

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Mensagens, Audiências, Consulta proce..., PJ 0823896-34.20..., Baixar o arquiv..., (34) WhatsApp, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=590074&ca=f1dd8558aac7a802ee30f16962b833b6fe6...

Apps: Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

PJE ProceComCiv 0823896-34.2020.8.18.0140
ANTONIO DE MIRANDA CUNHA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

13965531 - CONTESTAÇÃO (2776336 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/01/2021 09:48:28

07 Jan 2021

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 13965526 - CONTESTAÇÃO
 - 13965531 - CONTESTAÇÃO (2776336 CONTESTACAO 01)
 - 13965535 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13965540 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 13965542 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 13965645 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

09:48

downloadBinario.seam 1 / 10

2776336- CS/ 2020-04692/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08238963420208180140

PT 09:49 07/01/2021



Número: **0823896-34.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **17/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO DE MIRANDA CUNHA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13965535	07/01/2021 09:48	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Carta nº 15322719





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

Pag. 00223/00224 - carta_03 - INVALIDEZ

00070112



Carta nº 15324852





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, 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.

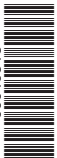
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00695/00696 - carta_15R - INVALIDEZ

00040348



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. Rival Leonel Brizola 9 - Número: 25 10 - Complemento: OK.
11 - Bairro: Monte Alegre 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64.012.125
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0855 013 CONTA: 99960 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ 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) Antonio miranda cunha

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

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

Lucy Neiko Leal Parreira
Lucy Neiko Leal Parreira
Delegado Geral da 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 escrivão me forneceu a seguinte informacao, que não existe B.O complementar. Pois esse B.O complementar e o numero antigo, eu tive que deixar o B.O, então esse B.O complementar e 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 e esse aí, 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. Rival Leonel Brizola 9 - Número: 25 10 - Complemento: OK.
11 - Bairro: Monte Alegre 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64.012.125
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0855 013 CONTA: 99960 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ 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) Antonio miranda cunha

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 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

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

11/2019 Lido

10/2019 Lido

LIDO

FATURADO

12

12

10

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 x 1,65% = 0,67

COFINS

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

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL

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

10 0,0000 80

25 5,7120 80

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE AGUA - 30,66

> Residencial-Normal

LIGAÇÃO DE AGUA

REF.

VALOR

10,0 m3

30,66





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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. Miguel Cordeiro
MÉDICO
CRM-PI 3683

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Joana Luiza Mendonça
Mantendo o
Selo HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Antonio de Mironde 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
Máquina: 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)

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

(User: DR. FERDINAND FREITAS)

(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
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: ?	CID:

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

Prescrição Médica:

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

Assinatura Paciente ou Responsável: Wesley Miranda Santos	Assinatura Médico: Ferdinand Carvalho de Almendra Freitas Neto CRM-PI: 3096
---	--

FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO
CRM: 3096 PI Em: 23/09/2019 23:45:05

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/01/2021 09:48:27

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010709482723500000013209131>

Número do documento: 21010709482723500000013209131



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

245505

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

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 3ºMETATARSOS DIREITO			
23-Diagnóstico Inicial:		24-CID Prin:	25-CID Sec.:
Fratura de ossos do metatarso		S923	26-CID C.Ass.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	Usuário: (ALMIR FILHO) Consulta Local: 743004 Consulta SUS: Impressão: 24/09/2019 01:01:04
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		





HUT
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. Clínica:		Enfermaria:		Leito:		Médico Assistente:									
248115		348532		ANTONIO DE MIRANDA CUNHA		10/12/1969 POSTO 2		SUPLEMENTAR		EXTRA 08		ALMIR ALVES REBELO FILHO							
Evolução:		FRATURA DO 2º E 3º METACARPOS-DIREITO		A L I A T A R E S		PED		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:									
Hora:																			
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				AD		01/40			
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						01/40			

Observações Gerais:

CIRURGIA AMANHÃ COM DR ALMIR

ECF

Almir Alves Rebelo Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972

João Luis Miranda de Aguiar
Médico - Ortopedia
SAME - 1100
CONFERE COM O ORIGINAL

FICHA DE ANESTESIA		FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome: <u>Antonio de Miranda Lencina</u>		Sala: <u>06</u>	Alergia: <u>Nega</u>
Procedimento: <u>Plastia 2/3/4 Metatarsos D</u>		Cirurgião: <u>Dr. Wilson</u>	Data: <u>24.09.19</u>
		Observações: <u>Nega comorbidades</u>	

Agentes	Unid	15h	15	30	45	15h	15	30	45	15	30	45	15h	15	30	45
1 Propofol	12mg															
2 Fentanyl	30mcg															
3																
4 Cefazolina	2g															
5 Diploona	2g															
6 Paracetamol	10mg															
7 Fentanyl	20mcg															
8 Fentanyl	50mcg															
9 Ondansetron	4mg															
10																
11																
12																
13																
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 (%)	99%	100%	100%	100%	99%
ETCO2 (mmHg)					
Aces. Venoso					
Aces. Venoso					
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia:

1. Check list + pré-anestésico
2. Monitorização + ventilação prévia
3. Posicionamento + BSA pe + mediana, única L4-L5
Ag 266 com LCRFs / intubação
4. RPA

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





LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____

PACIENTE: _____ Nº AIH: _____

PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

04 hrs de fisio de NR 1, 5'

DATA: _____

Wilson Rodrigues
CRM: 16.750-7 TEOT 5764
Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Joana Luiza Mendes da Mota
Médica: 16.750-7
SANE - 16.750-7
CONFERE COM O ORIGINAL

A: _____

Assinatura do Médico Solicitante





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



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/09/19

NOME DO PACIENTE:	Antonio de Miranda	PRONTUÁRIO N°:	348532
DIAGNÓSTICO:	Fila hirsuta 25345 par-	CIRURGIA:	
ANESTESIA:		N° DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	Dr. Wilson Rodrigues	CPF N°	
AUXILIAR:	Isabelle	CPF N°	
ANESTESIA:		CPF N°	
INSTRUMENTADORA:	Evaldson	CPF N°	

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° 7-15	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 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 N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO N°	UNID.	02		Cateter		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: Tezendo			
PROLENO							

MOD. 94






Identificação do Estabelecimento de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

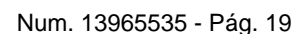
38-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:	
LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	CPF	
39-Data Solicitação:	40-No.Doc. Méd. Solic.:	
26/09/2019	746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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

AUTORIZAÇÃO

(KARLA BATISTA)





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



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

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: FMT - T2 + H MIT	CIRURGIA: RIKCIPRO / K10
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: L80755	CPF Nº: L80-755 Frontiers
AUXILIAR: Acad.	CPF Nº: CRM-PI 7550
ANESTESIA: O. Djanita	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Leandro	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURIN 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		Preparação de Vulv		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							

MOD. 94





PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

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

PACIENTE - Nome: Antonio de Oliveira Lima
Nº AIH: 248269
Nº do Prontuário: 348532 **Data da Internação:** / /
Procedimento Médico Realizado: 0408050578
Indicador de Compatibilidade: 0702030830
MEDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Lao Tse
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 n.º 14 (03) 16 (01) 18 (02)

Lao Tse Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 2660 | SBO 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: Analista

Joana Lúcia M. de Sá
Médica Especialista
SAÚDE
CONFERE CONSULTA



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente Antônio M. Silva			
Diagnóstico pré-operatório Frnt. TMC / Frnt. III MIT			
Operação - Tipo PLA e PDS / MK e PO			
Cirurgião LA TSE		1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)		Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação 260919		Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<p align="center">DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>① DPM ② ASSE ③ CAUPOS ④ ARISTO VITROR ⑤ PAK e PDS / 3 PL ⑥ PAK ⑦ VITROR III MIT e PO ⑧ CMMPO ⑨ TRM</p>			

Mod. 76 HUT





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	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-090
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Trauma em T2 + PE D

21 - Condições que justificam a internação:

Neurotoxicidade

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

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0415030013	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	Tempo SU: 9995	
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	34-Data Solicitação: 26/09/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)	

Lao-Tse Frontiers
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-PI 2660 SBO 10306

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	
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 íntegros.
- 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

Contendo 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 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





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 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: 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

Página: 1 de 1

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 2º e 3º metatarsos fixadas com fios metálicos.
- 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



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

Titular do CPF: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

CPF de: Próprio

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO DE MIRANDA CUNHA

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS

