
Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002079

Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

Data do Acidente: 23/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200002079 Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

Data do Acidente: 23/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial que registrou inicialmente o acidente, em cópia simples, pois somente foi entregue o registro policial complementar.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002079

Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

Data do Acidente: 23/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 0000091960-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 361.855.153.34 4 - Nome completo da vítima: Antonio de Almeida Cunha

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

5 - Nome completo: Antonio de Almeida Cunha 6 - CPF: 361.855.153.34
7 - Profissão: 8 - Endereço: Con. Raul Leonel Brizola 9 - Número: 21 10 - Complemento: Ak.
11 - Bairro: Monte Alegre 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64.012.125
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86)994724591

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: 0855 013 CONTA: 93960 9
(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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vel nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 02.01.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004081/2019-11

Complementar ao BO Nº: 100203.004080/2019-59

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 23/10/2019 - 11:24

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

23/09/2019 - 20:22

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

SÃO JOAQUIM

Endereço

RUI BARBOSA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA (46 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 988281 SSP PI

Mãe: FRANCISCA MIRANDA DA CUNHA

Endereço: QD K CASA 21, Nº

Bairro: LEONEL BRIZOLA

Cidade: TERESINA

Nome: CARLAS APARECIDA GOMES DOS SANTOS

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 3937529

Mãe: VALDENICE AELINA DOS SANTOS

Endereço: O MESMO DA NOTICIANTE, Nº

Bairro: SÃO JOAQUIM

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE INFORMA QUE A VITIMA E SEU ESPOSO, QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 TITAN, PLACA-OED-6581-PI. DE PROPRIEDADE FRANCISCA OZIVANIA DA ROCHA SIQUEIRA. CPF.945.945.893-91, RELATA A NOTICIANTE QUE A VITIMA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO OUTRA MOTO NAO IDENTIFICADA INVADIU A PREFERENCIAL E BATEU NA VITIMA CAIU SENDO SOCORRIDO POR TERCEIRO E LEVADAPARA O HOSPITAL DO BUENOS AIRES.E TRANSFERIDO PARA O HUT. PRONTUARIO.348532. FATO TESTEMUNHADO POR. GILVAN DA SILVA CAMILO. CPF.023.582.233-79. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

Carlas Aparecida Gomes Dos Santos
CARLAS APARECIDA GOMES DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parafra
Luccy Keiko Leal Parafra
Delegado Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

Antonio de Miranda Cunha

Sinistro: 3200/002019

Eu, Antonio compareci na delegacia para pedir uma pendencia que teria esse B.O complementar, ao chegar lá o escrevente me forneceu a seguinte informaçao, que não existe B.O complementar. Pois esse B.O complementar é o numero antigo, eu tive que mudar o B.O, então esse B.O complementar é o numero antigo, quando fazemos uma substituição gera um novo numero de B.O, só que o antigo fica como complementar. só que quando colocamos esse numero não aparece mais B.O. Então o B.O que existe é esse antigo, não existe complementar.

* Antonio Miranda Cunha

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: 361.855.153.34 4 - Nome completo da vítima: Antonio de Almeida Cunha

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

5 - Nome completo: Antonio de Almeida Cunha 6 - CPF: 361.855.153.34
7 - Profissão: 8 - Endereço: Con. Raul Leonel Brizola 9 - Número: 21 10 - Complemento: Ak.
11 - Bairro: Monte Alegre 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64.012.125
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86)994724591

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: 0855 013 CONTA: 93960 9
(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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vel nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - Piauí 02.01.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000091960-9

Nr. da Autenticação 655C0C25F54EC600

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27357474000106 - IE 195965574
 Av. Prof Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
 Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA

28368312-0

FATURA Nº
MÊS/ANO

2450414
12/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR CARLA APARECIDA GOMES DOS SANTOS

CON RESID LEONEL BRIZOLA-Q-K C-21 MONTE
 ALEGRE-ALEGRE-TERESINA-PI-cep:64012125

LOCALIZAÇÃO

019-00005-004730

GRUPO

019

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y19S259822

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
11-2019	Lido	12	12
10-2019	Lido	48	18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

	DATA	LEITURA
ANTERIOR	27/11/2019	52
ATUAL	26/12/2019	61

CONSUMO MÊS M3

10

LEI 12.741/2012

PIS, PASEP

41,11 * 1,65% = 0,67

COFINS

41,11 * 7,60% = 3,12

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL
 FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

10	0,8660	80
25	5,7120	90

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE AGUA - 30,66
 > Residencial-Normal

REF.

VALOR

10,0 m3

30,66



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 770841953	Nº REGULAÇÃO: 92732	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE:	ANTONIO DE MIRANDA CUNHA	NASCIMENTO: 10/12/1969

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

23/09/2019 20:22:10 PCT VITIMA DE QUDA DE MOTO COM QUEIXA DE DOR E EDEMA NO PE DIREITORX PE D EVIDENCIA FRATURA DE METATARSOS

OVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURAS MULTIPLAS DE DEDOS

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 110x70(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 90bpm **SATURAÇÃO:** 98% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 20rpm

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

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 23/09/2019 20:22:57

Dr. Marcelo Cordeiro
MÉDICO
CRM-P1 3683

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Joana Luiza Mendonça
Mauricio Augusto
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Antonio de Miroto Cunha

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 318532

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".

Joana Luiza Mendes de Sousa
Mantendo: 473
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

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

Imp: 23/09/2019 23:45:06

(User: DR. FERDINAND FREITAS)

(Estação: GESS002)

Nome: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA		Prontuário: 348532
Mãe: FRANCISCA MIRANDA DA CUNHA		Pai: MANOEL BERNARDINO DA CUNHA
End.Resid.: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-090		
Nascimento: 10/12/1969	Idade: 49a9m13d	Sexo: Masculino Fone: 86-98893-8745
Responsável: O MESMO		CNS: 898002971093885
Profissão: AJUDANTE DE PEDREIRO		Documento: CPF: 361.855.153-34
3. Instrução: Não informado		E.Civil: União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 743004	Entrada: 23/09/2019 23:23:34	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: PACIENTE ENCAMINHADO DO BUENOS AIRES COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE 5 HORAS, EVOLUINDO COM DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE DEDOS DO PE DIREITO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. ECG = 125. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.		ROMAK BEZERRA HOLANDA COREM 222664 PI Em: 23/09/2019 23:30:26

SSVV: (Hora: ____:____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: trauma no pé direito com dores

Diagnóstico Inicial: ?	RAIO-X REALIZADO DATA 24/09/19 HORA TÉCNICO: [assinatura]	CID:
---------------------------	--	------

Exames Complementares: (1317848) - PE OU PODODACTILO DIREITO	RAIO-X REALIZADO DATA 24/09/19 HORA TÉCNICO: [assinatura]
--	--

Prescrição Médica:

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

<u>Wesley Miranda Santos</u> Assinatura Paciente ou Responsável	<u>Dr. Ferdinand Freitas</u> Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 3096 EOT: 11020	FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO CRM: 3096 PI Em: 23/09/2019 23:45:05
--	---	---



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

245505

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	248115

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	ANTONIO DE MIRANDA CUNHA			6 - Prontuário:	348532		
7-CNS:	898002971093885	8-Nascimento:	10/12/1969	9-Sexo:	Masculino	CPF:	361.855.153-34
11-Mãe:	FRANCISCA MIRANDA DA CUNHA			12-Fone:	86-98893-8745		
13-Resp:	(O MESMO)			14-Cor:	Parda		
15-Ender:	QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-090						
16-Munic:	TERESINA	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64000-090

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u>			
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR, EDEMA E DEFORMIDADE EM PE DIREITO			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u>			
NECESSIDADE DE CIRURGIA			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u>			
RX--FRATURA DO 2° E 3°METATARSOS DIREITO			
<u>23-Diagnóstico Inicial:</u>	24-CID Prin:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.
Fratura de ossos do metatarso	S923		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050462		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS		Tempo S:
29-Clinica:		30-Caráter: 02	Ident.: 01	31-Docum.: CPF
		32-Doc. Méd. Solic.: 772.586.903-44		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ALMIR ALVES REBELO FILHO			34-Data Solicitação: 24/09/2019	
<div>Almir Alves Rebelo Filho Ortopedia - Traumatologia CRM-PI 2972</div> <div>35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)</div>				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Serie:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-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:	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Almir Alves Rebelo Filho</i>	Usuário: (ALMIR FILHO) Consulta Local: 743004 Consulta SUS: Impressão: 24/09/2019 01:01:04	



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA -

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 66365 - Em: (24/09/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
248115	348532	ANTONIO DE MIRANDA CUNHA	10/12/1969	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 08	ALMIR ALVES REBELO FILHO			
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:								
Hora:		Alergias:								
		MIRANDA								
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo ORAL ZERO,									
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	6/6h			01/4/2019	
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Ampola	EV	12/12h			06/8	
3	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.		2,00	mL	EV	8/8h			01/4/2019	

Observações Gerais:

CIRURGIA AMANHÃ COM DR ALMIR

ECC

Almir Alves Rebelo Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972

João Lucas Miranda de Albuquerque
Maurício de Jesus
SANTOS
CONFERE COM ORIGINAL



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Antônio de Miranda LencarSala: 06Alergia: NegaData: 24.09.19Procedimento: Plastia 2/3/4 Metatarsos DCirurgião: Dr. WilsonObservações: Nega comorbidadessem Complicações

Agentes	Unid	15h 15	30	45	15h 15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol	12mg												
2 Fentanyl	20mcg												
3													
4 Celazodina	2g												
5 Dipirona	2g												
6 Dexantano	10mg												
7 Tilatil	20mg												
8 Landidina	50mg												
9 Ondansetron	4mg												
10													
11													
12													
13													
ênio													
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico Prévio
Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito:

DOH

SPO2 (%)

ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:

1. Check list + pré-anestesia
2. Monitorização + verificação prévia
3. Posicionamento + BSA pe + L5 mediana, única L4-L5
Ag 266 com LCRF / intercostais
4. RPA

Dr. Fernando R. S. Matos Gonçalves
Anestesiologista
CONFERE COM O ANESTESIOLOGISTA

Anestesiologista

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

parte em MM de umb, eja e
umbilica a ch, yca na op
jaco pa pb, melu x fra de fide
ca fca de Kirsch N. 1-5, b/ta e
ca fca x jacobina

Dr. Wilson Rodrigues
CRM-P1 1839 - RDT 5164
Cirurgião de Alta Complexidade

Joana Lúcia Mendes de Menezes
Médica - RDT 5164
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

	Mudança de Procedimento		Órtese e prótese - OPME
	Diária de UTI		Fatores de Coagulação
	Diárias de Acompanhante		Gasoterapia
	Hemoderivados		Nutrição Parenteral / Enteral
	Diálise / Hemodiálise		Procedimento fora da faixa etária
	Albumina Humana 20%		

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
 PACIENTE: _____ Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

04 hrs de fisio de W. 1, 5'

DATA: _____

Wilson Rodrigues
 Assinatura do Médico Solicitante
 CRM: 10.123.780-1

AUDITOR

Joana Luisa Mendes de Albuquerque
 Assinatura do Auditor
 SANE - 10.123.780-1
 CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/09/19

NOME DO PACIENTE: Antonio de Micaela Cunha	PRONTUÁRIO Nº: 348532
DIAGNÓSTICO: Fim de vida 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º 13º 14º 15º 16º 17º 18º 19º 20º 21º 22º 23º 24º 25º 26º 27º 28º 29º 30º 31º 32º 33º 34º 35º 36º 37º 38º 39º 40º 41º 42º 43º 44º 45º 46º 47º 48º 49º 50º 51º 52º 53º 54º 55º 56º 57º 58º 59º 60º 61º 62º 63º 64º 65º 66º 67º 68º 69º 70º 71º 72º 73º 74º 75º 76º 77º 78º 79º 80º 81º 82º 83º 84º 85º 86º 87º 88º 89º 90º 91º 92º 93º 94º 95º 96º 97º 98º 99º 100º	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO: J. Wilson Rodrigues	CPF Nº
AUXILIAR: Esfúndulo	CPF Nº
ANESTESIA:	CPF Nº
INSTRUMENTADORA: Evaldson	CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7-15	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7-15	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	02		Cupom		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0		01		CIRCULANTE: Teodoro			
PROLENO							



**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	24826

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA	6 - Prontuário: 348532
7-CNS: 898002971093885	8-Nascimento: 10/12/1969
11-Mãe: FRANCISCA MIRANDA DA CUNHA	9-Sexo: Masculino
13-Resp: (O MESMO)	CPF: 361.855.153-34
15-Ender: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-090	12-Fone: 86-98893-8745
16-Munic: TERESINA	14-Fone:
17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI
19-CEP: 64000-090	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR	31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030830	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: PIMMES			

38-Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF	Lao Tse Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia CRM-PI 26605-5807/10208
39-Data Solicitação: 26/09/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura de tornozelo uness. de
fixação com placa de 1/3 tubular 3,5

AUTORIZAÇÃO

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

(KARLA BATISTA)
Joana Lúcia M.
Maurício
SANE
CONFERE COPIA

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/09/19

NOME DO PACIENTE: Antonio N. Silva	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO: FM - T2 + 4 MIT	CIRURGIA: RIKUPRO / K0
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: LAO 755	CPF Nº: Lao Tse Frontiers
AUXILIAR: Acad.	CPF Nº: TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia
ANESTESIA: D. Djanila	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: leandro	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURIN N° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 6.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	14	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	90		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 18	UNID.	01		Expan 200 Vul 23		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	20	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE: Celis			
PROLENO							

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Antonio de Miranda Cunha
Nº AIH: 248269
Nº do Prontuário: 348532 Data da Internação: / /
Procedimento Médico Realizado: 0408050578
Indicador de Compatibilidade: 0702030630
MEDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Lao-Tsé
CRM Nº CPF Nº
DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 26 / 09 / 19 DATA DA ALTA: / /

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx - 013	01 Placa de 1/3 tubular 3,5m de 8 furos parafusos corticais un 14 (03) 16 (01) 18 (02)

Lao-Tsé Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia
CRM-PI 2660 | SBOT 10306

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado.

Teresina 26 de setembro de 2019
Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha
C.N.P.J:
Assinatura:
Cargo:
Nome: Anália

Joana Lúcia Moura de Sá
Matrícula nº
SALTE-PI
CONFERE COM ORIGINAL

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Antonio M. Silva

Diagnóstico pré-operatório

FRIT. TMC / FRIT. III MIT

Operação - Tipo

PLATEAU / RMC 4 PLO

Cirurgião

Lab. Tse Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 2660 SBOT 10306

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

26/09/19

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- ① DPM ② ASSERUA ③ CAUPOS
- ④ ACUSO INTERIOR ⑤ RMC 4 PLOs / 3 PLOs
- ⑥ RMC ⑦ VITRINO III MIT 4 PLO
- ⑧ CMMRO ⑨ TMC

Lab. Tse Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 2660 SBOT 10306

Assina Luiza M. de Aguiar
Mário José de Aguiar
ENFERMEIRO
CONFERE COM O ORIGINAL



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Antonio de Oliveira e Silva

Sala:

Alergia: ØData: 26.09.19

Procedimento:

Cirurgião: bas TJP

Observações:

Agentes	Unid	15			30			45			15			30			45		
		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Cefazolina	g	2																	
2 Dexam	mg	10																	
3 Rantidina	mg	25																	
4 Dipiron	g			2															
5 Zolam	mg			8															
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
Oxigênio																			
AR/N2O																			
Volatil	%																		

Acesso Vascular

- ☒ Periférico _____
Cat. Venoso nº 20G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos _____ cateteres
☐ Central _____

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº _____
☐ LMA nº _____

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: dorsal

SPO2 (%)	98	99	99
ETCO2 (mmHg)			
Aces. Venoso			
Aces. Venoso	250 ml		
Diurese			
Perdas Sanguíneas			

Descrição da Anestesia: XI monitorização + trânsito vesicular mE
① Raqui: pt sentado + anestesia + punção espaço
subaracnoideu L3-L4, L4-L5, 12,5 mg bupivacaína
+ 10 mg mepivacaína
XI A RPA

José Luís Menezes
Médico
CRM - 5026
Diana Brás
Médica
CRM - 5026



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

246252

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

248264

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

6 - Prontuário: 348532

7-CNS: 898002971093885

8-Nascimento: 10/12/1969

9-Sexo: Masculino

CPF: 361.855.153-34

11-Mãe: FRANCISCA MIRANDA DA CUNHA

12-Fone: 86-98893-8745

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Parda

15-Ender: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-090

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-090

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

TRAUMA EM TNR + PE D

21 - Condições que justificam a internação:

Neurotoxicidade

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

11

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0415030013

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo SU

9999

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

746.635.933-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

26/09/2019

Lao-Tsé Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA
CRM-PI 2660 SBOT 10306

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

37-() Acidente Trabalho Típico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No.Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

(-) Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (KARLA BATISTA)

Consulta Local: 743004

Consulta SUS:

Impressão: 26/09/2019 08:15:52

**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 DE MIRANDA CUNHA** (Prontuário: 348532)
Endereço: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090
Nascimento: 10/12/1969 Idade: 45a3m17d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 453182
Requisição: 505070 Solicitação: 12/02/2015 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 639407 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 12/02/2015

COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/03/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 27/03/2015 19:21:28

**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 DE MIRANDA CUNHA** (Prontuário: **348532**)
Endereço: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090
Nascimento: 10/12/1969 Idade: 45a3m17d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 453182
Requisição: 505070 Solicitação: 12/02/2015 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 639409 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 12/02/2015

ANTEBRACO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 27/03/2015

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Conferido e Liberado por Senha em: 27/03/2015 19:22:39

**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 DE MIRANDA CUNHA** (Prontuário: 348532)
Endereço: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090
Nascimento: 10/12/1969 Idade: 49a9m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743004
Requisição: 1004137 Solicitação: 23/09/2019 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
Controle: 1317848 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 23/09/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fraturas completas recentes desalinhadas no colo do 2° e 3° metatarsos.
- Fratura completa recente na base da falange proximal do 2° pododáctilo.
- Luxação metatarso-falangeana no 4° pododáctilo.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DE MIRANDA CUNHA** (Prontuário: 348532)
 Endereço: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090
 Nascimento: 10/12/1969 Idade: 49a9m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 248115
 Requisição: 1004430 Solicitação: 24/09/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
 Controle: 1318475 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 24/09/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fraturas recentes no 2° e 3° metatarsos com presença de fios metálicos no 2°.
- Artrodese metatarso-falangeana no 4° pododáctilo com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DE MIRANDA CUNHA** (Prontuário: 348532)
Endereço: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090
Nascimento: 10/12/1969 Idade: 49a9m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 248115
Requisição: 1004561 Solicitação: 24/09/2019 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1318716 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 24/09/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em
pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura oblíqua completa recente na diáfise distal da fíbula.
- Tala gessada.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DE MIRANDA CUNHA** (Prontuário: 348532)
 Endereço: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090
 Nascimento: 10/12/1969 Idade: 49a9m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 248115
 Requisição: 1005168 Solicitação: 26/09/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
 Controle: 1320007 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 26/09/2019

TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada na diáfise distal da fíbula fixada com placa e parafusos metálicos.
- Tala gessada.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DE MIRANDA CUNHA** (Prontuário: 348532)
 Endereço: QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-090
 Nascimento: 10/12/1969 Idade: 49a9m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 248115
 Requisição: 1005168 Solicitação: 26/09/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
 Controle: 1320008 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 236 LEITO 32

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 26/09/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Fraturas recentes alinhadas no 2° e 3° metatarsos fixadas com fios metálicos.
- Artrodese metatarso-falangeana no 4° pododáctilo com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

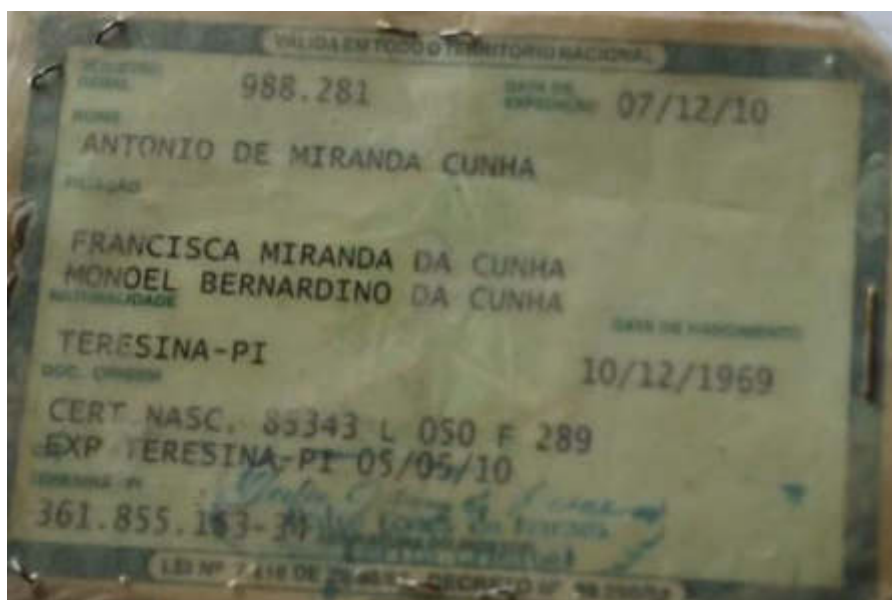
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002079 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA **Data do acidente:** 23/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º E 4º METATARSOS DIREITOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER) PG 7
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002079 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA **Data do acidente:** 23/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º E 4º METATARSOS DIREITOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER) PG 7
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002040/20

Número do Sinistro: 3200002079

Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

CPF: 361.855.153-34

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 09/01/2020
Nome: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA
CPF: 361.855.153-34

ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2020
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS
CPF: 098.038.499-05

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002040/20

Vítima: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

CPF: 361.855.153-34

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO DE MIRANDA CUNHA : 361.855.153-34

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: 03/01/2020
Nome: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA
CPF: 361.855.153-34

ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS
CPF: 098.038.499-05

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS