

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, 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



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, 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



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, 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, 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

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:

4 - Nome completo da vítima:

361.855.153.34 Antônio de Oliveira

5 - Nome completo:

Antônio de Oliveira

6 - CPF:

361.855.153.34

7 - Profissão:

8 - Endereço:

com. Resid. Leonel Brizola

9 - Número:

25 AK.

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64.012.125

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 990129591

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0855 013 CONTA: 93960 9

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 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 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.

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

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 02/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



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

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

23/09/2019 - 20:22

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

SÃO JOAQUIM

TERESINA

Endereço

RUI BARBOSA, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

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 Reiko Leal Paraíba
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

Antônio de Miranda Cunha

Sinistro: 32001002019

Olá, antônio compareci na diligencia
para pedir uma pendencia que tem esse
B.O complementar, ao chegar lá o excretor me
forneceu a seguinte informação, que não existe
B.O complementar. Pois esse B.O complementar é o
número antigo, ou tiver que mudar o B.O, en-
tão esse B.O complementar é o número antigo,
quando fazemos uma substituição para um novo
número de B.O, só que o antigo não come-
plementar. só que quando coloco esse
número não aparece mais B.O. Então o B.O que
existe é esse aí, não existe complementar.

*Antônio misando 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:

4 - Nome completo da vítima:

361.855.153.34 Antônio de Oliveira

5 - Nome completo:

Antônio de Oliveira

6 - CPF:

361.855.153.34

7 - Profissão:

8 - Endereço:

com. Resid. Leonel Brizola

9 - Número:

25 AK.

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64.012.125

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 990129591

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0855 013 CONTA: 93960 9

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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 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 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.

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

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 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.

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina - Piauí 02/01/2020

Antônio de Oliveira

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: 00000091960-9

Nr. da Autenticação 655C0C25F54EC600

**ÁGUAS DE
TERESINA**

CNPJ 27157474000106 - 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

FATURA Nº
MÊS / ANO

2450414
12/2019

NOME / ENDEREÇO

1.43.340
20191226111426

28368312-0

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
Y195259822

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO

TIPO

LEDO FATURADO
11/2019 Lido 12 12
10/2019 Lido 48 18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

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

CONSUMO MÊS M3

10

LEI 12.741/2012
PIS, PASEP 41.11 * 1.65% = 0.67
COFINS 41.11 * 7.50% = 0.12

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 E (%)	VALOR REFERENTE ÁGUA -	REF.	VALOR
10	0.0660 80	> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
25	5.7120 90	ITGACAO DE ÁGUA		

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66
> Residencial-Normal

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 SAUDE D'ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
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-PI 3683

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Jean Luis Mendes Marques
Marcelo Cordeiro
SAUDE HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



NOME DO PACIENTE: Antônio de Miondi Góis

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".

José Luiz Maia da Costa
Matrícula: 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)

Nº 60
27/9/15 8:20

Imp: 23/09/2019 23:45:06
 (User: DR. FERDINAND FREITA)
 (Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

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	
E. 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 HISOTRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE 5 HORAS, EVOLUINDO COM DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE DEDOS DO PE DIREITO. NEGA PERDA DE CONSCIECIA OU VOMITOS. 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/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

trauma no pé direito com dores

Diagnóstico Inicial:	CID:
----------------------	------

Exames Complementares: (1317848) - PE OU PODODACTILO DIREITO	RAIO-X REALIZADO DATA 27/09/19 HORA TÉCNICO: <i>[Signature]</i>
---	---

Prescrição Médica:	RAIO-X REALIZADO DATA 27/09/19 HORA TÉCNICO: <i>[Signature]</i>
--------------------	---

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	DATA: / / . HORA: / / .	Dr. Ferdinand Freitas Ortopedia e Traumatologia CRM-PI: 3096 EOT: 11020
---	-------------------------	---

Assinatura Paciente ou Responsável <i>Wesley Miranda Souto</i>	FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO CRM: 3096 PI Em: 23/09/2019 23:45:05
---	---



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

945505

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856Código 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

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR, EDEMA E DEFORMIDADE EM PE DIREITO

21 - Condições que justificam a internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

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

RX--FRATURA DO 2º E 3ºMETATAROS DIREITO

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de ossos do metatarso

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.

S923

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Procedimento Solicitado:

0408050462 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DOS METATARSIANOS

Tempo S

29-Clinica:

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

**Almir Alves Rebello Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972**

02 01 CPF 772.586.903-44

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

ALMIR ALVES REBELLO FILHO

24/09/2019

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

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 - Vinculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento: 49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Almir Alves Rebello Filho

Usuário: (ALMIR FILHO)

Consulta Local: 743004

Consulta SUS:

Impressão: 24/09/2019 01:01:04



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - I

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	Frontuário:	Paciente:	pt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Láto:	Médico Assistente:			
248115	348532	ANTONIO DE MIRANDA CUNHA	10/12/1969	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 08	AMIR ALVES REBELO FILHO			
Evolução:	FRATURA DO 2º E 3º METATARSO DIREITO			Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:					
Horas:				(E) D						
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Horários:			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:			
Diaeta	ORAL Tipo ORAL ZERO,			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recorr.:	Dil. Vol.:	
1	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	6/6h	AD		01/09/2019
2	TENOKICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.			1,00	Ampola	EV	12/12h			06/09/2019
3	FANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.			2,00	ml	EV	8/8h			01/09/2019

Observações Gerais:

CIRURGIA AMANHÃ COM DR ALMIR

Almir Alves Rebelo Filho
CRM-PI 2972

José Lito Mendes Melo
Médico:
SAMS -
CONFERE COM O ORIGINAL



FICHA DE ANESTESIA

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVICO DE ANESTESIA**

Name: Antônio de Miranda Leme

Procedimento:
Matrícula 2/37/49 Metodologia D

Sala: 06

Alergia: Nenhum

Data: 24.09.19

Cirurgião:

⁸⁰ Dr. Wilson

Observações

Near comorbidities

Lesson Complete

Acesso Vascular

~~Acesso vascular~~ Periférico

Cat. Venoso n° 6

- Dificuldade aces. venoso

Gastos _____ cateteres

 - Contabil

Via Áerea

- o Cateter nasal
 - o IOT n° _____
 - o LMA n° _____

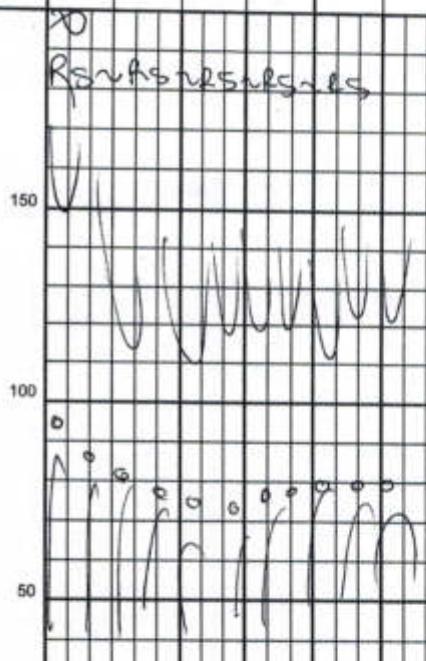
Monitorización:

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

Anesthesia

- Geral Venosa
 - Geral Balanceada
 - Raquianestesia
 - Peridural
 - Bloqueio Periférico
 - Outros

Decúbito: DDH



SPO2 (%)	99/100	100	100	100	99%
ETCO2 (mmHg)					
Aces. Venoso					
Aces. Venoso					
Diurese	500ml				
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia:

1. Check list + pré anestésico
 2. Monitorização + verificação prévia
 3. Posicionamento + BSA per μ mediana, unica L4-L5
for 266 com LCR(+) / intercorradas

4.000

5
Cia. Amanda R. S. Matos Gonçalves
Junta Interditada 10/05/2014
Assinatura

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 mal liga, evita e
verifica a chag, seu tra opa
já se p ab, retira x fio de fio
em fio de Krusche n. 1-5, arco <
com fio + imobiliza

Dr. Wilson Rodrigues
Centro de Clínica Cirúrgica
Cidade de São Paulo

Jeanne Lúcia Andrade da Mota
Maioridade Civil
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 fns de fls da W. 115'

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante
Wilson Rodrigues
CRM: 11.112 - TEOF 5164
CREF: 11.112 - Série: 1119

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

José Luis Nogueira
Médico: _____
SANE: _____
CONFIRME COM O ORIGINAL



FIs N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24109119

NOME DO PACIENTE: antonio de minicado casas PRONTUÁRIO Nº: 348532
DIAGNÓSTICO: Fibrose 2º 3º 4º grau CIRURGIA:
ANESTESIA: Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO: D. Wilson Rodrigues CPF Nº
AUXILIAR: E. Ferreira CPF Nº
ANESTESIA: Dr. Wilson Rodrigues CPF Nº
INSTRUMENTADORA: Evaldo de Souza 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 N° 7-16,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7-5	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 N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO N°	UNID.	02		Cirurgico		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: Teazelida 4			
PROLENO							



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNACÃO 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	9-Sexo: Masculino
11-Mãe:	FRANCISCA MIRANDA DA CUNHA			CPF: 361.855.153-34
13-Resp:	(O MESMO)			12-Fone: 86-98893-8745
15-Ender:	QUADRA K CASA 21 - LEONEL BRIZZOLA - SANTA MA. CODIRI - CEP: 64000-090			14-Fone:
16-Munic:	TERESINA			17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-090

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Cod.Proced.Princip. 0408050578	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR
31-Cod.Procedimento Especial 0702030830	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

Fornecedor da OPM: PIMMES

38-Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF	Lao Tse Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA 41-13M-01266-5807405001
39-Data Solicitação: 26/09/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura de tornozelo necess. 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 Pofissional/parecer controlador de avaliação/auditoria

— 捷易通 JETAGTECH —

www.IBM.com

1000-10000 m.s⁻¹

卷之三

JOURNAL OF CLIMATE

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

José Luis V.
María C.
CONFERE CON
KARLA BATISTA



Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

DATA 26/09/19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	<u>Antônio M. Oliveira</u>	PRONTUÁRIO N°:	
DIAGNÓSTICO:	<u>FAT - TN2 + II MII</u>	CIRURGIA:	<u>Ribeirão / RIO</u>
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	<u>Lagoa</u>	CPF N°	<u>Lao-Tsé Frontiers</u> TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA CRM-PI 2651
AUXILIAR:	<u>Acad.</u>	CPF N°	
ANESTESIA:	<u>Dra. Ojávila</u>	CPF N°	
INSTRUMENTADORA:	<u>Leandro</u>	CPF N°	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N°24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7,5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 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 N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	18	UNID.	01	<i>Erepauz 200 ml</i>	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	2-0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	0	01		CIRCULANTE:	<i>efls</i>		
PROLENO							

*Joana Luisa de Melo
Médica de Família
Santos*
CONFERIDA

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

PACIENTE - Nome: Antônio de Oliveira Lumba

Nº AIH: 248269

Nº do Prontuário: 348632 Data da Internação: _____ / _____ / _____

Procedimento Médico Realizado: 0408050578

Indicador de Compatibilidade: 0702030630

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Ibaé - Frese

CRM Nº _____ CPF Nº _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 26/09/19 DATA DA ALTA: _____ / _____ / _____

Código Ropm Nº	DESCRÍÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
Cx-013	01 Placa de #3 tubular 3,5m de 8 furos parafusos corticiais m. 14(03) 16(01) 18(02)
	Lao-Tsé Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPÉDIA CRM-PI 2660 SBOT 10306

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

Teresina 26 de de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Nome: Analia

José Luiz de Melo
Matriculado no CRM-PI
Série: 000000000000000000
CONFERE COM O ORIGINAIS



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	M. Fábio M. Góes		
Diagnóstico pré-operatório	FMT - TM O / FMI - III MFI		
Operação - Tipo	RPF - Frontiers		
Cirurgião	Luis F. Góes ORUMATOLOGA E ORTOPEDIA CRM-PI 2606 SBO 10706	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	26/09/19	Ínicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① ~~MM~~ Dosegru (3) cups
② ~~Auto~~ Water ③ Milk 4 pints, 3% sugar
④ ~~mm~~ ⑤ ~~Water~~ III min d fol
⑥ ~~amino~~ ⑦ ~~im~~

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

Imma Luisa Mazzatorta
Maestra di classe
CONFERE CONFERIMENTO



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Antônio da Oliveira Cunha

Procedimento:

Sala:

Alergia: PData: 26.09.14Cirurgião: bao TSP

Observações:

7.306.30 TSP7.30

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Cefazolina	g	2								
2 Dexam	mg	10								
3 Pantacaina	mg	25								
4 Dr. pranar	g		2							
5 Zopfan	mg		2							
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										

Oxigênio

AR/N2O

Volatile

%

Acesso Vascular

- Periférico _____
 Cat. Venoso nº ZOG
 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
 Raquianestesia
 Peridural
 Bloqueio Periférico
 Outros

Decúbito: dorsal

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

Descrição da Anestesia: X1 monitorização + traqueia + óxido nitroso ms E
 ① Raqui: ptº ventado + anepa + perca expiração
 submucoso 13-14, 1,22 μ , 12,5 mg diazepín hipnotizante
 + 50 mg meperimina

X1A RPN

João Júlio Marques
Marcos Henrique
Diamila Brasileiro
MÉDICA Anestesiologista
CRM - 5028



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

246252

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-Mae: **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:

TMV em TM2 + PE D

21 - Condições que justificam a internação:

Necrose do úmido

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

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 POLITRAUMATIZADOTempo SU
999929-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 746.635.933-72**Lao-Tse Frontiers**
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 2660 SBOT 1030633-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA 26/09/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico			
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO	
46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:

48-Documento:	49-Num. Documento:
(<input type="checkbox"/>)CNS	(<input type="checkbox"/>)CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (KARLA BATISTA) Consulta Local: 743004 Consulta SUS: Impressão: 26/09/2019 08:15:52
--	--



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: SUS

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.

TERESINA - PI 27/03/2015

(IRANDI SILVA)

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

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



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: SUS

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.

TERESINA - PI 27/03/2015

(IRANDI SILVA)

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

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



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: SUS

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 2º e 3º metatarsos.
- Fratura completa recente na base da falange proximal do 2º pododáctilo.
- Luxação metatarso-falangeana no 4º 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



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: SUS	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 2º e 3º metatarsos com presença de fios metálicos no 2º.
- Artrodese metatarso-falangeana no 4º 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: SUS 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 obliqua completa recente na diáfise distal da fibula.
- 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: SUS 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 fibula 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



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
Requisição:	1005168	Solicitação: 26/09/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO	Atendimento: 248115
Controle:	1320008	Convênio: SUS	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 2º e 3º metatarsos fixadas com fios metálicos.
- Artrodesse metatarso-falangeana no 4º pododáctilo com presença de fios metálicos.
- Aumento de volume de partes moles.

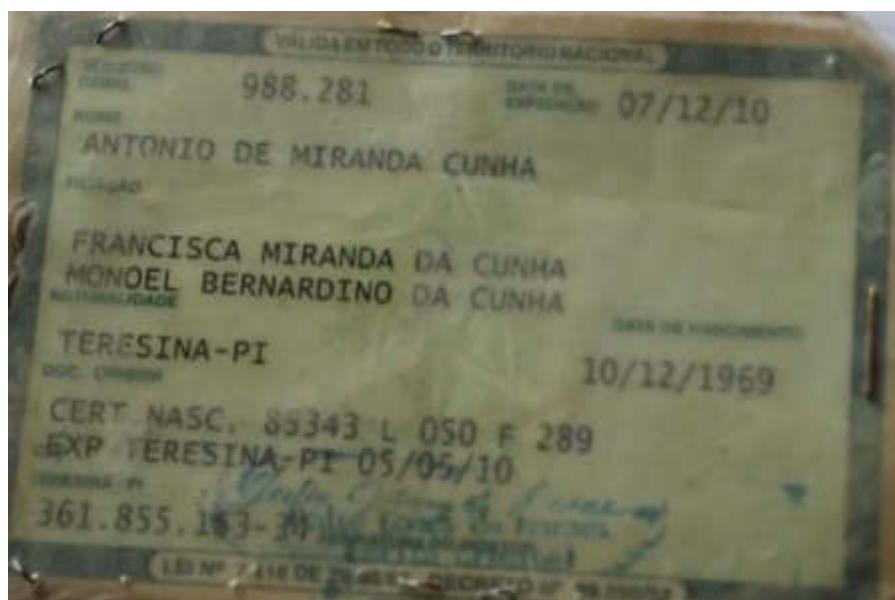
(JOAO ANTONIO)

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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