

Screenshot of a web browser showing a digital document viewer interface. The main window displays a document titled "downloadBinario.seam" with the identifier "13624624 - CONTESTAÇÃO (2771123 CONTESTACAO 01)". The document is dated "08 Dec 2020" and was uploaded by "EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO" at "08/12/2020 10:47:14". The document content includes a logo for "JOÃO BARBOSA ADVOCADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". At the bottom, it shows the process number "Processo: 08262563920208180140". On the left, a sidebar lists several attachments under the heading "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO":

- 13624621 - CONTESTAÇÃO (2771123 CONTESTACAO 01)
- 13624628 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 13624630 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracão compressed web)
- 13624632 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
- 13624636 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

The browser's address bar shows the URL "tjpi.pje.jus.br/l/g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=610800&ca=cfb72b75aa960c2bb42150a8060f51c740a...". The taskbar at the bottom shows icons for various applications like Email, Controle de do..., Sistema SAJ, Audiências, Consulta proce..., 0826256-39.20..., Baixar o arquiv..., WhatsApp, and others.



Número: **0826256-39.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **12/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO FABIO DE SOUSA (AUTOR)	FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13624 628	08/12/2020 10:47	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FABIO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000030871-0

Nr. da Autenticação B44D25EE9BE3BB0C



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:47:13
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810471328900000012886733>
Número do documento: 20120810471328900000012886733

Num. 13624628 - Pág. 1

12,60 CARGA: 002
IRREG.: 000 COLETOR: 4031



Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO
1221519-8

EQUATORIAL PAÍS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cardoso, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.740/0001-89 Insc. Estadual: 19.301.353-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial da impenhorabilidade pela SEFAZ 06/99

Nº da Nota Fiscal: 45005515

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2000.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020	22/09/2020	33	18,72

EZEQUIEL FRANCISCO DE SOUSA
LC LAGES 5/N - B-RURAL
CPF: 00034063658359
CEP: 64.380-000 - BENEDITINOS

ROT: 110.053.10.82.378200

DATA DA LEITURA	kWh	DATA DA LEITURA	
Atual:	4095	Atual:	15/09/2020
Anterior:	4062	Anterior:	14/08/2020
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/10/2020
Consumo Medido:	33	Emissão:	14/09/2020
Consumo Faturado:	33	Apresentação:	15/09/2020
Forma de Retorno:	NORMAL	Códigos de irregularidades:	
		Obr de Consumo:	32

Classe/Subclasse	Liquitir	Número Medidor	Porta	Código Port.	Média 12 meses
RURAL	MONO	A1191263		4.7.2.1	34
HISTÓRICO kWh					
Médiano consumo	CONSUMO	33	A R\$ 0,567499 =	18,72	
AGO/20	27				
JUL/20	28				
JUN/20	37				
MAI/20	36				
ABR/20	39				
MAR/20	33				
FEV/20	37				
JAN/20	40				
DEZ/19	33				
NOV/19	35				
Total: 307.110.053.10.82.378200 0,1 30 - 0,40124					



NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
"REDUÇÃO TARIFARIA MÉDIA DE 7,16% A PARTIR DE 02/09/2020, CONFORME
E DESPACHO ANEEL N. 2541/2020.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 14/09/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Reservado ao Fisco F 162.35F9.1A21.7CF8.125B.170C.DCB2.6BA0
CONSIDERAÇÃO DA CONTA - R\$ IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuidor:	4,19	Bases de Cálculo:	18,72	14,60
Energia:	8,05	Alíquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	1,36	Valor do ICMS:		
Encargos:	0,66	Valor do PIS:	4,11	
Tributos:	4,46	Valor do COFINS:	0,44%	0,06
		INDICADORES DE CONTINUIDADE:	2,04%	0,29

	ZNC	PIC	OPNC	ONCR
	Percent	Mineral	Avant	Percent
Límite:	12,35	24,71	49,42	
Destinado:	2,94		8,42	16,84
Conjunto:			33,68	6,79
			2,00	
				1,92
ALTOS				
				07/2020
				10,62



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:47:13
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810471328900000012886733
Número do documento: 20120810471328900000012886733

Num. 13624628 - Pág. 2



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

6132

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU

SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>6228</i>	02 Data do chamado <i>31/08/2020</i>	03 PRO (código) <i>2908</i>	04 Saída do PA <i>20/11/18</i>	05 Chegada ao local <i>20/11/18</i>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>20/11/18</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>20/11/18</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço <i>UPA Manacás</i>	11 Bairro	12 Município-UF Código IBGE			
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome <i>Antônio Fabio de Souza</i>	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
Acidente de Transporte	16 Idade <i>29/04/1966</i>	17 Idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	<i>01</i>	
Assistência	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança		
Hospital de Destino	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso <i>60</i> Resp. PA <i>120/70</i> TAX. Sat02 <i>98%</i>	25 Local da lesão 	
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1 - Iguals 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 <input type="checkbox"/> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa 30 Fratura 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada 2 - Não 3 - Suspeito		
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia _____ <input type="checkbox"/> Acesso Venoso _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____		
	32 Hospital de Destino <i>HU</i>		34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte		<input type="checkbox"/> Não Removido	
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado <i>fui e sangramento importante</i>					
	<i>Nasus 2.500 ml de sangue em cateter nasal 9C/min.</i>					CONFERE COM O ORIGINAL <i>Marilia Veloso Centenho Gerente Administrativa SAMU</i>
	Responsável pela recepção <i>Edna Soares Coutinho</i>	Socorristas Médico AE/TE <i>Elizandro Silveira</i>	Enfermeiro Condutor <i>Adelma Nardiman</i>			

Versão: 27.11.2011





NOME DO PACIENTE: Antônio Fábio de Souza
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 342519

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO-SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO
REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO"



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:47:13
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012081047132890000012886733>
Número do documento: 2012081047132890000012886733

Num. 13624628 - Pág. 4



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

BUCOMAXILO

NEURO OK

CIRRATOL

317387

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA		Prontuário: 342519
Mãe: MARIA ROSARIA DE JESUS	Pai: EZEQUIEL FRANCISCO DE SOUSA	
End. Resid.: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI - CEP: 64390-000		
Nascimento: 29/04/1996	Idade: 24alm2d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9492-7313
Responsável: FRANCISCO DE SOUSA		CNS: 898003455552902
Profissão: FRENTISTA		Documento: CPF: 062.242.813-60
G. Instrução: Médio Incompleto		E.Civil: Solteiro(a)
DOS DO ATENDIMENTO:		

Código: 780790	Entrada: 31/05/2020 20:56:50	Convênio: SUS	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
Breve História Clas. Risco:		Indefinido
TOMOGRAFIA REALIZADA DATA: 31/05/20 NORA 21:15 hs EXAM: CRANIO+FACE TECNOLOGO: _____		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:				
ACIDENTE MOTO MOTO HA 2 HORAS . REFERE PERDA DE CONSCIENCIA AO ACIDENTE. G 15 EDEMA EM FACE E PERIORBITAL A D: EPISTASE E CORTE EM LABIO INFERIOR SUGERINDO FRATURA DE MANDIBULA A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR A PALPAÇÃO; B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, BOA SPO2 97, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS; C: , BNF EM 2T, S/ SOPROS, PELVE ESTÁVEL, ABDOME FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E SEM MASSAS OU VISCEROMEGLIAS; PA11,5 D: G15 E: ESCORIAÇÕES EM FACE E OMBRO E				
RAIO-X REALIZADO DATA: 31/05/20 TECNOLOGO: _____ CIP: _____				
Diagnóstico Inicial:				

Exames Complementares:	04-04-020 500
(1527557) - T.C. DE FACE	31/05/20
(1527558) - T.C. DE CRANIO	DATA: _____
(1527561) - TORAX PA	CIP: _____

Prescrição Médica:	04-04-020 500
PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS. VEJA ANEXO.	

Motivo da Alta/Encerramento:	Internação nesta Unidade	
	DATA: / /	HORA: :

 Assinatura Paciente ou Responsável		
--	--	--

VICTOR ULISSES NOGUEIRA
CRM: 3921 Em: 31/05/2020 21:05:51



Microlumbaria 3/105/2020 12:00

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE VÔTICO
MOTOR HOJE POR VOLTA DAS 16h.

AO EXAME: GCS 15, APLAS 120 FOCOS,
SEM DEFESA MOTOR, TENSÃO A PÁRPATAS
CONVULS.

TCC: PEQUENO PNEUMOARÉTACO FRONTEIRO
D, SEM EFETO HEMORRÁGICO, EM CONSIDERAÇÃO
CORRENTES BEM ASSES. ~~LESIONE~~ DE FIBRA
NA CIRCUÍTICA DE FACE.

- CD:
- 1) ÁREA DA NEUROUNGUÍA - SEM
INFLAMAÇÃO DE AMIGDA
 - 2) AOS AUTOMOS CBMF
 - 3) SUBGLOSO NÉUTERO TCC C/ DULH.

Eduardo Mendes R. de Oliveira
SAMEO HUT
Confere com o Original

~~#~~ Cirurgia Geral

4:30 316120

Rx Torax sem anomalias.
Sem alterações ao exame.

Dr. Kássio Alencar Rodrigues
Neurocirurgia
CRM-MA 11215

Officina da Univas - Geral
10:30 ~ Cirurgia Plástica

Prof. Dr. José Fernando Calazans Ribeiro
Assinado em 16h de outubro de 2018
Assinado por: Dr. Giugara, Arnon da

Gleydson Freire Bruno Calazans Ribeiro
CRM-PI 6456/MA 8957 CRM-MA 3543 / 129



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <u>Antonio Fabio de Souza</u>		IDADE <u>24</u> anos		DATA <u>09/06/2020</u>		
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>14 hs 15 min</u>		TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO				
CIRURGIA REALIZADA <u>osteointese de COZM</u>				CIRURGIÃO _____		
SINAIS VITAIS	HORÁRIO					
	ADMISSÃO		SAIDA			
	PRESSAO ARTERIAL (mmHg) <u>140x83</u>				<u>127x75</u>	
	FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) <u>80</u>				<u>85</u>	
	SATURAÇÃO DE O2 (%) <u>99%</u>				<u>97%</u>	
	TEMPERATURA AXILAR (0° C) <u>-</u>					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm) <u>-</u>						
NOME/ MATRÍCULA <u>Anunciado</u>						
ÍNDICE DE ALDRETT E KROLIK						
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Movimenta dois membros	1		1 <input checked="" 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"/>	
	RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2		2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		Tem aprênia	0		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO		PA em 20% do nível pré-anestésico	2		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		PA em 20-49% do nível anestésico	1		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		PA em 50% do nível pré-anestésico	0		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"/>
		Desperta. se solicitado	1		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		Não responde	0		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2		É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2		2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1		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"/>
	ALA DOR ADMISSÃO					
	ESCALA DE DOR ALTA					
	TOTAL	<u>09</u>				
ASS.	M ^a Jardelma de Oliveira COREN-PI 484.168-ENF					
() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE		() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs	mL	hs	mL	hs	mL	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: <u>Paciente admitido na SRPA em pos de osteointese de COZM; nega dor no local, qd.</u>						
M ^a Jardelma de Oliveira COREN-PI 484.168-ENF						
Elayne Mendes R. de Oliveira SAMU HUT Confira com o Original						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
Dra. Yann Nunes Anestesiologista CRM - 5035						
ALTA SRPA						
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []						
HORÁRIO						
ANESTESIOLOGISTA						
POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD]						



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - POS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <i>Antônio Fabio de Souza</i>		IDADE _____ anos	DATA <i>17/06/2020</i>		
HORÁRIO DE ADMISSÃO <i>17h25 min</i>		TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO			
CIRURGIA REALIZADA <i>meneilon</i>		CIRURGIÃO _____			
SINAIS VITAIS	HORÁRIO				
	ADMISSÃO		SAÍDA		
	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<i>139x85 mmHg</i>			<i>114/64</i>
	FREQUÊNCIA CARDIÁCA (bpm)	<i>109 bpm</i>			<i>80</i>
	SATURAÇÃO DE O2 (%)	<i>100%</i>			<i>99%</i>
	TEMPERATURA AXILAR (O° C)	<i>/</i>			
	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<i>/</i>			
NOME/ MATRÍCULA	<i>Antônio</i>			<i>Brustone</i>	
ÍNDICE DE ALDRÉTTEE KROLIK					
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" 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"/>	
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Apresenta disonéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
			2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
RESPIRAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
	ESTA LÚCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	Desperga, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
			2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
CIRCULAÇÃO	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"/>	
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com alta inserção de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
			2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	CONSCIÊNCIA	ESTA LÚCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
		Desperga, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
			2 <input type="checkbox"/>	2 <input 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"/>
		Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
		Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com alta inserção de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
			2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
	ESCALA DE DOR MÍSSÃO		TOTAL <i>0/1</i>		
	ESCALA DE DOR ALTA		ASS. <i>12/100</i>		
	COREN-PI 305.026-ENF				
() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs <i>500</i> mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	
hs <i>5</i> mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:					
<i>Paciente admitido na SRPA em 19-06-2020 e encaminhado para clínica no dia 20-06-2020.</i>					
<i>Assinado por: Dr. Eduardo Ramos Anestesiologista Coren-PI 305.026-ENF</i>					
<i>Eduardo M. R. de Oliveira SAMU - HUT Conferida com o Original</i>					
PRESCRIÇÃO MÉDICA			ALTA SRPA		
			<i>Dr. Eduardo Ramos Anestesiologista HORÁRIO CRM - PI 4990 / RQE: 2864 ANESTESIOLOGISTA</i>		
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []					
POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 14 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORTOP [] NEU [] CIR [] MÉDI					





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

NOME DO PACIENTE <i>Antônio Filho de Souza</i>	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	LEITO	
				ENF. OU APT.	MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>Cortesia com o Dr. Zenon Rocha - HUT</i>					
DATA: <i>20/06/20</i>	PRESCRIÇÃO MÉDICA <i>1</i>	HORA: <i>08:25</i>	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES <i>830 - Alta hospitalar</i>	
<i>Alta hospitalar</i>					

Bruno da Silva Trinão
CIRURGIA PLASTICA
BUCCAL, LARINGO-FACIAL
Residente - UFGP
LICENCIADA 2008

Assinatura do paciente
Entregue
original



**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	264634

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA	6 - Prontuário: 342519		
7-CNS: 89800345552902	8-Nascimento: 29/04/1996	9-Sexo: Masculino	CPF: 062.242.813-60
-Mãe: MARIA ROSARIA DE JESUS	12-Fone: 86- 9492-7313		
13-Resp: FRANCISCO DE SOUSA	14-Fone: 86- 9492-7313		
15-Ender: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000	17-Cod.IBGE: 220330 18-UF: PI 19-CEP: 64390-000		
16-Munic: DEMerval Lobao			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0404030068	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOPLASTIA DO MENTO COM OU SEM IMPLANTE ALOPLÁSTICO	
31-Cod.Procedimento Especial 0702050482	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Solicidada: 2
Fornecedor da OPM: GE HOSPITALAR - NF: D161094		
38-Profissional Responsável: MATIAS ARAUJO DA SILVA	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
Data Solicitação: 09/06/2020	40-No.Doc. Méd. Solic.: 096.850.493-00	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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 Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: ____/____/____	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(CECILIA BRITO)

Ellayne Meno R. de Oliveira
SAMEO HUT
Confere com o Original





SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME 4373

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XJ 93I 20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1^a via - Prontuário; 2^a via - Fornecedor; 3^a via - Processo de pagamento





**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	265072

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA	6 - Prontuário: 342519		
-CNS: 898003455552902	8-Nascimento: 29/04/1996	9-Sexo: Masculino	CPF: 062.242.813-60
11-Mae: MARIA ROSARIA DE JESUS	12-Fone: 86- 9492-7313		
13-Resp: FRANCISCO DE SOUSA	14-Fone: 86- 9492-7313		
15-Ender: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000	17-Cod.IBGE: 220330	18-UF: PI	19-CEP: 64390-000
16-Munic: DEMerval Lobão			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0404020518	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOSSÍNTSE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	
31-Cod.Procedimento Especial 0702050482	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Solicidada: 4
Fornecedor da OPM: SPINE		
38-Profissional Responsável: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO	40-Tp. Documento: CPF	Dr. José Carlos de O. G. Filho Cirurgia Bucamaxilofacial CRO-PI 2200 Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
42-Data Solicitação: 17/06/2020	40-No.Doc. Méd. Solic.: 957.650.423-68	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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 Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)

Ellayne Melo R. de Oliveira
SAMU-HUT
Confere com o Original





**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	265072

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA	6 - Prontuário: 342519
-CNS: 898003455552902	8-Nascimento: 29/04/1996
1-Mae: MARIA ROSARIA DE JESUS	9-Sexo: Masculino
3-Resp: FRANCISCO DE SOUSA	CPF: 062.242.813-60
15-Ender: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000	12-Fone: 86- 9492-7313
16-Munic: DEMerval Lobão	14-Fone: 86- 9492-7313
	17-Cod.IBGE: 220330 18-UF: PI 19-CEP: 64390-000

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0404030327	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL
31-Cod.Procedimento Especial 0702050482	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)
Quant. Solicidada: 4	

Fornecedor da OPM: SPINE

38-Profissional Responsável: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Jose Carlos de O. G. Filho Cirurgia Bucomaxilofacial PRO-PI 2200 Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)
1-Data Solicitação: 17/06/2020	40-No.Doc. Méd. Solic.: 957.650.423-68	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria _____ _____ _____	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: _____
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) _____

(ANTONIO EURIVAN)

Ellayne Mendes de Oliveira
SAME - OUT
Confere com o Original





Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

DATA 17/06/20

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE	<u>Antonio Fabio de Souza</u>			PROTÓTIPO N°: <u>342519</u>
DIAGNÓSTICO:				CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Oerwel</u>				Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>José Carlos</u>				CPF N°
AUXILIAR:				CPF N°
ANESTESIA: <u>Dr. Edsones</u>				CPF N°
INSTRUMENTADORA: <u>Clauceilde Isad</u>				CPF N°

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>15</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>03</u>		LUVA N° <u>701715</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>03</u>		LUVA N° _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>09</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>50</u>	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	<u>80</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>03</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	<u>03</u>	
ARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<p><i>Elayne Mendes R. de Oliveira SAMU HUT Confere com o Original</i></p>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON		<u>5-0 02</u>					
FITA UMBILICAL							
VICRYL		<u>4-0 06</u>					
PROLENO				ENFERMARIA:	<u>Rosy / Ednaldo</u>		
				CIRCULANTE:			

MOD. 94





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Paciente: Centro Cirúrgico

Nome:	Frontuário:	Cod. Internação:
ANTONIO FABIO DE SOUSA	342519	265072
Mãe:	Nascimento:	Cartão SUS:
MARIA ROSARIA DE JESUS	29/04/1996	898003455552902

Equipe:

Cirurgião:	1º. Aux.:
JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO (CPF:)	(CPF:)
2º. Aux.:	3º. Aux.:
(CPF:)	(CPF:)
Instrumentador:	Anestesista:
(CPF:)	(CPF:) Dr. Ensin

Operatório:

Data Cirurgia:	Inicio:	Fim:	Tipo Cirurgia:	Tipo Anestesia:	Sala Cirúrgica:
17/06/2020	10:00	16:00	BUCCO	GERAL	?

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fraturas múltiplas do 1/3 médio da face

Relatório Imediato do Patologista:

não possui

Acidente Durante a Operação:

não houve

Diagnóstico Pós-Operatório:

Fraturas das órbitas D e E, maxilas D e E, nariz, frontal e Zigoma D e E

Descrição da Cirurgia (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1 ANTISSEPSIA DA FACE
- 2 MONTAGEM DOS CAMPOS ESTÉREIS
- 3 ACESSO SUBTARSAL D e E + ACESSO À SUTURA FRONTO-ORBITAL D e E + ACESSO MAXILAR + ACESSO INTERSUPERCILIAR
- 4 OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA + OSTEOPLASTIA FRONTO-ORBITAL
- 5 SUTURA

Código:	Descrição:	Proc.Rea:	Proc.Princ.:	Valor SH.:	Valor SP.:
1415030013	TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	Sim	Não	0,00	0,00
0404020518	OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	Não	Não	440,67	186,66
0404030327	OSTEOPLASTIA FRONTO - ORBITAL	Não	Não	400,35	224,06

Jr. José Carlos de O. G. Filho
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRM-PI 2200

Ellayne Mendes de Oliveira
SAME HUT
Confere com o Original



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO			
DATA:	12/06/20	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO		
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	ALTURA		
EXAMES DE URINA					GLICEMIA	DOS. URÉIA		
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO						SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL						CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OBERTÓRIO						FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)						APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 L/min 2 3	16.75				TOTAL DE DOSES		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100							
TEMPERATURA T	C° 260 240 38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10							
P ARTERIAL V O PULSO						SEQUÊNCIA		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 Fentanil 300 μg 2 Xyloca 150 μg 3 Atropine 30 μg 4 Cisatrac 0,2 g 5 Propofol 100 mg 6 Dexamet 10 mg 7 Galantil 400 mg 8 Cromoxid 100 mg 9 Ultram 150 mg 10 11 12 13 14 15		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO								
RESPIRAÇÃO O								
SÍMBOLOS	PA 60 mm Hg					DURAÇÃO		
TÉCNICAS	Fistula multilobular de ferida					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES	Geral holotórax					026 remanejado 19 c.		
CIRURGIÕES	por bala							
ANESTESISTAS	Henry							
PARITICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
MOD 76 - HUT						Ellayne M. dos R. de Oliveira SAMU - HUT Confere com o Original		





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

37387

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	264624

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA	6 - Prontuário: 342519		
7-CNS: 89800345552902	8-Nascimento: 29/04/1996	9-Sexo: Masculino	CPF: 062.242.813-60
1-Mae: MARIA ROSARIA DE JESUS			12-Fone: 86- 9492-7313
-Resp: FRANCISCO DE SOUSA			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000			
16-Munic: DEMerval Lobao	17-Cod.IBGE: 220330	18-UF: PI	19-CEP: 64390-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente politraumatizado com multupas fraturas de face e precária abertura da bco impossibilitando entubação para cirurgia da Buco. Necessitou de traqueostomia

21 - Condições que justificam a internação:

Necessidade de cirurgia

- Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
ame físico23-Diagnóstico Inicial:
(Informação Posterior)

24-CID Print: _____

25-CID Sec.: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO					
26-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado: 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO				Tempo SUS 9999
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: 773.383.833-91		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS	34-Data Solicitação: 09/06/2020				
				35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)	

William Wobber C. Barros
Cirurgião Geral e Oncológico
CRM-PI 2972

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência: <input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Seguro	
--	--

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: Elayne M. Soares R. de Oliveira	47-Data Autorização: SAAE - HUT
48-Documento: <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49-Num. Documento: Confere com o Original

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (WOBBER)
	Consulta Local: 780790
	Consulta SUS: Impressão: 09/06/2020 09:42:37



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	Nº LAUDO: 317387 AIH: 2220101438522
---	--

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	ANTONIO FABIO DE SOUSA		29/04/1996	M	342519
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	RESPONSÁVEL		
			FRANCISCO DE SOUSA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
	R GURUPI				
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
NOVO HORIZONTE			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE MOTO MOTO HA 2 HORAS . REFERE PERDA DE CONSCIENCIA AO ACIDENTE. G 15 EDEMA EM FACE E PERIORBITAL A D, EPISTASE E CORTE EM LABIO INFERIOR SUGERINDO FRATURA DE MANDIBULAA; VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR A PALPAÇÃO; B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, BOA SPO2 97, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUIDOS ADVENTICIOS; C: BNF EM 2T, S/ SOPROS, PELVE ESTÁVEL, ABDOME FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E SEM MASSAS OU VISCEROMEGLIAS; PA 11.5D G13 E ESCORRÊOES EM FACE E OMBRO E

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO.RX TOMOGRAFIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
J960 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) WILLIAM WOBRER CARDOSO BARROS CPF: 77338383391
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 31/05/2020
DATA ADMISSÃO 31/05/2020 20:56	DATA ALTA 17/06/2020 15:09

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)) CARLOS FRANCISCO ALMEIDA DE OLIVEIRA CPF: 19940017391	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Ellayne Mendes Ribeiro SAME - HUT Confere com o Original
CRM:	CRM:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





Fis N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 09/06/20

NOME DO PACIENTE:	<u>Antônio Fabio de Souza</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>342519</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Aural</u>	Nº DA SALA:	<u>08</u>
CIRURGIÃO:		CPF N°	
AUXILIAR:		CPF N°	
ANESTESIA:	<u>Pedro</u>	CPF N°	
INSTRUMENTADORA:	<u>Jacksony</u>	CPF N°	

*MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>01</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.			LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>05</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>300</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>50</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>50</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Verona</u>	UN	<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>Urpon - 01</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	<u>Jalma</u>		
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Jayney</u>		
PROLENO							

Ellayne Mendes de Oliveira
SAME - AUT
Confere com o Original

MOD. 94





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Paciente:

Centro Cirúrgico

Nome:

ANTONIO FABIO DE SOUSA

Frontuário:
342519

Cod. Internação:
264624

Mãe:

MARIA ROSARIA DE JESUS

Nascimento:
29/04/1996

Cartão SUS:
898003455552902

Equipe:

Cirurgião:

WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS (CPF: 773.653.837-01)

1º. Aux.:
RAPHAEL REBELO SOUSA (CPF: 993.808.623-34)

2º. Aux.:

(CPF:)

3º. Aux.:

(CPF:)

Instrumentador:

(CPF:)

Anestesista:

(CPF:)

Intérino:

Data Cirurgia:

09/06/2020

Inicio:

09:00

Fim:

09:35

Tipo Cirurgia:

(GERAL)

Tipo Anestesia:

?

Sala Cirúrgica:

?

Diagnóstico Pré-Operatório:

raturas de face

Relatório Imediato do Patologista:

Acidente Durante a Operação:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Fraturas de face

Descrição da Cirurgia (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Assepsia e antisepsia;
2. Campos esteréis;
3. Infiltração com lidocaina em região cervical anterior;
4. Incisão longitudinal cervical mediana;
5. Dierese por planos;
6. Identificação e abertura de traqueia seguido de introdução de cânula nº 8,0;
7. Fixação de cânulas + curativos.

Código:	Descrição:	Proc.Rea:	Proc.Princ.:	Valor SH.:	Valor SP.:
0415030013	TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTE TRAUMATIZADO	Sim	Não	0,00	0,00
0404020500	OSTEOSSÍNTSE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA	Não	Não	405,67	183,26
104010377	TRAQUEOSTOMIA	Não	Não	394,07	160,66

William Wobber C. Barros
Cirurgia Geral e Oncológica
CRM-PI 2772

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAMU HUT
Confere com o Original.





Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

DATA 09/06/2020

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	<i>Antônio Fábio de Souza</i>	PRONTUÁRIO N°:	<i>342519</i>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<i>fene</i>	Nº DA SALA:	<i>08</i>
CIRURGIÃO:	<i>M. Pedro Eduardo</i>	CPF N°	
AUXILIAR:	<i>Pedro</i>	CPF N°	
ANESTESIA:	<i>M. Pedro</i>	CPF N°	
INSTRUMENTADORA:	<i>Eni + Cláudia</i>	CPF N°	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N°	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N°	PAR	—	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	20	01		Elásticos	UN	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<i>Escalpelos</i>		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Fita c/ ag max. 1</i>	UN	04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<i>Cápsulas 3-0</i>		02	
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL	2-0	UN	01				
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENO							

Ellayne Melo R. de Oliveira
SAMU - HUT
Confere com o Original

MOD. 94





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente		
<i>Antônio Fabio de Souza</i>		
Diagnóstico pré-operatório		
<i>Fistula PNF/AN</i>		
Operação - Tipo		
<i>Desenvolvimento de fistula corporis na mandíbula</i>		
Cirurgião	<i>Carlos Edmundo Batista</i>	1º Assistente
2º Assistente		<i>Márcio Magalhães</i>
Instrumentador(a) stésico(a)	<i>Jacksony</i>	Anestesista
Instrumentador(a) stésico(a)	<i>Pedro</i>	Anestesia
Data da Operação	Início	Fim
<i>Fistula PNF/AN</i>		<i>09/10/2006 08:50:28</i> <i>700 placas</i>
Relatório Imediato do Patologista		
<i>09/10/2006 08:50:28</i> <i>6-4 placas</i>		

Acidente Durante a Operação
<i>— —</i>

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

- ① Precisei de um desvio devido ao excesso de tecido
- ② Realizei a abordagem em base à curva da face
- ③ Alarguei os limites cirúrgicos
- ④ Identifiquei os nervos
- ⑤ Alcancei o nervo facial, que era responsável por cerca de 50% da fistula e realizei sua seccionamento e reseção
- ⑥ Recusei o fio de sutura e fiz a sutura com sutura 2-0
- ⑦ Plast.
- ⑧ Sutura
- ⑨ Curva

Carlos Edmundo Batista
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial
CRO-MA 2573 / CRO-PI 2302

Elayne Mendes de Oliveira
SAME HUT
Confere com o Original

Mod. 76 HUT



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:
342519
Internação:
265072

Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA

End. Resid.: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA

Cidade: DEMERVAL LOBAO - PI

CEP: 64390-000

Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	29/04/1996	24alm18d	Solteiro(a)	FRENTISTA
Internação		Alta		Permanência
Data	Hora	Data	Hora	
17/06/2020	15:09	20/06/20	08:21	

Diagnósticos:

Principal: Fraturas múltiplas das ossos da face e do crânio	Cod. CID:
CID Secundário:	
CID Causa Morte:	

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):
 Paciente com hemorragia, edema, desvios e múltiplos
 frutos

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Paciente com fraturas fisadas e suturas em posição

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: 18/06/20 Tipo: Tratamento cirúrgico pós-traumatológico

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Ellayne Mendes de Oliveira
 SAME-HUT
 Confere com o Original

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____

Brunna da Silva Firmino
 CIRURGIA TRAUMATOLOGIA/
 BUCOMAXILOFACIAL
 Residência em Odontologia
 Ass. Médico Assistente/P/4953
 Residente





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 INICIAL No.: 118538 - Em: (31/05/2020)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt.-Nasc./Id:	Clinica:	Enfermaria:	Lato:	Médico Assistente:
780790	342519	ANTONIO FABIO DE SOUSA	29/04/1996 24a1m2d	SALA VENDE			VICTOR ULISSSES NOGUEIRA

Evolução:

Hora:

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL TIPO ORAL ZERO,								
1	GLICOSE 5%, INJ. 500ML - "SORO GLICOSADO"	1,00	FRASCO	EV	6/6h				
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML,	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD	24/24	06	
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h		23	00	

Alergias:

Diagnóstico/Comorbidades:

④ Cetoacideose 13 6/6 15 → 32; ⑤ Dose certa 4mg 14/12 6/6 → 23; ⑥

*Dr. Márcio Góes da Silva
Gastroenterologista
CRM-PI 7212
Gastro-Endo-Facial*

*Dra. Camila Rotelho
MÉDICA
CRM-PI 7212*

Correia com o Original
Ellijah Mendes - HUT
Número do documento: 20120810471328900000012886733



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Cícero Fábio de Souza	PRONTUÁRIO	342514
DA CLÍNICA	Bucomed	LEITO	232 / 16
À CLÍNICA	Clínica Médica		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente moto ciclista, evidenciando com traumas de face com suspeita de abordagem crânica. Clínicamente apresenta Hb 8,1 g/dL; Ht 23,4%; Hemácias 2,67 milhões/mm³.
Solicito avaliação e consulta.

DATA: 02/06/2020

Patrick Fabio Beserra
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCOMAXILOFACIAL
Residente HUT/UFTM
CRO-BR 3.817

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Sugiro resenha cirúrgica
pendente de laudo e no
de clínica!

Ellayne Mendes de Oliveira
SAMU/HUT
Confere com o Original

DATA: ____/____/____

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

MOD.016 - HUT



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

REQUISIÇÃO DE PARECER

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> ANTONIO FABIO DE SOUSA		<u>Prontuário:</u> 342519
<u>Mãe:</u> MARIA ROSARIA DE JESUS	<u>Pai:</u> EZEQUIEL FRANCISCO DE SOUSA	
<u>End. Resid.:</u> RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI - CEP: 64390-000		
<u>Nascimento:</u> 29/04/1996	<u>Idade:</u>	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86- 9492-7313
<u>CNS:</u> 898003455552902		<u>Documento:</u> CPF: 062.242.813-60

DADOS DA REQUISIÇÃO/ATENDIMENTO:

<u>Id. Req.:</u> 118	<u>Data Req.:</u> 09/06/2020 17:17:13	<u>Origem. Atend.:</u> INTERNAÇÃO
<u>Prof. Solicitante:</u> CARLOS EDUARDO MENDONCA BATISTA		<u>Cod. Atend.:</u> 264634
<u>Clinica:</u> CLINICA ORTOPEDICA - P11	<u>Enfermaria:</u> ENFERMARIA 232	<u>Leito:</u> LEITO 16

Especialidade Requerida:

CIRURGIÃO GERAL

MOTIVO DA CONSULTA/REQUISIÇÃO:

PACIENTE EM P.O IMEDIATO DE OSTEOSINTSE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA, TENDO SIDO SUBMETIDO A TRAQUESTOMIA. PACIENTE APRESENTANDO SANGRAMENTO DO ACESSO PARA TRAQUESTOMIA.
SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA.

TERESINA (PI), 9 de Junho de 2020.

Carlos Eduardo M. Batista
Cirurgião e Traumatologista
Médico Oficial
CRM-PI 12302
CRM-Brasil 12302
Médico Solicitante

Cirurgião Geral - 09/06/2020 às 17:20h

- SOLICITADO PARECER POR EPISÓDIO DE SANGRAMENTO PÓS-OPERAÇÃO
AO EF. A TRAQUESTOMIA FUNCIONA, PFT OUPNÉICO EM 41, SEM SINAIS DE HEM-
TOMA E SEM SANGRAMENTO ATIVO.

CD 8 - Sem exame clínico de urgência
- Orientações + Observações

Dr. Raphael Rebele Sousa
MÉDICO / CIRURGIA GERAL
CRM-PI 6346 / CRM-MA 9332

Médico Especialista

Ellayne Mendes de Oliveira
SAME HUT
Confere com o Original



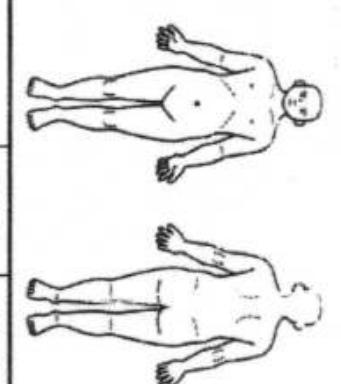
NOME DO PACIENTE
ANTONIO FABIO DE SOUSA

Evolução / Anotação de Enfermagem
DE AVALIAÇÃO DE RISCO

PRONTUÁRIO	ESCA CLÍNICA	ENFERMEIRO	LEITO	DATA NASCIMENTO	IDADE	DATA
546141	Otropédica	232	16	29/04/1996	24a1m2d	09/06/2020

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MINIMOS () INTERMEDIARIOS () SEMI-INTENSIVAS () INTENSIVOS

HORA	SINAIS VITais			ENTRADAS			SAídas				
	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SOMA/ ORAL	DURESE	DRENO
12											
18											
24	36										
66	36	76									



ESCALA DE BRADÉN:

- * PERCEPÇÃO SENSIBILIDADE: () inexistente;
1-Tormento / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhum
- * URGÊNCIA (Inibição):
1-Congebarar / 2-Menor / 3-ocasionadamente / 4- Sem
- * ATENDIMENTO:
1-Acabado / 2-Chegou / 3-Ainda Ocupado / 4- N/A
- * ÁREA FREQUENTAMENTE:
1-Area Recorrente / 2-Única / 3-Efêmera / 4-Nenhuma
- * MOBILIDADE (Limitação):
1-Totamente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhum
- * NUTRIÇÃO:
1-Muito pobre / 2-Deficiência / 3-Adquiriu / 4-Exceder /
- * FRICÇÃO E CISALHAMENTO:
1-Problema 2-Problema Potencial / 3-Nenhum Problema

TOTAL:

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:

- 1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM = 35 / NÃO = 0
- 2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM = 15 / NÃO = 0
- 3. FAUXO NA DEMARCAÇÃO:
Montinho (Paréia) = 30 / Múltiplos (Engolida/Inhalador) = 15 Atentando/Admiração/Julgamento Profissional Suicídio = 0
- 4. TERAPIA ENDovenosa: SIM = 20 NÃO = 0
- 5. MARCHEA:
Caminha sólida = 30 / Fraca = 15 / Normal / Sem desempenho = 0
- 6. ESTADO MENTAL:
Superstiosa/capacidade / Esquece limitação = 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade / Limitação = 0

TOTAL:

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:

- 1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM = 35 / NÃO = 0
- 2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM = 15 / NÃO = 0
- 3. FAUXO NA DEMARCAÇÃO:
Montinho (Paréia) = 30 / Múltiplos (Engolida/Inhalador) = 15 Atentando/Admiração/Julgamento Profissional Suicídio = 0
- 4. TERAPIA ENDovenosa: SIM = 20 NÃO = 0
- 5. MARCHEA:
Caminha sólida = 30 / Fraca = 15 / Normal / Sem desempenho = 0
- 6. ESTADO MENTAL:
Superstiosa/capacidade / Esquece limitação = 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade / Limitação = 0

TOTAL:

MARCAR ÁREAS LESINADAS COM "X"

PONTOS: CONTROLE:

- 1. ALTO RISCO
SR > 12
- 2. MÉDIO RISCO
SR 12 a 14
- 3. BAIXO RISCO
SR > 14

CLASSIFICAÇÃO:

16.9.5 Paciente retomou os exames de CO2, leio com frequência, poi isolado de casa na clinica unica, sem exato. No momento surpreendido em casa por seu filho, Chico Gomes Freitas de Deus Gomes CORREN-PI 245.736-ENF

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Tóporoso
Glasgow: AO / RV / RM =
2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação
() Parestesia () Pieleja () Hemiparesia
() Déficit Motor
3. Respiração: () Eupneico () Dispnéico () Aquipneico () QT
() Sem Oz () Com Oz.
4. Sistema Cardiovascular: () BMR () BNF () PT () Normocárdico
() Taquicárdico () Bradicárdico () Outros.
5. Dieta: () NO () SNEISNG () SOESOG () GTT () INPT () Dieta zero
() Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()
6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso
() Timpântico () Doloroso () Índolos () Outros:
7. Pele e mucosas: () Normocorato () Hipocorato () Ictérico () Integra
() Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas
() Escorições () Ulppes () PPS
8. Hidratação: () AVP () NC () Outros:
9. Drenos: () Suctor () Torácico () JDVE () Kher
() Penrose () Outros:
10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SUD () Anúria () Normal
() Reduzida () Hipernúria () Outros:
11. Evacuações: () Presentes () Constipado () dias () Diarréia () dias
() Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:
12. Admissão: 12.1. Alergias () Nao () Sim. Quais?
- 12.2. Comorbidades: () Nega () DM () HAS () Outros. Quais?
- 12.3. Medicamentos de uso contínuo:

Dr. SOARES FELIPE Ribeiro Pinto Gonçalves CORREN-PI 245.736-ENF

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:47:13

http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810471328900000012886733

Número do documento: 20120810471328900000012886733



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 1050212029	Nº REGULAÇÃO: 128125	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: CIRURGIA GERAL		
PACIENTE: ANTONIO FABIO DE SOUSA	NASCIMENTO: 29/04/1996	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

31/05/2020 19:24:40 - USUÁRIO RESPONSÁVEL: BRUNO DE ARAUJO BRITO
 ESTABELECIMENTO: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA
 - HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE POLITRAUMA VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COLISÃO MOTO-MOTO, SEM USO DE CAPACETE, ALCOOLIZADO. FAMILIAR REFERE QUE ACIDENTE OCORREU HA 1 HORA. APRESENTA-SE À UPA DO RENASCENCA COM TRAUMA DE FACE (FRATURA EM LIVRO ABERTO DE MANDIBULA), LEFORT GRAU 2.
 A: VIAS AEREAIS NÃO PRÉVEAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL;
 B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAQ2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT), FR: 24IRPM;
 C: RR EM 2T, BNF, SS; HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, P.A: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMIN 1GRAMA. FC: 120BPM, CHOQUE GRAU 3. SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA.
 D: ECG: 04+ 02+ 06: 12, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAENTES, AGITADO, SEM DEFÍCIT MOTOR.
 E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TÓRAX. -- EXAMES FÍSICOS:A: VIAS AEREAIS NÃO PRÉVEAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL;
 B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAQ2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT), FR: 24IRPM;
 C: RR EM 2T, BNF, SS; HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, P.A: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO + TRANSAMIN 1GRAMA. FC: 120BPM, CHOQUE HIPOVOLEMICO GRAU 3. SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA.
 D: ECG: 04+ 02+ 06: 12, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAENTES, AGITADO, SEM DEFÍCIT MOTOR.
 E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TORAX. -- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:POLITRAUMA
 -FOR GRAU 2
 HOQUE HIPOVOLEMICO GRAU 3

PROVAS DIAGNÓSTICAS:
EXAMES SOLICITADOS:
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 90x60(mmHg)	FREQ. CARDÍACA:	120bpm	SATURAÇÃO: 88%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 22rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	12	USO DE O2:	Cateter nasal

USO DROGAS VASOATIVAS:
USO ANTIBIÓTICOS:
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATO + ÁCIDO TRANEXAMICO

DATA: 31/05/2020 19:32:32


 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Ellayne Mendes Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original





CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 1050212029	Nº REGULAÇÃO: 128125	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	CIRURGIA GERAL	
PACIENTE:	ANTONIO FABIO DE SOUSA	NASCIMENTO: 29/04/1996

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

31/05/2020 19:24:40 - USUÁRIO RESPONSÁVEL: BRUNO DE ARAUJO BRITO
ESTABELECIMENTO: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA
- HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE POLITRAUMA VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COLISÃO MOTO-MOTO, SEM USO DE CAPACETE, ALCOOLIZADO. FAMILIAR REFERE QUE ACIDENTE OCORREU HÁ 1 HORA. APRESENTA-SE À UPA DO RENASCENÇA COM TRAUMA DE FACE(FRATURA EM LIVRO ABERTO DE MANDIBULA), LEFORT GRAU 2.
A: VIAS AEREAIS NÃO PRÉVEAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL;
B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAQ2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT), FR: 24IRPM;
C: RR EM 27, BNF, SS; HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, P.A: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO
+ TRANSAMIN 1GRAMA, FC: 120BPM, CHOQUE GRAU 3. SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA.
D: ECG: 04+ 02+ 06: 12, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, AGITADO, SEM DÉFICIT MOTOR.
E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TORAX. -- EXAMES FÍSICOS:A: VIAS AEREAIS NÃO PRÉVEAS, SEM USO DE COLAR CERVICAL;
B: MV REDUZIDOS EM AMBOS OS HEMITORAX, SAQ2: 93% (CATETER NASAL 3L/MINT), FR: 24IRPM;
C: RR EM 27, BNF, SS; HEMODINAMICAMENTE INSTÁVEL, P.A: 90X60, REALIZADA RESSUSCITAÇÃO VOLÊMICA 1000ML RINGER LACTATO
+ TRANSAMIN 1GRAMA, FC: 120BPM, CHOQUE HIPOVOLEMICO GRAU 3. SEM PERITONISMO, SEM INSTABILIDADE DE BACIA.
D: ECG: 04+ 02+ 06: 12, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, AGITADO, SEM DÉFICIT MOTOR.
E: ESCORIAÇÕES + CORTE CONTUSO EM FACE, ESCORIAÇÕES EM TORAX. -- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:POLITRAUMA
EFOR GRAU 2
HOQUE HIPOVOLEMICO GRAU 3

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO CRANIO E DOS OSSOS DA FACE

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 90x60(mmHg)	FREQ. CARDÍACA:	120bpm	SATURAÇÃO: 88%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 22rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 12	USO DE O2: Cateter nasal		

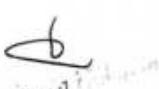
USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

RINGER LACTATO + ÁCIDO TRANEXAMICO

DATA: 31/05/2020 19:32:32


MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAMEO HUT
Confere com o Original



Nº 14

Prefeitura Municipal de Teresina

Secretaria Municipal de Saúde

PREScrição
 DATA
 CRM-PI 8189
 CRL 333119862911b1d88af8fbca499

ACIENTE: ANTONIO FABIO DE SOUSA - 29/04/1996 - 21 ANOS [M]
ALLERGIAS:

CRM 8189 PROFISSIONAL: BRUNOBRITO

DADOS CLÍNICOS / EVOLUÇÃO

PACIENTE POLTRALMA VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COLISÃO MOTO-MOTO SEM USO DE CAPACETE ALCOOLIZADO. FAMILIAR REFERE QUE ACIDENTE OCORREU HA 1 HORA APRESENTA-SE UPA DO REAQUECIMENTO COM TRAUMA DE FACE (FRATURA EM NVO ABERTO DE MANDIBULA) LEVORT GRAU 2.
 VIAS AEREAIS NAO PREVEES. SEM USO DE COLAR CERVICAL. NAO REDUZIDOS EM AMBOS OS MITÓRAX. SAO 2 93% (CATETER NASAL 3L/MIN), FR 24(LPM).
 CORR EM 21 BPM. SSS: HEMODINAMICAMENTE INSTAVEL. PA 90/60 REALIZADA RESSUSCITAÇÃ O VOLVEMCA 100ML RINGER LACTATO + TRANSAMIN 1GRAMA FC 120BPM CHOQUE GRAU 3 SEM RUTINAMICO. SFAA INSTAVEL DADE DE BACIA TOUG 02+06. NAO PULAS SOCORRISTAS FOTOREPRESENTES. AGITADO. SEM DEFÍCIT MO ESCRACOES. VÔTE CONFUSO EM FACE. ESCORACOES EM TORAX.
 HIPOTENSÃO DIAGNOSTICA: POLTRALMA LEFOR GRAU 2 CHOQUE HIPOVOLEMICO GRAU 3.

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM / OBSERVAÇÕES

1 DIETA ZERO
 2 UNIDADES DE FRASCO EV ACM
 3 ACIDO TRANSCAMICO 250MG/5ML - 04 AMPOLAS + SF 0,9% 100ML EV CORRER ABERTO
 - TRAMA 100MG/2ML 01 AMPOLA + SF 0,9% 100ML EV ACCE
 5 SSV + CUGG

B. SOLICITO TRANSFERÊNCIA

2. Dexometetomidine - 1mg + Ivermectina - 0,15mg
 Bruno Brito
 CRM-PI 8189

8. Oxibentetetrol 1mg - 2ml + 500ml 1,8%
 9. Diphenox 200mg - 2ml, comer hambú
 10. Laxante 500mg - 2ml + 500ml 1,8%

Ellijayne M. Soares R. de Oliveira
 Consultor com o Original
 Elijane M. Soares R. de Oliveira





CENTRAL DE REGULAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES
FICHA PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS/EXAMES

CARO USUARIO

CARO OSCAR,
Compareça a umidade de sudeste (30 min) 5 minutos antes do banho.
Se entregue esta ficha seu assistente imediatamente se houver.

**Se entregar esse item com aviso prévio em qualquer momento se houver
Se você não for consultado, reforme no seu local mais próximo.**

**EXCLUSIVO PARA
ATENDIMENTO NESTE
ESTABELECIMENTO**

CÓDIGO ENCAUZAMIENTO, 2019-2020

CÓDIGO ENCAMINHAMENTO: 60773815202337

RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO
(CARIMBO/ASSINATURA)

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

W2D-15





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

41 Saude no DATAMED

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES
5828856

265072

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA

6 - Prontuário: 342519

7-CNS: 898003455552902

8-Nascimento: 29/04/1996

9-Sexo: Masculino

CPF: 062.242.813-60

M-Mãe: MARIA ROSARIA DE JESUS

12-Fone: 86- 9492-7313

sp: FRANCISCO DE SOUSA

14-Cor: Sem Informação

Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - CEP: 64390-000

17-Cod.IBGE: 220330

18-UF: PI

19-CEP: 64390-000

16-Munic: DEMERVAL LOBAO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Fatigue + Mal-estar + Óbito D. E +
Inflam + Vom.

3 Saude pl

Inflam.
Inflam.

21 - Condições que justificam a internação:

- Principais resultados de provas diagnósticas (Relatório de exames realizados):

Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Princ.: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATOLOGO

Tempo SUS: 9999

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 C.F. 957.650.423-68

Dr. José Carlos de O. G. Filho
Cirurgia Bucormaxilofacial
CRO-PI 2200

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO

17/06/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguro:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empres.:

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:

Ellayne Melo R. de Oliveira
SANTO - HUT
Confere com o Original

48-Documento:

49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)
Consulta Local: 780790
Consulta SUS:
Impressão: 17/06/2020 15:00:30



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

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

Nº LAUDO: 321697
AIH: 2220101446552

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
	ANTONIO FABIO DE SOUSA	29/04/1996	M	342519
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	RESPONSÁVEL		
		FRANCISCO DE SOUSA		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
	R. GURUPI			
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
NOVO HORIZONTE		TERESINA		PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE MOTO MOTO HA 2 HORAS, REFERE PERDA DE CONSCIENCIA AO ACIDENTE. G 15 EDEMA EM FACE E PERIORBITAL A D. EPISTASE E CORTE EM TORACICA, BOA SPO2 97, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS; C: BNF EM 2T, S/ SOPROS, PELVE ESTÁVEL, ABDOME FLACIDO, GISE: ESCORIACOES EM FACE E OMBRO E.

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO, RX TOMOGRAFIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0415030013 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA	CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO	
URGENCIA	17/06/2020	MATIAS ARAUJO DA SILVA CPF: 09685049300
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	CRM:
17/06/2020 15:09	20/06/2020 08:25	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623442300	CRM: DATA ANALISE: 17/06/2020 15:12:46

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Elayne Mendes de Oliveira
SAMU - HUT
Confere com o Original



SPINE MEDICAL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME 4372

CNPJ. 11.664.118/0001-30 Insc. Est.: 19.472.999-0

Rua Magalhães Filho, 175 / Centro Norte

Fone: (86) 3221-2936 Fone/Fax.3221-0318 CEP:64.001-350 • Teresina - PI

Autorização Anvisa: UW9XL93L20X2

E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

Comunicação de Uso de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME <i>Antonio Fabio de Souza</i>		
Nº AIH <i>265072</i>	Nº PRONTUÁRIO <i>342519</i>	
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO: <i>0404020518 / 0404030327</i>		
INDICADOR DE COMPATIBILIDADE		
MÉDICO RESPONSÁVEL		
NOME <i>José Carlos</i>	CRM Nº	CPF Nº
DATA INTERNAÇÃO <i>_____</i>		DATA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL <i>17.06.2020</i>
MATERIAL UTILIZADO		
CÓDIGO OPM (Tabela SUS)	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, etc.) <i>02 telas tipo bonequeirinhos + Parafusos 1,5</i>
DADOS DO FORNECEDOR		
EMPRESA: <i>Spine Medical</i>	CNPJ Nº	
ENDEREÇO:	<i>Ellayne Mendes R. de Oliveira SAMU - HUT Centro Clínico Regional</i>	
ASSINATURA DOS RESPONSÁVEIS		
EM _____	EM <i>17.06.2020</i>	
 Dr. José Carlos de O. G. Filho Cirurgião Bucomaxilofacial CRM-PI 2200 Médico Responsável (Assinatura e carimbo)	 Responsável pela autorização (Assinatura e carimbo)	

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias; 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

SOLICITAÇÃO DE OPME (ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL)

PACIENTE: Antônio Fabris de Souza pt= 342519

MÉDICO SOLICITANTE: João Carlos

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____

CÓDIGO OPME: _____

JUSTIFICATIVA:

*Fora constata da hérnia diafrágmática D e E.
Indicação para hérnia diafrágmática D e E.*

Teresina, 17/06/2020

Dr. José Carlos da O. G. Filho
Cirurgia Bucoparaxilofacial
CRM-PI 2200

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR:

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

AUDITOR:

Teresina, _____ / _____ / _____

Assinatura do Médico Solicitante

MOD. 049 - HUT



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANTONIO FABIO DE SOUSA	(Prontuário: 342519)
Endereço:	RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000	
Nascimento:	29/04/1996	Idade: 24a1m2d
Requisição:	1099294	Solicitação: 31/05/2020
Controle:	1527557	Convênio: S U S
	Sexo: Masculino	Origem: URGÊNCIA/EMERG
		Atendimento: 780790
		Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 31/05/2020

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- FRATURAS FOCAIS ASSIM LOCALIZADAS:

- PROCESSO CONDILAR DIREITO, CORPO E RAMO ESQUERDO MANDIBULARES;
- ARCOS ZIGOMÁTICOS;
- PROCESSOS PTERIGOIDES;
- PAREDES DOS SEIOS MAXILARES;
- SEPTO NASAL;
- OSSOS NASAIS;
- TRABECULADO ETMOIDAL;
- LÂMINAS PAPIRÁCEAS;
- PAREDES DO SEIO FRONTAL DIREITO;
- PALATO DURO À DIREITA.

- HEMOSSINUS DIFUSO.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 31/05/2020

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

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




HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: **342519**)

Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000

Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 264624

Requisição: 1102775 Solicitação: 09/06/2020 Solicitante: WILLIAM WOBBER CARDOSO BARROS

Controle: 1537334 Convênio: SUS CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 12

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 09/06/2020

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE OSTEOSÍNTSE DE FRATURAS LOCALIZADAS NO RAMO DIREITO, REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA E ÂNGULO ESQUERDO DA MANDÍBULA.
- MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS:
 - MANDÍBULA (DETALHADA ACIMA);
 - ARCOS ZIGOMÁTICOS;
 - PROCESSOS PTERIGÓIDES;
 - PAREDES DOS SEIOS MAXILARES;
 - GLABELA;
 - SEPTO NASAL;
 - OSSOS NASAIS;
 - TRABECULADO ETMOIDAL;
 - LÂMINAS PAPIRÁCEAS;
 - PAREDES DO SEIO FRONTAL DIREITO;
 - PALATO DURO;
 - MAXILA À DIREITA
- HEMOSSINUS DIFUSO.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 09/06/2020

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

Ellayne Mendes de Oliveira
 SAME - HUT
 Conferiu com o Original



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:47:13
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012081047132890000012886733>
 Número do documento: 2012081047132890000012886733

Num. 13624628 - Pág. 39

**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:	ANTONIO FABIO DE SOUSA	(Prontuário: 342519)
Endereço:	RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI	CEP: 64390-000
Nascimento:	29/04/1996	Idade: 24a1m17d
Requisição:	1105396	Solicitação: 16/06/2020
Controle:	1544707	Convênio: S U S
		Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 264634
		Solicitante: CARLOS EDUARDO MENDONCA BATISTA
		CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 12

Cod. SIA: 0206010044

RELATÓRIO:

Data Exame: 16/06/2020

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURAS LOCALIZADAS NO RAMO DIREITO, REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA E ÂNGULO ESQUERDO DA MANDÍBULA.
- MÚLTIPHAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS:

- MANDÍBULA (DETALHADA ACIMA);
- ARCOS ZIGOMÁTICOS;
- PROCESSOS PTERIGÓIDES;
- PAREDES DOS SEIOS MAXILARES;
- GLABELA;
- SEPTO NASAL;
- OSSOS NASAIS;
- TRABECULADO ETMOIDAL;
- LÂMINAS PAPIRÁCEAS;
- PAREDES DO SEIO FRONTAL DIREITO;
- PALATO DURO;
- MAXILA À DIREITA.

- HEMOSSINUS DIFUSO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/06/2020

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
 Profissional Responsável

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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m2d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780790
Requisição: 1099294 Solicitação: 31/05/2020 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA
Controle: 1527558 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 31/05/2020

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- PNEUMOENCÉFALO DIFUSO.
- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DOS VENTRÍCULOS LATERAIS.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 31/05/2020

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353
Profissional Responsável

Ellayne Mendes de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a1m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 780790
Requisição: 1099297 Solicitação: 31/05/2020 Solicitante: VICTOR ULISSES NOGUEIRA
Controle: 1527561 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 31/05/2020

TORAX PA

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

- OPACIDADES PARENQUIMATOSAS DIFUSAS NO PULMÃO ESQUERDO.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 04/06/2020

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira
SAME-HUT
Confere com o Original



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente:	ANTONIO FABIO DE SOUSA (Prontuário: 342519)		
Endereço:	RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000		
Nascimento:	29/04/1996	Idade: 24a1m25d	
Requisição:	1105955	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Controle:	1546342	Solicitação: 17/06/2020	Atendimento: 265072
		Solicitante: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO	
		CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212 LEITO 12

Cod. SIA: 0204010128

RELATÓRIO:

Data Exame: 17/06/2020

FACE (02 INCID)

O estudo radiológico da face foi realizado em duas incidências.
Os seguintes aspectos foram observados:

- Controle de osteossíntese de múltiplas fraturas na face com presença de miniplacas e parafusos metálicos.
- Velamento dos seios maxilares e frontais.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/06/2020

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Ellayne Mendes de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original





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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FABIO DE SOUSA** (Prontuário: 342519)
Endereço: RUA SANTA LUZIA 507 - CIDADE NOVA - DEMERVAL LOBAO - PI CEP: 64390-000
Nascimento: 29/04/1996 Idade: 24a2m16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 786248
Requisição: 1117773 Solicitação: 15/07/2020 Solicitante: DANTE NUNES FERNANDES BATISTA
Controle: 1582061 Convênio: SUS

Cod. SIA: 0206010044

RELATÓRIO:

Data Exame: 15/07/2020

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSÍNTESE NAS BORDAS DAS ÓRBITAS, NA REGIÃO DA GLABELA, NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES, E NA REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA, NO ÂNGULO ESQUERDO E NO RAMO DIREITO DA MANDÍBULA.
- PLACAS METÁLICAS NOS ASSOALHOS DAS ÓRBITAS.
- MÚLTIPLAS FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ACOMETENDO:
 - * PAREDES DAS ÓRBITAS E DOS SEIOS FRONTAIS, ETMOIDAIAS E MAXILARES.
 - * ARCO ZIGOMÁTICO BILATERAL.
 - * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
 - * PROCESSOS PTERIGÓIDES.
 - * ALVÉOLO DENTÁRIO MAXILAR E PALATO DURO À DIREITA.
 - * RAMO DIREITO, REGIÃO PARAMENTONIANA E ÂNGULO ESQUERDO DA MANDÍBULA.
- HEMOSSÍNUS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/07/2020

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAMU HUT
Confere com o Original





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:47:13
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120810471328900000012886733>
Número do documento: 20120810471328900000012886733

Num. 13624628 - Pág. 45

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281899/20

Vítima: ANTONIO FABIO DE SOUSA

CPF: 062.242.813-60

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 31/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO FABIO DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ANTONIO FABIO DE SOUSA : 062.242.813-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/10/2020
Nome: ANTONIO FABIO DE SOUSA
CPF: 062.242.813-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

ANTONIO FABIO DE SOUSA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:47:13
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012081047132890000012886733>
Número do documento: 2012081047132890000012886733

Num. 13624628 - Pág. 46



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, 21 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200357226 Vítima: ANTONIO FABIO DE SOUSA

Data do Acidente: 31/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FABIO DE SOUSA

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

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

Dano Pessoal: 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 leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =

R\$ 3.375,00

Recebedor: ANTONIO FABIO DE SOUSA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000030871-0

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200357226 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FABIO DE SOUSA Data do acidente: 31/05/2020 Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ. P 36
FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA BILATERAL (LE FORT 2). P 10, 28, 41

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 11, 13, 18, 20
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LIMITAÇÃO LEVE DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima: *Antônio Fabio de Souza*

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

5 - Nome completo: <i>Antônio Fabio de Souza</i>	6 - CPF: <i>062.942.813-60</i>		
7 - Profissão: <i>Recurso-me</i>	8 - Endereço: <i>Le Jages 5/N</i>	9 - Número: _____	10 - Complemento: _____
11 - Bairro: <i>Rural</i>	12 - Cidade: <i>Benedictinos</i>	13 - Estado: <i>Piauí</i>	14 - CEP: <i>64330.000</i>
15 - E-mail: _____		16 - Tel. (DDD): <i>8844-0400</i>	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: *3389*CONTA: *30871*

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <i>Falecidos</i>	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <i>Falecidos</i>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	--	--

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data.

*Cerecina, Piauí 05/10/2020.**X Antonio Fabio de Souza*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO



Fls: 1
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041396/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/10/2020 13:31:24 Data/Hora Fim: 05/10/2020 13:31:24
Origem:
Delegado de Polícia: Erika Mourão Melo de Aguiar



DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 31/05/2020 19:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Povoado Formosa
Logradouro: PI DO RODOANEL
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Méio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO FABIO DE SOUSA (COMUNICANTE , VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 29/04/1996 Idade: 24

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Beneditinos - PI

Nome da Mãe: Maria Rosario de Jesus

Documento(s)

CPF: 062.242.813-60

Endereço

Município: Demerval Lobão - PI
Logradouro: RUA SANTA LUZIA Nº: 507
Bairro: CIDADE NOVA
Telefone: (86) 9595-7004 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Descrição	motocicleta	Veículo Adulterado?	Não
Situação	Meio Empregado		
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Desconhecido 1	Possuidor		
Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Descrição	motocicleta	CPF/CNPJ do Proprietário	601.926.783-02



Impresso por: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 05/10/2020 13:41:33

Página 1 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:47:13
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012081047132890000012886733>
Número do documento: 2012081047132890000012886733

Num. 13624628 - Pág. 50

Fls: 2

Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041396/2020

Placa LWD3815	Renavam 00921934912
Número do Motor KC08E67009420	Número do Chassi 9C2KC08607R009420
Ano/Modelo Fabricação 2007/2007	Cor VERMELHA
UF Veículo PI	Município Veículo Beneditinos
Marca/Modelo HONDA/CG 150 SPORT	Veículo Adulterado? Não
Situação Meio Empregado	Última Atualização Denatran 18/06/2020
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Fabio de Sousa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA SUA MOTO EM ENDEREÇO CITADO, QUANDO UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA ESTAVA NA VIA CONTRÁRIA E COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTO DA VITIMA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA A UPA DO RENASCENÇA, DEPOIS PARA O HUT. DECLARAÇÕES DA VITIMA.

ASSINATURAS

Antonio Fabio de Sousa

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

Assinante

Matrícula 0097616

Responsável pelo Atendimento

Antonio Fabio de Sousa

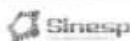
Comunicante/Vitima

"Declaro para os devidos fins de efeito que sou (a) responsável pelas informações acima inseridas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração caso deligam, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia, Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Constituição do Código Penal Brasileiro."

Erika Mourao Melo de Aguiar

Delegado de Polícia

Matrícula 1300768



Impresso por: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 05/10/2020 13:41:33

Página 2 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 08/12/2020 10:47:13
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012081047132890000012886733>
Número do documento: 2012081047132890000012886733

Num. 13624628 - Pág. 51



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
062.042.813-60 Antonio Fabio de Souza

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

5 - Nome completo:

Antônio Fabio de Souza

6 - CPF:

062.042.813-60

7 - Profissão:

Recurso-me

8 - Endereço:

Lote 516 S/N

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Larval

12 - Cidade:

Benedictinos

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64330.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

8844-0400

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3389

CONTA: 30271 0

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (não nascido)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Ceresina, Piauí 05/10/2020

x Antonio Fabio de Souza

A - Assinatura da vítima (Beneficiário/Representante)

B - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

