
Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2015

Carta n°: 8086053

A/C: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

Sinistro: 3150708647
Vitima: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2015

Carta nº: 7605106

A/C: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

Sinistro: 3150708647
Vitima: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2015

Carta nº: 7642967

A/C: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

Sinistro: 3150708647
Vítima: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA
Data Acidente: 27/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**POLICIA MILITAR DO PIAUÍ
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR
5ª CIPM PAULISTANA – PI**

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

1. OBJETIVO:

Informar sobre a ocorrência de trânsito, envolvendo uma motocicleta, fato ocorrido no dia 27 de setembro de 2014, por volta das 16h00min, na saída da cidade de Caridade do Piauí-PI.

2. DESENVOLVIMENTO:

Venho por meio deste, relatar que por volta das 16h00min do dia vinte e setembro de dois mil e quatorze, recebi uma ligação informando que ~~havia ocorrido~~ ^{12 AGO 2015} um acidente de trânsito na saída de Caridade do Piauí, sentido a Paulistana – PI, logo depois do posto de gasolina da cidade. Constatamos o fato ao deslocar até o ponto informado uma equipe deste GPM, que pôde confirmar tratar-se da vítima do acidente o Sr. JOSÉ RAIMUNDO DE SOUSA, nascido em 07/09/71, RG nº 55.281.748-X e CPF nº 956.995.033-15, filho de Raimundo Eliseu de Sousa e Josefa Ernestina de Sousa, residente na Rua Paraná, s/n – Bairro Arapiraca na cidade de Paulistana – Piauí, a vítima era o condutor da motocicleta Moto Honda CG 125 FAN, Chassi 9C2JC30706R895694, cor Amarela, ano/modelo 2006/2006. Placa JOQ – 5562, de propriedade da própria vítima. Segundo Informações, a vítima perdeu o controle da moto o que favoreceu o acidente. A vítima foi levada para o HUT – Hospital de Urgência de Teresina em virtude das graves feridas. Era o que tinha a relatar,

GPM em Caridade do Piauí- PI, 22 de julho de 2015.

2.860-621
2º SGT PM /PI HERBERT NONATO VILA NOVA DA SILVA
COMANDANTE DO GPM

DOCUMENTO 6 - T6%

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI 9020041137806 N° 010982445781
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	889240744	PI000000000000000000	2014
NOME			
JOSE RAIMUNDO DE SOUSA			

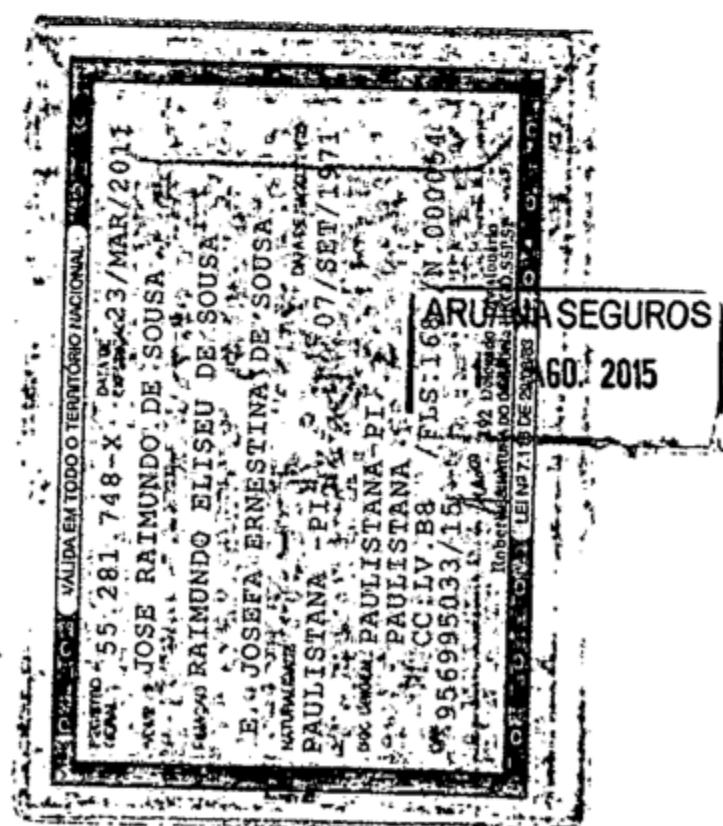
CPP/ CNPJ		PLACA	
95699503315		J00-5562	
PLACA ANT / UF	CHASSI		
J00-5562	902JC30706R895694		
ESPECIE, TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLO/NEHUMA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG-125-FAN	2006	2006	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PRÉDOMINANTE	
002P/124CC	PARTIC	AMARELA	
I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P			1º IPVA
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º
A			3º PAGO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO	121	1031-13101	10
OBSERVAÇÕES			
SEM RESTRIÇÕES			
LOCAL	DATA		
PAULISTANA	21/2/2014		
JOSE ANTONIO VASCONCELOS DIRETOR GERAL DO DETAN			
EXpeditor			

CONTRAN

ARUANA SEGUROS
13 AGO. 2015



DOCUMENTO 5 "T5%"





DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, José Ramundo de Souza

RG nº 55281748 x data de expedição 23/03/11 Orgão SSP/SP

CPF nº 956.995.033.15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Paraná</u>
Número	<u>51 N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Anapiraca</u>
Cidade	<u>Paulistana</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64750-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: José Ramundo de Souza

ARUANA SEGUN

13 AGO. 2015

Fatura Mensal

MATRÍCULA		Hidrômetro		Referência	
2770327-4		A13L040371		FEV/2015	
Nome/Razão Social/Endereço FRANCISCO JOAO RODRIGUES RUA PARANA, S/N ARAPIRACA PAULISTANA 64750000					
AG= 66					
Situação Água/Esgoto 3/1	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição 79 2 05 0405 0474-000		
Período de Consumo 07/01/2015			Dias Consumo 05/02/2015 29		
Histórico de Consumo				Forma de Faturamento	
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Outras	FATURADO P/ CONSUMO NORMAL	
10/14	0	0	0	Cód. Responsável 028532417	
11/14	5	5	0	Código da Tarifa 01	
12/14	14	9	0	Consumo Médio 5	
01/15	25	11	0	Consumo Faturado 13	
02/15	38	13	0		
DESCRIÇÃO DA FATURA					
Cód.	Nome do Serviço			Valor (R\$)	
AGUA	MANUTENCAO HIDRONETRO			33,39	
				0,87	

VENCIMENTO 15/02/2015 TOTAL A PAGAR (R\$) 34,26

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 2 VALOR: R\$49,00
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30
DIAS APOS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2934/2003-MDP							
Parâmetros	Turbidez	Cof	Cloro	PH	Ferro	Colif. Totais	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	2,80	1,50	2,50				

ARUANA SEGUROS
13 AGO. 2015



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL "JUSTINO LUZ"

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

H.R.L - Hospital Regional

Para:

H.R.L - Hospital Regional

Nome da pessoa encaminhada:

José do Godofredo

Registro:

Motivo da encaminhada:

Lesão frontal C/ espasmos ds 16hs.
Foi feito tratamento para contusão cerebral
e encaminhado.

Data:

07/09/2014

JOVEMES BORGES NEVES
CPF: 095.518.583-15
CRM 8887
Gabinete Médico e Clínico

Responsável pelo encaminhamento

OBS: Deve ser arquivada no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local Regional.

ARUANA SEGUROS

13/09/2015

FICHA DE RETORNO

Da Unidade:

Para:

Nome da pessoa encaminhada:

Registro:

Diagnóstico e Orientação:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente JOSÉ DO AMARAL DE SOUZA			
Diagnóstico pré-operatório Hemorragia epidural + Edema cerebral venoso			
Operação - Tipo Cirurgia de crânio aberto com decompressão			
Cirurgião Dr. Morello Gonçalves	1º Assistente		
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista		Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação 30/05/14	Ínicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório <i>Complicado</i>			
Relatório Imediato do Patologista			
<i>HUT S/ANE</i> <i>13/06/2014</i>			
Acidente Durante a Operação <i>ausc.</i>			
<i>ARUANA SEGUROS</i> <i>13 AGO. 2015</i>			
Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
<i>1. DELIBRA DORSAL</i>			
<i>2. PESSOA FONTE ESTERILIZADA</i>			
<i>3. ENFERMEIRO BECKER à (P)</i>			
<i>4. PROTEÇÃO F-T-P (P)</i>			
<i>5. DRENAGEM DE HEMORRAGIA EPIDURAL</i>			
<i>6. EUTERAPIA</i>			
<i>7. HEMOSTASIA</i>			
<i>8. FECHAMENTO POR PLACAS</i>			
<i>9. LIMPADA E CURATIVA</i>			

Dr. Morello Diogo de
Cunha Corrêa
NEUROCRIOGIAO
Belo Horizonte

FOLHA DE ANESTESIA

The logo for HUT (Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin) is located in the bottom right corner. It consists of the letters "HUT" in a bold, sans-serif font, with a small "Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin" text below it.

UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE José Ramon de Sousa						
DATA 30/09/24	PARTERIAL LACTOES 120	PULSO 80	RESPIRAÇÃO 20	TEMPERATURA 36.8	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA Tachypneia						
SISTEMA CIRCULATÓRIO Pericard. Fe - Lis				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL Torpore				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO Hemolima extrínseca				FÍSICOS		ASA 3
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
Liquido 1600 1700 17180						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	- Bloco			TOTAL DE DOSES	
1					Fentanil - 200 mcg	
2					Propofol - 200 mg	
3					Ticam - 40 mg	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				Selvofrene 2,5%	
TEMPERATURA T	38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	21001 - 200 ml Oxigênio 2 g/l Fentanil 200 mcg			SEQUENCIA
P. ARTERIAL V O PULSO						Mecamol 20 g + 20 ml
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						Paracetamol 60 g
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						Estrofodona IV
RESPIRAÇÃO O						Propofol 10 g
SÍMBOLOS						ARIANA SOROS
TÉCNICAS	Geral balanceado			DURAÇÃO 10:00 - 20:15		
OPERAÇÕES	Tmf Ortop. Hemoab. extrínseca			10:00 - 20:15		
CIRURGIÕES	Monaliz			INCIDENTE - ACIDENTE		
ANESTESISTAS	Nilson			10:00 - 20:15 ECG.		
Dr. Nilson Ribeiro Soares Médico Anestesiologista CRM - PI 1699 / CRM - MA 3749				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		
PARTICULARIDADES						



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: 329649)
 Endereço: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000
 Data de nascimento: 07/09/1971 Idade: 43a:0m:21d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 421436
 Endereço: 464090 Solicitação: 28/09/2014 Solicitante: MARCUS CESAR LOPES
 Role: 588747 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

SIA: 0206010044

Data Exame: 28/09/2014

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE SPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

MÚLTIPLAS FRATURAS ENVOLVENDO AS PAREDES DOS SEIOS FRONTAIS, MAXILARES, LÂMINAS APIRÁCEAS, OSSOS NASAIS E TETOS ORBITÁRIOS, COM DESLOCAMENTO INFERIOR DE FRAGMENTOS OSSEOS NESTA ÚLTIMA TOPOGRAFIA.

HEMOSSÍNUS.

ANTONIO)

TERESINA - PI 28/09/2014

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: 329649)
 Endereço: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000
 Data de nascimento: 07/09/1971 Idade: 43a:0m:21d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 421436
 Número de identificação: 464091 Solicitação: 28/09/2014 Solicitante: MARCUS CESAR LOPES
 Telefone: 588748 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

SIA: 0206010079

Data Exame: 28/09/2014

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano anto-meatal.

RELATÓRIO:

EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL DIFUSO.
 FRATURAS COMINUTAS NOS OSSOS FRONTAIS, COM TRAÇO DE FRATURA ESTENDENDO-SE AO TEMPORAL DIREITO.
 CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS FRONTAIS BILATERAIS, NOTADAMENTE À DIREITA.
 HEMATOMA EPIDURAL AGUDO FRONTAL DIREITO, COM GÁS DE PERMEIO, DETERMINANDO EFEITO COMPRESSIVO SOBRE O PARÉNQUIMA ENCEFÁLICO E CORNOS FRONTAIS DOS VENTRÍCULOS ATERAIS, DESVIANDO LEVEMENTE A LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.

(ANTONIO)

TERESINA - PI 28/09/2014

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591
 Profissional Responsável

HUT 8672
 12/04/15
 ARUANAS SEGUROS
 13 AGO. 2015



LAUDO MÉDICO

Nome: **JOSE RAJMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: **329649**)
 Endereço: **CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000**
 Data de nascimento: **07/09/1971** Idade: **43a:0m:21d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **116993**
 Número de identificação: **464159** Solicitação: **28/09/2014** Solicitante: **CLERISTON SILVA MOURA**
 Telefone: **588829** Convênio: **S U S** Clínica: **CLÍNICA NEUROLOGIA - P07** Enfermaria: **ENFERMARIA 216** Leito: **LEITO 156**

RELATÓRIO:

SIA: 0206010079

Data Exame: 28/09/2014

T.C. DE CRANIO

EXPLORAÇÃO: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano antó-meatal.

ELATÓRIO:

EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL DIFUSO.
 FRATURAS COMINUTAS NOS OSSOS FRONTAIS, COM TRACO DE FRATURA ESTENDENDO-SE AO
 TEMPORAL DIREITO.
 CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS FRONTAIS BILATERAIS, NOTADAMENTE À DIREITA.
 HEMATOMA EPIDURAL AGUDO FRONTAL DIREITO, COM GÁS DE PERMEIO, DETERMINANDO EFEITO
 COMPRESSIVO SOBRE O PARÉNQUIMA ENCEFÁLICO E CORNOS FRONTAIS DOS VENTRÍCULOS
 LATERAIS, DESVIANDO LEVEMENTE A LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.

ANTONIO)

TERESINA - PI 28/09/2014

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável

13/04/15
 13/04/15
 13/04/15
 SERVIDOR: *luciana*



LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: 329649)
 Endereço: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000
 Data de nascimento: 07/09/1971 Idade: 43a:0m:23d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 116993
 Número de identificação: 464789 Solicitação: 30/09/2014 Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
 Número de registro: 589624 Convênio: S U S Clínica: CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 Enfermaria: 216 Leito: 158

RELATÓRIO:

SIA: 0206010079

Data Exame: 30/09/2014

T.C. DE CRANIO

ANAMNÉSIS: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano anto-meatal.

EXPLORAÇÃO:

EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL DIFUSO.

FRATURAS COMINUTAS NOS OSSOS FRONTAIS, COM TRAÇO DE FRATURA ESTENDENDO-SE AO TEMPORAL DIREITO.

CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS FRONTAIS BILATERAIS, NOTADAMENTE À DIREITA.

HEMATOMA EPIDURAL AGUDO FRONTAL DIREITO, COM GÁS DE PERMEIO, DETERMINANDO EFEITO COMPRESSIVO SOBRE O PARÊNQUIMA ENCEFÁLICO E CORNOS FRONTAIS DOS VENTRÍCULOS LATERAIS, DESVIANDO LEVEMENTE A LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.

OBS: EXAME SEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS EM RELAÇÃO AO ANTERIOR DATADO DE 28/09/2014.

(Assinatura de Augusto)

TERESINA - PI 30/09/2014

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

ARUANA SEGUROS
 13 AGO. 2015
 13.09.15
 13.09.15
 13.09.15


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Interno: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: 329649)
 Endereço: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000
 Data de nascimento: 07/09/1971 Idade: 43a:1m:25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 116993
 Documento: 465358 Solicitação: 02/10/2014 Solicitante: JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR
 Telefone: 590336 Convênio: SUS Clínica: CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 Enfermaria: 216 Leito: 156

RELATÓRIO:

SIA: 0206010079

Data Exame: 02/10/2014

T.C. DE CRANIO

ANATÔMICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano anto-meatal.

ELATÓRIO:

EXTENSA CRANIECTOMIA FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL DIREITA.
 FRATURAS NOS OSSOS FRONTAIS, NO OSSO ESFENOIDAL DIREITO, NAS PAREDES LATERAL E MEDIAL
 A ÓRBITA DIREITA, NA PAREDE MEDIAL DA ÓRBITA ESQUERDA, EM PAREDES DO SEIO FRONTAL
 DIREITO.
 PANSINUSORRAGIA.
 ÁREA DE EDEMAS NOS LOBOS PARIETAL E OCCIPITAL DIREITOS.
 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO EM CONVEXIDADE FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL DIREITA,
 ESTENDENDO-SE AO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO EM CONTIGUIDADE, COM BOLHAS GASOSAS DE
 ERMEIO.
 HEMATOMAS INTRAPARENQUIMATOSOS AGUDOS NOS LOBOS FRONTAIS, COM EDEMAS MARGINAIS,
 PAGANDO SULCOS CORTICais ADJACENTES E COMPRIMINDO OS CORNOS FRONTAIS DOS
 VÉNTRICULOS LATERAIS.
 AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

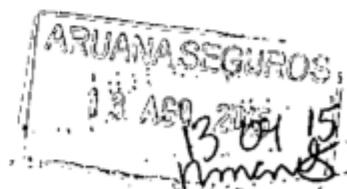
ANTONIO)

TERESINA - PI 02/10/2014

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

nte: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: 329649)
zeço: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000
rimento: 07/09/1971 Idade: 43a:1m:29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 116993
sicação: 466388 Solicitação: 05/10/2014 Solicitante: CLECITON BRAGA TAVARES
ole: 591637 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 216 LEITO 156

RELATÓRIO:

SIA: 0206010079

Data Exame: 05/10/2014

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano anto-meatal.

ELATÓRIO:

EXTENSA CRANIECTOMIA FRONTO-TÉMPORO-PARIETAL DIREITA.
FRATURAS EM OSSOS FRONTAIS E OSSOS DA FACE.
ÁREA DE EDEMAS NOS LOBOS PARIETAL E OCCIPITAL DIREITOS.
HEMATOMAS INTRAPARENQUIMATOSOS AGUDOS NOS LOBOS FRONTAIS, COM EDEMAS MARGINAIS,
PAGANDO SULCOS CORTICais ADJACENTES E COMPRIMINDO OS CORNOS FRONTAIS DOS
ENTRICULOS LATERAIS.
AUSÊNCIA DE CALCICAÇÕES PATOLÓGICAS.
AUSÊNCIA DE HIDROCEFALIA.
HEMATOMA EM PARTES MOLES EXTRA-CRANIANAS DE REGIÃO FRONTO TEMPORO-PARIETAL
DIREITA.

ANTONIO)

TERESINA - PI 06/10/2014

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

ARUANA SEGUROS
13 AGO. 2015
13.09.15
manet



LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE RAIMUNDO DE SOUSA** (Prontuário: 329649)

Endereço: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI CEP: 64750-000

CPF: 07/09/1971 Idade: 43a:1m:1d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 116993

RG: 467350 Solicitação: 08/10/2014 Solicitante: MARCOS ALCINO SOARES SIQUEIRA MARQUES

Carteira: 592832 Convênio: SUS Clínica: CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 Enfermaria: 216 Leito: 156

RELATÓRIO:

SIA: 0206010079

Data Exame: 08/10/2014

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA DO EXAME: foram realizados cortes tomográficos axiais paralelos a linha óbito meatal antes e após administração endovenosa de contraste.

EXTESEA CRANIECTOMIA FRONTO-PARIETO-TEMPORAL DIREITA.

FRATURAS EM OSSOS FRONTAIS E OSSOS DA FACE.

ÁREA DE EDEMA VASOGÊNICO NOS LOBOS PARIETAL E OCCIPITAL DIREITOS.

CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS NOS LOBOS FRONTAIS, COM EDEMAS MARGINAIS, APAGANDO

ULCOS CORTICIAIS ADJACENTES E COMPRIMINDO OS CORNOS FRONTAIS DOS VENTRÍCULOS
ATERAIS.

AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

AUSÊNCIA DE HIDROCEFALIA.

HEMATOMA EM PARTES MOLES EXTRA-CRANIANAS DE REGIÃO FRONTO TEMPORO-PARIETAL
DIREITA.

ZAR)

TERESINA - PI 08/10/2014

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

ARUANA SEGUROS

13 AGO. 2015

13.04.15

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

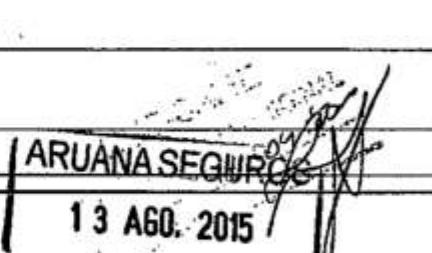
Prontuário:
329649
Internação:
116993

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA				
End. Resid.: CENTRO - CENTRO				
Cidade: PAULISTANA - PI CEP: 64750-000				
Sexo: Masculino	Nascimento: 07/09/1971	Idade: 43a:0m:21d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: PEDREIRO
Admissão: 28/09/2014	G. Instrução: Não informado	Fone: 89-9458-9918	Cartão SUS (CNS): 162394561100001	Procedência: PAULISTANA
Pai: RAIMUNDO ELISEU DE SOUSA			Mãe: JOSEFA ERNESTINA DE SOUSA	
Responsável: CIRLANDIA COELHO DE SOUSA				
End. Responsável: CENTRO - CENTRO PAULISTANA - PI			64750-000	
Documento: _____				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOQUEIRO PARTICULAR				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 28/09/2014	Hora: 03:02	Data: ____ / ____ / ____	Hora: ____ / ____ / ____	P.A. TEMPORÁRIO
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)				
CID 10: S068 - Outros traumatismos intracranianos				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: _____				
CID 10: _____				
Tratamento Realizado:				
<div style="text-align: right; margin-right: 100px;">  ARUANA SEGURO 13 A60. 2015 </div>				
Exames Realizados:				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Aaa. Médico Responsável

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:
329649
Internação:
116993

Nome: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

End. Resid.: CENTRO - CENTRO

Cidade: PAULISTANA - PI

CEP: 64750-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 07/09/1971	Idade: 43a:0m:21d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: PEDREIRO
Internação		Alta		Permanência
Data 28/09/2014	Hora 03:02	Data ____/____/____	Hora ____:____	

Diagnósticos:

Cod.CID:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

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

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: ____/____/____ Tipo: _____

ARUANA SEGUROS

13 AGO. 2015

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



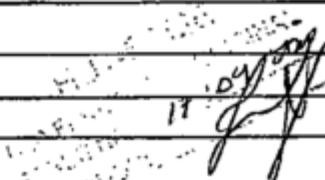
Imp: 28/09/2014 00:55:46
 (YULLE)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

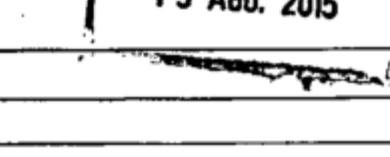
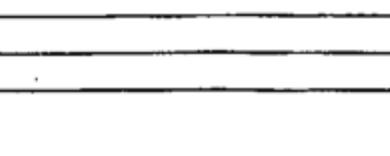
<u>Nome:</u> JOSE RAIMUNDO DE SOUSA		<u>Prontuário:</u> 329649
<u>Mãe:</u> JOSEFA ERNESTINA DE SOUSA		<u>Pai:</u> RAIMUNDO ELISEU DE SOUSA
<u>End. Resid.:</u> CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI - CEP: 64750-000		
<u>Nascimento:</u> 07/09/1971	<u>Idade:</u> 43a:0m:21d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 89-9458-9918
<u>Responsável:</u> CIRLANDIA COELHO DE SOUSA		<u>CNS:</u> 162394561100001
<u>Profissão:</u> PEDREIRO		<u>Documento:</u>
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 421436	<u>Data:</u> 28/09/2014 00:55:40	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Acid/Trab.:</u> Não	<u>Caso Policial:</u> Não	<u>Pl. Saúde:</u> Não
<u>Trauma:</u> Não		
<u>Maus Tratos:</u> Não		

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):ESPECIALISTA:MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

 Carimbo/Assinatura Solicitante
DADOS DO PARECER:~~Necessário~~Queda de moto 05/09/13

TC de crônico NED + Cervical flexor ①
5º aniversário crônico na menina


 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):13 AGO. 2015ESPECIALISTA:CR (intervisão)MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:TC flexor

 Carimbo/Assinatura Solicitante
DADOS DO PARECER:

 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> JOSE RAIMUNDO DE SOUSA		<u>Prontuário:</u> 329649
<u>Mãe:</u> JOSEFA ERNESTINA DE SOUSA	<u>Pai:</u> RAIMUNDO ELISEU DE SOUSA	
<u>End. Resid.:</u> CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI - CEP: 64750-000		
<u>Nascimento:</u> 07/09/1971	<u>Idade:</u> 43a:0m:21d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 89-9458-9918
<u>Responsável:</u> CIRLANDIA COELHO DE SOUSA		<u>CNS:</u> 162394561100001
<u>Profissão:</u> PEDREIRO		<u>Documento:</u>
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

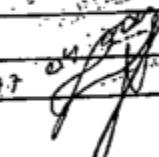
DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 421436	<u>Data:</u> 28/09/2014 00:55:40	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR		
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR			<u>Convênio:</u> S U S	
<u>Acid. Trab.:</u> Não	<u>Caso Policial:</u> Não	<u>Pl. Saúde:</u> Não	<u>Trauma:</u> Não	<u>Maus Tratos:</u> Não

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:


 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: ~~NEUROLOGIA~~

Queda de moto - 09/09/13
TC de crânio NED e feridas frescas
5º anamnese crônica na menina


 Dr. Mário Diogo de
 Oliveira Barbosa
 MATEROCURSUS
 Carimbo MATEROCURSUS Prof. Parecer

ANEXOS/SEGUROS

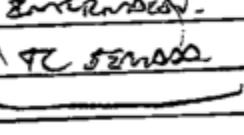
13 AGO. 2015

ESPECIALISTA:

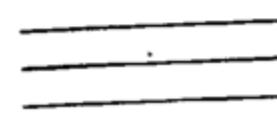
CRH (encerrado)

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

TC SEDAS


 Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER:


 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



NOME DO PASEANTE: José Raimundo de Sá

NÚMERO DO PASEANTE: 329649

ARUANA SEGUROS

13 AGO. 2015

ESTAMOS DE VOLTA NA MELHOR E MENSAL - SANE
O HOSPITAL DE SANTOS JÁ NÃO É MAIS UMA VÉZ, CHAMADO AO
SERVIÇO DE SAÚDE MELHORAS



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA		Prontuário: 329649
Mãe: JOSSFA ERNESTINA DE SOUSA	Pai: RAIMUNDO ELISEU DE SOUSA	
End. Resid.: CENTRO - CÉNTRICO - PAULISTANA - PI - CEP: 64750-000		
Nascimento: 07/09/1971	Idade: 43a:0m:21d	Sexo: Masculino Fone: 89-9458-9918
Responsável: CIRLANDIA COELHO DE SOUSA	CNS: 162394561100001	
Profissão: PEDREIRO	Documento:	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local:		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 421436	Data: 28/09/2014 00:55:40	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
Trauma: Não		Maus Tratos: Não

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA CRÂNIOENCEFÁLICO	Evento Principal: Mecanismo de trauma significativo	Destino: CONSULTÓRIO GERAL	Classificação: Laranja
--	---	----------------------------	------------------------

Breve História: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM TCS E TRAUMA DE FACE. APRESENTA HEMATOMA BIPALPEBRAL. SCG- 15. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA E DOR ABDOMINAL.	Ass. Profissional Acolhimento:
--	--------------------------------

DADOS CLÍNICOS: <i>Acidente com reto e quebado T6 e fratura de face</i>

ARUANA SEGUROS

13 AGO. 2015

PA: mmHg	P脉:	FC: bpm	Temp.: °C
Diagnóstico Inicial: TCE			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
<i>- por yeast medical</i>	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internação, indique o Procedimento e CID	
	0303040052 5068	
DATA: 11	HORA: :	Procedimento Marcus César Lopes CID
		MÉDICO
		CPF: 079.450.353-53

Francisco Pereira de Souza
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



AIH: 221410177871-3

UNI: H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Órgão Emissor: M221100001

Cao Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAR
DE INTERNAÇÃO

JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

NASCIMENTO

07/09/1971

D.LIBERA: 03/10/2014

DT. LAUDO: Plínio das Santos Macedo

Médico Auditor - DRCA/MSMS

Identificação do Estabelecimento: PROCEP: 0403010020 CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA

CRA-PT 1841-CPF: 227.587.043-15

CNPJ: 04.753.190/0008-08

1-Nome do estabelecimento: OP: SIST. CLÍNICO

-CNES

Código da
Internação:

CID: 5062

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Ass. MÉDICO RESPONSÁVEL

5828856

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

5828856

116993

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA	6 - Frontuário: 329649
7-CNS: 162394561100001	8-Nascimento: 07/09/1971
9-Sexo: Masculino	
11-Mae: JOSEFA ERNESTINA DE SOUSA	12-Fone: 89-9458-9918
13-Resp: CIRLANDIA COELHO DE SOUSA	14-Cor: Sem Informação
15-Ender: CENTRO - CENTRO - CEP: 64750-000	
16-Munic: PAULISTANA	17-Cod. IBGE: 220780
	18-UF: PI
	19-CEP: 64750-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

2 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Palidez face e NC
após queda de
moto*

21 - Condições que justificam a internação:

TC - Coletiva

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

23-Diagnóstico Inicial:

Traumatismo cerebral difuso

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ans.:

5062

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod. Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0403010020 CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVATempo SUS
1529-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 788.537.703-25

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:

MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA

28/09/2014

ARUANA SEGUROS

Agencia: 2015

-35-Area: Conting. 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			
38-() 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:
	03/10/14

48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (ALLINE) Consulta Local: 421436 Consulta SUS: Impressão: 01/10/2014 08:31:02
--	--

Edvaldo Coelho de Souza

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 80 / 09 / 84

NOME DO PACIENTE:	<i>José Raimundo de Souza</i>	PRONTUÁRIO N°:	329649
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<i>Geral</i>	N° DA SALA:	08
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Herculio</i>	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESIA:	<i>Dr. Nilson</i>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Jesus</i>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	-		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7.5	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ÁLCOOL 70%	ML	90		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	-	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	ARUANA SEGUROS
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	13	AGO 2015
JELCO N° 34	UNID.	02		<i>crepon</i>	UNID.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<i>Surgicel - unid.</i>	01		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>era plástico - unid.</i>	01		
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<i>brins 3,2 - unid.</i>	01		
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		07					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1	111	03		CIRCULANTE:	<i>Fátima Barros</i>		
PROLENE 4-0	111	03					



PRESCRIÇÃO MÉDICA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE / HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA / UT

JME DO PACIENTE

	ORIGEM: <input checked="" type="checkbox"/> HALL	DATA DE NASCIMENTO			SEXO 1-M/2-F 1-M				
	POSTO: _____	DIA	MÊS	ANO					
CLÍNICA: _____	EMERGÊNCIA: _____								
NOME: José Raimundo de Souza POS OPERATÓRIO									
CIRURGIA REALIZADA: Hemorromp extorquida									
DATA: 30.09.14		HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: 18:10							
TIPO ANESTESIA: GERAL									
S.V.R	HORÁRIO								
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1:30h	2h	2:30h	3h
P. ARTERIAL	109/68								
F. CARDIACA	96								
F. RESPIRATÓRIA									
TEMPERATURA									
OXIMETRIA	99%								
NOME/ MATRÍCULA	Téc. Cláudia								

2- EXAME FÍSICO

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO BOM - REGULAR - RUIM		ADMISSÃO	30'	60'	2h	3h	3h	SAÍDA
CONSCIÊNCIA BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS REGULAR: OBEDECE A COMANDOS RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INCONSCIENTE)		(<input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR (<input type="checkbox"/> RUIM <i>desorientado</i>)						
ATIVIDADE MOTORA BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTÁRIAMENTE OU SOB COMANDOS REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DObra JOELHO RUIM: PARALÍSIA TOTAL		(<input type="checkbox"/> BOM <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR (<input type="checkbox"/> RUIM)						
RESPIRAÇÃO BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA/ REFLEXO DA TOSSE REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA		(<input checked="" type="checkbox"/> BOM (<input type="checkbox"/> REGULAR (<input type="checkbox"/> RUIM)						
PELE BOM: ROSADA/ AQUECIDA REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE		(<input checked="" type="checkbox"/> BOM (<input type="checkbox"/> REGULAR (<input type="checkbox"/> RUIM)						
PERFUSÃO BOM: RETORNO SATISFATÓRIO REGULAR: RETORNO DIFICULTADO RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO		(<input checked="" type="checkbox"/> BOM (<input type="checkbox"/> REGULAR (<input type="checkbox"/> RUIM)						
ASPECTO CURATIVO BOM: LIMPO/ SECO REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE		(<input checked="" type="checkbox"/> BOM (<input type="checkbox"/> REGULAR (<input type="checkbox"/> RUIM)						
NOME/ MATRÍCULA:		ARUANA SEGUROS 13 AGO. 2015						

ALTA DA SRPA
 ANESTESIA: _____
 HORÁRIO: _____

DÉBITOS	HORÁRIO	VOLUME	ASPECTO/ CARACTERÍSTICA
() SVD			900 ml de con gluco salina
() SNG			
() DRENO DE SUCÇÃO			
() DRENO DE PENROSE			
() DRENO DE KEHR			
() PLEUROSTOMIA			
() ESOFAGOSTOMIA			
() GASTROSTOMIA			
() JEJUNOSTOMIA			
() ILEOSTOMIA			
() OUTRO			

4- EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

18-10-2015 admitido na SRPA em PTO de tto cirúrgico de hemi
toma extradural, sob efeito de anestesia geral, desori-
entado, dispôsico, respira com espirros rudos/ cípere de
O2

Arq. Lílio Ithopina Lapa
Enfermeira
CUREN-PA-001-001

ARUANA SEGUROS

13 AGO. 2015

5- ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHADO ÀS _____ HORA: () CLÍNICA DE ORIGEM () UTI () AMBULATÓRIO () OUTRO:

OBSERVAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE: _____



PACIENTE: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA
SOLICITANTE: FRANCILUZ MORAIS BISPO
DATA: 05/01/2015 CÓD.:106179
EXAME: TC CRANIO
CONVÊNIO: RADIOLOGIA - PARTICULAR

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos multislice de 16 canais foram obtidos em axial com reconstruções multiplanares com espessura de 6 mm e intervalo de 3 mm.

RELATÓRIO:

Lesões hipodensas de limites parcialmente definidos localizadas em região do lobo frontal e parieto-occipital à direita.

Sinais de craniotomia com ausência da tábua óssea em região fronto-temporo-parietal à direita.

Discreta área líquida subdural localizada em região parieto-occipital à direita medindo aproximadamente 4,0 x 1,5cm.

Parênquima encefálico com coeficientes de atenuação normais.

Ventrículos laterais, 3º e 4º ventrículos com formas/dimensões normais.

Não há desvio da linha média.

Sulcos e fissuras de aspecto normal em relação a idade.

Cisternas basais sem alterações.

Ausência de calcificações patológicas.

CONCLUSÃO:

1. Lesões hipodensas de limites parcialmente definidos localizadas em região do lobo frontal e parieto-occipital à direita, de natureza sequelares.
2. Sinais de craniotomia com ausência da tábua óssea em região fronto-temporo-parietal à direita.
3. Discreta área líquida subdural localizada em região parieto-occipital à direita.

ARUANA SEGUROS
13/01/2015

JOSE ALMIR DE SA JR
CRM - 2810

Av. Nossa Senhora de Fátima, 629 - Centro
Fone: (89) 3422-3300 • Picos-PI



Eu, *Jose Raimundo de Sousa*, portador da carteira de identidade nº 55.281-X SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 956.995.033-15, residente e domiciliado na Rua Paraná, s/n – Bairro Arapiraca, Paulistana - Piauí, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo-automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Paulistana - PI, 22 de julho de 2015

Jose Raimundo de Sousa

Jose Raimundo de Sousa

Hanecchavepa + BMR



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA		Prontuário: 329649
Mãe: JOSEFA ERNESTINA DE SOUSA	Pai: RAIMUNDO ELISEU DE SOUSA	
End. Resid.: CENTRO - CENTRO - PAULISTANA - PI - CEP: 64750-000		
Nascimento: 07/09/1971	Idade: 43a:0m:21d	Sexo: Masculino Fone: 89-9458-9918
Responsável: CIRLANDIA COELHO DE SOUSA	CNS: 162394561100001	
Profissão: PEDREIRO	Documento:	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 421436	Data: 28/09/2014 00:55:40	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
		Trauma: Não
		Maus Tratos: Não

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Evento Principal: Mecanismo de trauma significativo	Destino: CONSULTORIO GERAL	Classificação: Laranja
--	---	----------------------------	------------------------

Breve História:
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM TCE E TRAUMA DE FACE. APRESENTA HEMATOMA BIPALPEBRAL. ECG- 15. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA E DOR ABDOMINAL.

Assinatura
Ass. Profissional Acolhimento:

DADOS CLÍNICOS: <i>Acidente com moto causando ferimento na face.</i>	ARUANA SEGUROS
	13 AGO. 2015

DOCUMENTO 3 *T3%



PA: X mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: TCE		CID: _____	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: <i>- ferimento na face.</i>	
--	--

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internação, indique o Procedimento e CID 0303040092 5068
DATA: / /	HORA: : : Procedimento Marcus César Lopes CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

elba
CRM-PI 1049 CPF: 079.450.353-53



Seguradora Líder DPVAT

AUTORIZAÇÃO

DOCUMENTO 1

T10

DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Raimundo de SouzaPORTADOR(A) DO RG N° 55.281.748-X EXPEDIDO POR SSPISP EM 23/03/11 ECPF 9.569.950.33-15 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO /E RENDA MENSAL DE R\$ 2.100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação-023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação-013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3467 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 023537-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ARUANA SEGUROS13.480.2015

de _____ de _____

LOCAÇÃO DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

JOSÉ RAIMUNDO SOUZA

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA
Caixa Econômica Federal

CONTA-CREDIÁDA: 3467.001.00023537-3
NOME: JOSE RAIMUNDO DE SOUSA

ARUANA SEGUROS

13 AGO. 2015