 64082-820</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-judicia, 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 *Acão de Cobrança de Diferença de Indenização de Seguro DPVAT por Invalidez Adquirida por Acidente de Trânsito*

Teresina - PI, *20* de *Janeiro* de *2020*.

Francisco Silva dos Santos

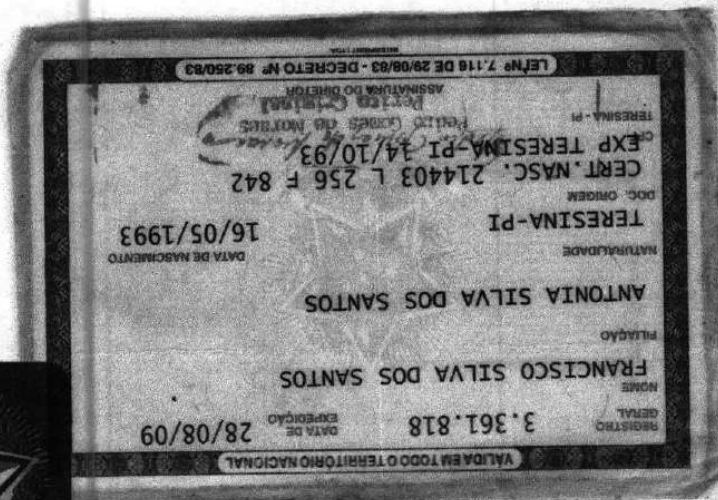
-Outorgante-

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

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

E-mail: procedomio@hotmail.com







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

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0417421-6

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: 00000882242369
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 10.001.32.83.039000

DADOS DA LEITURA		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	Apresentação:	13-08-2019
Forma de Faturamento:	MINIMO	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

Classe/Subclasse	Ligação	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		CONSUMO	30 A R\$ 0,233476 = 7,00
JUL/19	0	DIFERENÇA DE TARIFA	13,01
JUN/19	0	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	11,99-
MAI/19	0	BÔNUS ITAIPU - ART. 21 LEI N.	1,08-
ABR/19	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,08
MAR/19	0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,17
FEV/19	24		
JAN/19	122		
DEZ/18	107		
NOV/18	138		
OUT/18	144		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30 - 0,215832			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-08-2019, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavistada(s) no valor de R\$ 3.394,06 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
07/2019	7,76	

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

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

RESERVADO AO FISCO 0695-134F-6F88-7852-925F-0CCB-6716-2D7D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	5,40	Base de Cálculo:	20,01
Energia:	10,42	Alíquota ICMS:	
Transmissão:	1,76	Valor do ICMS:	
Encargos:	0,86	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:		Valor do COFINS:	0,28

1,57 INDICADORES DE CONTINUIDADE 6,49% 1,29

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

TERESINA-MARQUES 06/2019 3,43

ROT: 10.001.32.83.039000



SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0417421-6

6,94

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

08/2019

20-08-2019

Nº da Nota Fiscal:

025870646

FCAM

836200000000 5 06940017000 2 000000000417 6 42160819008 6



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



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

<u>Francisco Fereir Silva dos Santos</u>	
Brasileiro (a)	<u>Solteiro</u> <u>Autônomo</u>
RG nº: <u>3.361.818-88/PI</u>	CPF/MF nº: <u>058.894.823-47</u>
Endereço: <u>Rua Turvanira, s/n, Bairro: Parado Santa Luz, Cidade de</u> <u>Teresina/PI, CEP 64062-520</u>	
<p>DECLARA para os fins de obtenção de <u>ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA</u> que é reconhecidamente pobre no sentido legal, não tendo recursos que lhe permitam custear as despesas referentes a um processo judicial de <u>AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ ADVINDOS DE ACIDENTE DE TRANSITO</u>, 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 junho de 2020.

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)
Logradouro: ESTRADA VICINAL DO POVOADO CACIMBA VELHA
Complemento: ZONA RURAL

Bairro: Zona Rural Leste

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
Logradouro: PI 112 KM 18
Complemento: RUA TABATINGA
Bairro: SANTA LUZ DE CIMA

Nº: S/N

CEP: 64.067-990

Vínculo

Amigo/Colega

Envolvido(a)

Francisco Silva dos Santos

Tempo da Relação

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



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 03/12/2019 08:34
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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)

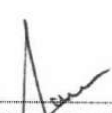
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 056.922.683-02	Placa PIJ9055
Renavam 01057125404	Número do Motor KC16E8F220443
Número do Chassi 9C2KC1680FR220443	Ano/Modelo Fabricação 2015/2015
Cor VERMELHA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN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


Nome Envolvido	Envolvimentos
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 SATÉLITE, 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
(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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 03/12/2019 08:34
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



**UPA DR. ANTÔNIO DIB TAJRA**

Rua Saturno, 4250 Satélite - Fone: 86 3215-9176

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 17.577.205/0001-37

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

Imp: 09/06/2019 02:14:55

User: CLAUDIO EULALIO

Estação: DESKTOP-AUT5555

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

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 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 CABELUDO; ESCORIAÇÕES EM FACE; REPERE DOR EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA COM DIFICULDADE PARA ABRIR A BOCA NEGA ALERGIAS	
Diagnóstico Inicial: ?	CID:

Exames Complementares:

Prescrição Médica: 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	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Leonardo Lino Martins Jr. CIRURGIA GERAL CRM-PI 6675
--	-----------------------------	------------------------	---

natura Paciente ou Responsável

CLAUDIO EULALIO PORTELA DE MELO

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=20080814490631300000010638721>

Número do documento: 20080814490631300000010638721

UPA DR. ANTÔNIO 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:

Nome: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS		Prontuário: 29254	Local:		Leito:
Tipo Sanguíneo:	Fator RH:	Peso (Kg): 0,00	Altura (M): 0,00	IMC (Kg/m2): 0,00	

[illegible]

SERVICÓ DE ARQUIVO MEDICO E ESTATISTICO - SAME
O HOSPITAL SO EXPEDIRA CÓPIA DE PRONTUARIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUIR CÓPIAS NECESSARIAS
A SUA UTILIZACÃO

NÚMERO DO PRONTUARIO: 513508

NOME DO PACIENTE: Francisco Silva dos Santos

HOSPITAL
DE UNICENSA
DE TERESINA





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

ASSURADO (OK) -
BUCCO

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 09/06/2019 10:32:13

(User: GILBERTO)

(Estação: CONSULPA03)

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

DOS DO ATENDIMENTO:

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

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	DATA: 09/06/2019 HORA: 10:15	Cor:
PROBLEMAS EM FACE	Dor moderada	EXAME: <i>Carvalho/João</i> TECNÓLOGO: <i>João</i>	Amarelo
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/m2	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 AEREAS PERVIAS SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. SAT O2: 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 CABELUDO; 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:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO

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=20080814490631300000010638721

Número do documento: 20080814490631300000010638721

Num. 11227845 - Pág. 10

**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:

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	
Admissão:	G. Instrução:	Fone:	Cartão SUS (CNS):	Procedência:
09/06/2019	Não informado	86- -	704105127038478	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		Clínica:
Data:	Hora:	Data:	Hora:	
09/06/2019	13:12	11/06/19	07:53	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0404020526 - OSTEOSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR				
CID 10: S024 - Fratura dos ossos malares e maxilares				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: Osteossíntese de fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar				
CID 10: S204				
Tratamento Realizado:				
Osteossíntese da Fratura do Complexo órbito ZIGOMÁTICO MAXILAR (E)				
Exames Realizados:				
T.C. de face				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.11/06/19
Data

Carimbo/Ass. Médico Responsável

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

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

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.11/06/19
Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 10/06/13

NOME DO PACIENTE:	FRANCISCO SILVA SANTOS	PRONTUÁRIO Nº:	513508
DIAGNÓSTICO:	FRATURA COZM(E)	CIRURGIA:	OTITOMEDIANTE DA FRATURA COZM(E)
ANESTESIA:	GENAL	Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	LAURINDO BRITO	CPF Nº:	065559773-53
AUXILIAR:	RESIDENTES	CPF Nº:	
ANESTESIA:	DR. ADRIANO	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	FABIANA	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 710	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 715	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 12	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	-		lâmina 15	-	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródos	-	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Excovas	-	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				micropore	-	80cm.	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 5.0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: CONF. DE COM O ORIGINAL			
VICRYL Nº 3.0	02			CIRCULANTE: CONCEICAO			
LENE							

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Francisco Silva dos Santos IDADE 10 anos DATA 10/06 /2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 15 min TIPO DE ANESTESIA: ☒ GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA Ostomias e eozm CIRURGIÃO Dr. SBC

SINAIS VITAIS	HORÁRIO						SAÍDA
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	75'	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	117/83	128/62					144/69
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	95	99					91
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	90.1	98.1					100.1
TEMPERATURA AXILAR (O° C)							
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)							
NOME/ MATRÍCULA	<u>Joana</u>						<u>Dr. SBC</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO				SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	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"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	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"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	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"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO 		TOTAL					
ESCALA DE DOR ALTA 		ASS					

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

19.15h - Admissão em SRPA em PA de ostomias e eozm, não apresenta sinais de dor, respiração, sem queixas - Joana - Dr. SBC

20.30h - Alta SRPA - Joana - Dr. SBC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGIA

Dr. SBC

Dr. SBC

Dr. SBC

Dr. SBC

Dr. SBC

Dr. SBC

Dr. SBC



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

endereço:	Prontuário:	Paciente:	Dt.Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
240774	513508	FRANCISCO SILVA DOS SANTOS	16/05/1993	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 02	LAURINDO DE SOUSA BRITTO JUNIOR

Alérgico:	Diagnóstico/Comorbidades:
NEGA	2DIH: FRATURA MAXILA ESQUERDA/ ARCO ZIGOMATICO ESQUERDA/ FRONTOZIGOMÁTICO ESQUERDO

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
1	ORAL Tipo LÍQUIDA PASTOSA,								15:40h Examinado
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO)	1,00	Frasco	EV	24/24h				ao c.c
2	CEFALOTINA 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				
5	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML	1,00	Ampola	EV	8/8h				
6	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				
7	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML	1,00	Ampola	EV	8/8h				
	Em caso de vômito								

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

Raimundo Neiva Junior
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Buen Máxilo Facial
CRM-PI 3621

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA: 10/06/2019 HORA: 10:00
EXAME: TC Maxila (controle)
TECNÓLOGO: [assinatura]



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	FRANCISCO SILVA SANTOS		
Diagnóstico pré-operatório	FRATURA do Complexo Orbits Zigomático Maxilar (E)		
Operação - Tipo	OSTEOSSINTESE da FRATURA do Complexo Orbits Zigomático Maxilar (E)		
Cirurgião	Laurindo de Sousa Brito Junior <small>Ortopedia e Traumatologia Bucomaxilo Facial</small>	1º Assistente	JOÃO (Residente)
2º Assistente	MARISA (Residente)	3º Assistente	LETICIA FRANKLIN (Residente)
Instrumentador(a)	FABIANA	Anestesista	DR. ADRIANO
Anestésico(a)	GERAL		
Data da Operação	10/06/19	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	FRATURA do Complexo Orbits Zigomático MAXILAR (E)		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

(1) Antissepsia (2) Anestesia (3) Tempo + dissecção para acesso as fraturas fronto zigomática e infra orbitária. (4) Tempo + dissecção menor p acesso a fratura região de malar zigomática (5) Osteossintese das fraturas com 03 implantes de 1.5 e 12 parafusos. (6) Sutura (7) Curativo.

CONFERE COM O ORIGINAL

Laurindo de Sousa Brito Junior
Ortopedia Bucomaxilo Facial

Mod 76 HIIT





FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE FRANCISCO SILVA DOS SANTOS					Nº DE REGISTRO	
DATA: 10/06/19	P. ARTERIAL 135x75	PULSO 78 bpm	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	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS					TOTAL DE DOSES	
TEMPERATURA T					TOTAL DE DOSES	
P. ARTERIAL V O PULSO					TOTAL DE DOSES	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					TOTAL DE DOSES	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					TOTAL DE DOSES	
RESPIRAÇÃO O					TOTAL DE DOSES	
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS ANESTESIA GERAL					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERACÕES					INCIDENTE - ACIDENTE	
CIRURGIÕES					INCIDENTE - ACIDENTE	
ANESTESISTAS					INCIDENTE - ACIDENTE	
PARITICULARIDADES					INCIDENTE - ACIDENTE	

Dr. Adriano Camilo
Anestesiologista
CRM-PI 4033

CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL



86 3305 6005
comercial@medicallifehospitalar.com
www.medicallifehospitalar.com
Av. Odilon Araujo, 475 - Piçarra,
CEP: 64.017-280. Teresina- PI
1.780/0001-00 | 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: 513508
 Procedimento realizado: 0404020526 Código de compatibilidade: _____
 Nome do Médico/CRM/CRO: Laurindo Brito Data da utilização do material: 10/06/19
 Convênio: _____ Local: _____

Laurindo de Sousa Brito Junior
 Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial
 CRO - 450

[illegible]

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Laurindo de Sousa Brito Junior
Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial
CRQ - 450



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=20080814490631300000010638721>
 Número do documento: 20080814490631300000010638721



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

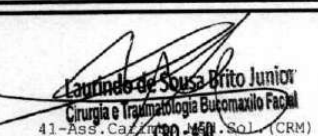
1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	240774

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS	6 - Prontuário: 513508
7-CNS: 704105127038478 8-Nascimento: 16/05/1993 9-Sexo: Masculino	RG: 3361818- SSP PI-Exp:
10-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. 0404020526	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702050482	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)
Fornecedor da OPM: MEDICAL LIFE	
Quant. Soli- cidada: 3	

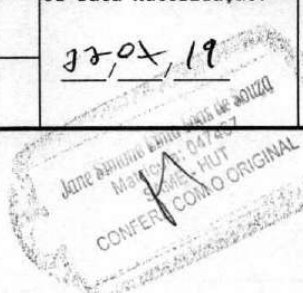
38-Profissional Responsável: FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA	40-Tp. Documento: CPF	 Lauro de Sousa Brito Junior Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial 41-Ass.Carimbo (Rg.Sol. (CRM))
Data Solicitação: 10/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 778.713.833-53	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Devido a fraturas do complexo orbito zigomático maxilar esquerdo foi necessário o uso de 03 miniplacas de 1.5 e 12 parafusos.

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: 22/07/19	52-CNS/CPF:
		Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria UNICAPUS CRM - PI 1430 - CPF: 763.553.557-9 CNS 20190409930004
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)





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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

P2 / NARR

ME/DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Francisco Silva dos Santos	513508	16/05/93	Sala 100		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE			
natura maxilar e + arco zigomático e + fronto zigomático e Negro		BUCOMAXILO			
DATA: 08/08/2020	HORA: 11	OBSERVAÇÕES			
Dieta líquida pastosa		14:00 Realizado AVP pelo n: 20			
SF 0,9% 1000 ml, EV de 6/6h		MSE - <u>Micaela da Silva</u> TÉC. DE ENFERMAGEM COREN - PI 836.255			
Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h		14:03 Realizado atendimento pela			
Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h		Bucocomaxilo por fratura de			
Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h		maxila e zigomático. E			
Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h		concreta, suturas, ferida,			
Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h		expansão. Não houve vômitos			
Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia		e alívio - Circulação P2			
SSVV + CCGG		18:00 PP. 13x8. P.75 - NRR			
Dr. <u>Mafisa Dantas</u> Especialista em Traumatologia Bucal Maxilo Facial CRM 2024 - PI					





FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

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 jelo 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.

PA: 157/104
P: 90 bpm.

Data: 10 de junho de 2019

Enfermeiro responsável: _____

Francisco Silva dos Santos
3000000010638721

Rua Otto Teó. 1620, Bairro Redenção,
Teresina-PI. CEP 64011-775
CNPJ 17.577.205/0008-03

☎ 86 3229 - 4247

✉ fht.hul@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	Prontuario:
	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		Permanência	
Data	Hora	Data	Hora		
09/06/2019	13:12	11/06/19	07:51		

Diagnósticos: Fratura do Complexo Orto Zigomático Maxilar (E)

CID Principal:

S	0	2	4

CID Secundário:

CID Causa Morte:

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

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES: Cefalexina, Dexametasona, Dipirona, Ranitidina, Tenoxicam

CIRURGIA: Data: 10/06/19 Tipo: Osteossíntese da Fratura do Complexo Orto 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





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO 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.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO CRANIO OU DOS OSSOS DA FACE PARTE NAO ESPECIFICADA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 69bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 13rpm

GLICEMIA: **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

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

Dr. Antonio Cheslem de Souza
Médico
CRM-PI 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				
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				
Cônjuge:				
Responsável: ANTONIA SILVA DOS SANTOS				
End.Responsável: POV STA LUZ - ZONA RURAL			64000-010	
TERESINA - PI				

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 vitima de acidente de transito, refere-se dor epistaxe, e dor ao abri 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:	TERAPEÚTICA MÉDICA:	OPERAÇÃO:	EFICÁCIA:
() Nenhum		Principal:	() Eficaz
() Médico		Acessoria:	() Ineficaz
() Cirúrgico			() Prejudicial
() Méd.Cirug.			() Não Avaliado

DURAÇÃO:

Data Internação:	Hora:	Data Alta:	Hora:	Data Hospitalização:
ALTA SAÍDA:		TRANSFERÊNCIA:		OBITO:
() Curado	() A 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





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

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

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:

PARÉSTESIA, 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. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo 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 / 18

Lauro de Sousa Brito Junior
Assinatura do Médico





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

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

240774

213198

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	240774


IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO SILVA DOS SANTOS			6 - Prontuário: 513508				
7-CNS: 704105127038478		8-Nascimento: 16/05/1993		9-Sexo: Masculino		RG: 3361818 - SSP PI	
11-Mãe: ANTONIA SILVA DOS SANTOS				12-Fone: 86-		-	
13-Resp: ANTONIA SILVA DOS SANTOS				14-Cor:		Sem Informação	
15-Ender: POV STA LUZ - ZONA RURAL - 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> paciente vitima de acidente de transito, refere-se dor epistaxe, e dor ao abri a boca			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u> pct necessita de tratamento			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u> avaliacao do buco			
<u>23-Diagnóstico Inicial:</u> Fratura dos ossos malares e maxilares		24-CID Prin: S024	25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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


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: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 22/06/19	48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
natureza 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 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 704105127038478	NOME DO PACIENTE FRANCISCO SILVA DOS SANTOS	NASCIMENTO 16/05/1993	SEXO M	PRONTUÁRIO 513508
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8632157873	NOME DA MÃE ANTONIA SILVA DOS SANTOS	RESPONSÁVEL ANTONIA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO SANTA LUZ			NUMERO / LOTE s/n
BAIRRO SANTA LUZ	COMPLEMENTO ZONA RURAL	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITÍMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, REFERE-SE DOR EPISTAXE, E DOR AO ABRI A BOCA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PCT NECESSITA DE TRATAMENTO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

AValiação DO BUCO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404020526 - OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMÁTICO-MAXILAR

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) FABRICIO MOREIRA SERRA E SILVA CPF: 77871383353 CRM:	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 09/06/2019		
DATA ADMISSÃO 09/06/2019 10:15	DATA ALTA 11/06/2019 07:55	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)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 03834832391 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA JANE SANTANA DOS SANTOS CPF: 047457 CRM:
DATA ANALISE: 09/06/2019 14:23:25	DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 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 ADIPOSEO 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:

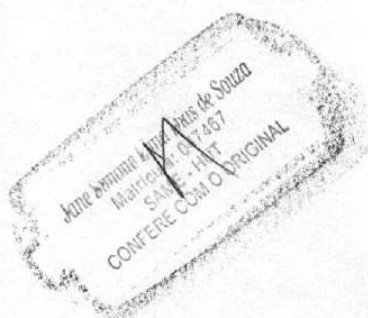
- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL PARIETO/OCCIPITAL À ESQUERDA.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(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 OSTEOSINTESE EM REGIÃO ZIGOMÁTICA/MAXILAR À ESQUERDA E NOS REBORDOS SUPERIOR E INFERIOR DA ÓRBITA IPSILATERAL.

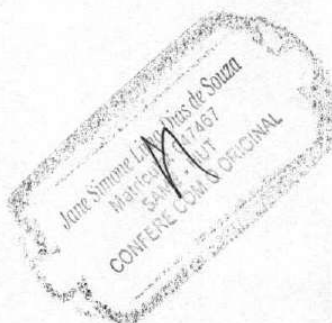
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/06/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



**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 ADIPOSEO 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 OSTEOSINTESE 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. 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, 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 15195555





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

Rio de Janeiro, 22 de 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

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

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autônoma, 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 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.

Atenciosamente,

