



Número: **0824035-20.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **JECC Teresina Sul 1 Sede Bela Vista**

Última distribuição : **05/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.737,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO (AUTOR)</b>	<b>GEOFRE SARAIVA NETO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64597 71	24/09/2019 10:20	<a href="#">Citação</a>	Citação
64597 46	24/09/2019 10:14	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
62397 73	05/09/2019 17:53	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
62397 83	05/09/2019 17:53	<a href="#">DOC 05 - PRONTUARIO MEDICO 2</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
62397 84	05/09/2019 17:53	<a href="#">DOC. 01 - KIT AJUZAMENTO</a>	PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS
62397 85	05/09/2019 17:53	<a href="#">DOC. 02 - BOLETIM DE OCORRENCIA</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
62397 86	05/09/2019 17:53	<a href="#">DOC. 03 - LAUDO MEDICO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
62397 90	05/09/2019 17:53	<a href="#">DOC. 04 - ATENDIMENTO SAMU</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
62397 91	05/09/2019 17:53	<a href="#">DOC. 05 - PRONTURARIO MEDICO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
62398 93	05/09/2019 17:53	<a href="#">DOC. 06 - ABERTURA - DPVAT - SINISTRO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
62398 96	05/09/2019 17:53	<a href="#">DOC. 06 - CARTA DE PAGAMENTO - DPVAT</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
62398 97	05/09/2019 17:53	<a href="#">DOC. 07 - LAUDO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
62398 98	05/09/2019 17:53	<a href="#">DPVAT - MANOEL FIRMINO</a>	Manifestação



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ  
GABINETE DA JECC TERESINA SUL 1 SEDE BELA VISTA DA COMARCA DE TERESINA**  
Rodovia BR 316 KM 05, Bela Vista, TERESINA - PI - CEP: 64039-200

**PROCESSO Nº 0824035-20.2019.8.18.0140**

**CLASSE:** PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)

**ASSUNTO:** [Seguro]

AUTOR: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO**

(Conforme Provimento 20/2014 da CGJ/PI)

**QUALIFICAÇÃO DA PARTE:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Edifício Citibank, 100, Rua da Assembléia 100, andar 26, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

**FINALIDADE:** CITAÇÃO da parte requerida, acima qualificada, de todo conteúdo da petição inicial, cuja cópia segue em anexo, e INTIMAÇÃO para comparecer na Audiência de Conciliação, Instrução e Julgamento na sede deste Fórum no endereço acima indicado.

**DATA DA AUDIÊNCIA: 10/12/2019 às 11:30 AUDIÊNCIA UNA DE CONCILIAÇÃO, INSTRUÇÃO E JULGAMENTO**

**LOCAL:** JECC de Teresina Zona Sul 1-Sede Bela Vista(Teresina), Fone: (86) 3215-7435, BR - 316, KM - 06 CEP: 64.039-200

**ADVERTÊNCIAS:** O não comparecimento às audiências importará em revelia, reputando-se como verdadeiras as alegações iniciais do autor e preferindo-se o julgamento de plano. Comparecendo a parte promovida (ré), e não obtida a conciliação, poderá a ação ser julgada antecipadamente, se for o caso, ou se proceder à audiência de instrução e julgamento. O promovido deverá oferecer contestação, escrita ou oral, na audiência de instrução e julgamento, sendo obrigatória, nas causas de valor superior a 20 salários mínimos, a presença de advogado. Em se tratando de pessoa jurídica, o preposto deverá apresentar no ato da audiência respectiva a carta de preposição, sob pena de revelia.

**ANEXOS:** Cópia do inteiro teor da petição inicial.

24 de setembro de 2019.

**ROGERIO ALENCAR IBIAPINA**

**Secretaria da JECC Teresina Sul 1 Sede Bela Vista**



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**GABINETE DA JECC TERESINA SUL 1 SEDE BELA VISTA DA COMARCA DE TERESINA**  
Rodovia BR 316 KM 05, Bela Vista, TERESINA - PI - CEP: 64039-200

---

**PROCESSO Nº:** 0824035-20.2019.8.18.0140

**CLASSE:** PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)

**ASSUNTO(S):** [Seguro]

**AUTOR:** MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO

**RÉU:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

#### **Certidão de Triagem**

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei que:

- I - A classe processual está correta e os assuntos são pertinentes a demanda;
- II - Os documentos acostados à inicial encontram-se legíveis;
- III - Uma das partes possui domicílio ou estabelecimento na área territorial deste JECC;
- IV - Consultando o *PROJUDI* e o *THEMIS WEB*, verificou-se que não há litispendência;
- V - O valor da causa é compatível com a alçada deste Juízo.

Era o que tinha a certificar.

TERESINA-PI, 24 de setembro de 2019.

**ROGERIO ALENCAR IBIAPINA**  
**Secretaria da JECC Teresina Sul 1 Sede Bela Vista**

PETIÇÃO EM PDF





FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE					DATA DE REGISTRO		
DATA: 06/05/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. UREIA			
EXAMES DE URINA									
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA									
SISTEMA CIRCULATÓRIO							ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO							ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO ESTADO MENTAL	segundo 28m			SISTEMA URINÁRIO					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO							CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							APLICADAS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	Sonda					TOTAL DE DOSES		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	Eletro					Respiração 12 Pulse 75		
TEMPERATURA T	C° 260 240 2 38	260 240 2 38					Respiração 16 Pulse 75 Brenometro		
P ARTERIAL O PULSO	200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	100					SEQUÊNCIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	Início								
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	Fim								
RESPIRAÇÃO O	Respiração								
SÍMBOLOS							DURAÇÃO		
TÉCNICAS	Respi + Sedação						INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERADORES	Explorador Testicular								
CIRURGIÕES	Cirurgião								
ANESTESISTAS	Anestesista								
PARTICULARIDADES							CONDIÇÕES PÓS-OPERTÓRIO IMEDIATAS		

MOD 76 - HUT



19 11:28:59  
IMITOS  
(03)  
**510534**

FIs Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

**FHT**  
Fundação Hospitalar  
de Teresina

**SUS**

Prefeitura de  
**Teresina**

**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

NOME DO PACIENTE:	Manoel Firmino dos Santos Filho			PRONTUÁRIO Nº:	510534
DIAGNÓSTICO:				CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Raquel			Nº DA SALA:	08
CIRURGÃO:	Dr. Wilson			CPF Nº:	
AUXILIAR:				CPF Nº:	
ANESTESIA:	Raquel			CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Dayana			CPF Nº:	

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 410 175	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				 Jane Simone Souza - Matrícula: 047467 SAMU - HUT CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Zoey</i>			
PROLENE							

GEOFRE SARAIVA  
ADVOCACIA

**'PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**

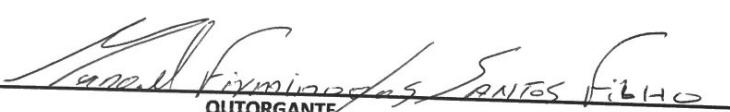
**OUTORGANTE:** MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO, brasileiro, casado, autônomo, inscrito no CPF/MF sob o número 341.358.203-87, residente e domiciliado na Rua Estigma, Vila Irmã Dulce, n. 7364, bairro Vila Irmã Dulce, Teresina – PI.

**OUTORGADO:** OUTORGADO: GEOFRE SARAIVA NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PI sob o nº 8274, OAB/MA sob o nº 11.791 – A, OAB/CE sob o nº 34.273-A, com escritório profissional na Avenida Dom Severino, n. 2351, sala 301, bairro Horto, Teresina – PI – Brasil CEP - 64052-535 | [geofre@hotmail.com](mailto:geofre@hotmail.com) | [www.geofre.com.br](http://www.geofre.com.br) | E-mail [geofre@hotmail.com](mailto:geofre@hotmail.com)

**PODERES OUTORGADOS**

Através do presente instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o OUTORGADO, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 do Novo Código de Processo Civil (Lei nº 13.105/2015) e art. 5 da Lei 8.906 EAOAB, e os PODERES ESPECÍFICOS para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, assinar declaração de hipossuficiência econômica, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta incluindo o INSS, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, com poderes especiais para fazer perante juízo a declaração de pobreza na concepção jurídica da palavra e, além de defender e representar em processo administrativo ou jurídico em quaisquer instância ou grau de jurisdição, poderes estes que poderão ser substabelecidos, com ou sem reserva.

TERESINA – PI, 14 de agosto de 2019

  
Manoel Firmino dos Santos Filho  
**OUTORGANTE**

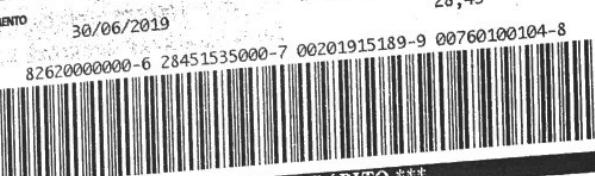
Avenida Dom Severino, n. 2351, sala 301, bairro Horto, Teresina – PI – Brasil  
CEP - 64052-535 | [geofre@hotmail.com](mailto:geofre@hotmail.com) | [www.geofre.com.br](http://www.geofre.com.br)

RUA ESTIGMA VILA LIMA - CEP: 09999999 DULCE-TERESINA-PI-cep: 09999999		GRUPO 012	NÚMERO A07N328724																																				
LOCALIZAÇÃO 012-00031-009530		ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal																																					
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS / TÍPO LIDO FATURADO		CONSUMO MÊS M3 10 LEI 12.741/2012 PIS/PASEP 28,45 x 1,65% = 0,46 COFINS 28,45 x 7,68% = 2,16																																					
05/2019 Média 00 10 06/2019 Média 00 10 07/2019 Média 00 10 08/2019 Média 00 10 09/2019 Média 00 10 10/2019 Média 00 10 11/2019 Média 00 10		DATA LEITURA ANTERIOR 20/05/2019 512 ATUAL 18/06/2019 512																																					
TABELA DE TARIFAS RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%) 18 2,8458 65 10 25 5,3000 65 25 999999 9,1580 65		DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45 REF. 10,0 m3 28,45 > Residencial-Normal																																					
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)		VENCIMENTO 30/06/2019 TOTAL A PAGAR 28,45																																					
IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES MENSAGEM NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 22 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.																																							
NOTIFICAÇÃO Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8 987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.																																							
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MÊS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLORO LIVRE</td> <td>2380</td> <td>2339</td> <td>41</td> <td>1,42</td> <td>0,2-5,0 mg/L</td> </tr> <tr> <td>COR APARENTE</td> <td>2383</td> <td>2168</td> <td>215</td> <td>8,87</td> <td>Inferior a 15</td> </tr> <tr> <td>PH</td> <td>1865</td> <td>2538</td> <td>327</td> <td>6,27</td> <td>6,00-9,50</td> </tr> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td>2384</td> <td>2273</td> <td>111</td> <td>2,85</td> <td>Inferior a 5</td> </tr> <tr> <td>COLIFORMES TOTAIS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO	CLORO LIVRE	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L	COR APARENTE	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15	PH	1865	2538	327	6,27	6,00-9,50	TURBIDEZ	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5	COLIFORMES TOTAIS					
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																																		
CLORO LIVRE	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L																																		
COR APARENTE	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15																																		
PH	1865	2538	327	6,27	6,00-9,50																																		
TURBIDEZ	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5																																		
COLIFORMES TOTAIS																																							
CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MÊS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESCHERICHIA COLI</td> <td>000</td> <td>050</td> <td>4</td> <td>Ausente</td> <td>Ausente</td> </tr> <tr> <td></td> <td>000</td> <td>600</td> <td>0</td> <td>Ausente</td> <td>Ausente</td> </tr> </tbody> </table>				PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO	ESCHERICHIA COLI	000	050	4	Ausente	Ausente		000	600	0	Ausente	Ausente																		
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																																		
ESCHERICHIA COLI	000	050	4	Ausente	Ausente																																		
	000	600	0	Ausente	Ausente																																		
DATA DA EMISSÃO: 18/06/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:09																																							

TC 1.38 20190618110910

**ÁGUAS DE TERESINA**

MATRÍCULA 23486147-9	FATURA N° 151890076
	MÊS / ANO 6/2019
VENCIMENTO 30/06/2019	VALOR A PAGAR 28,45

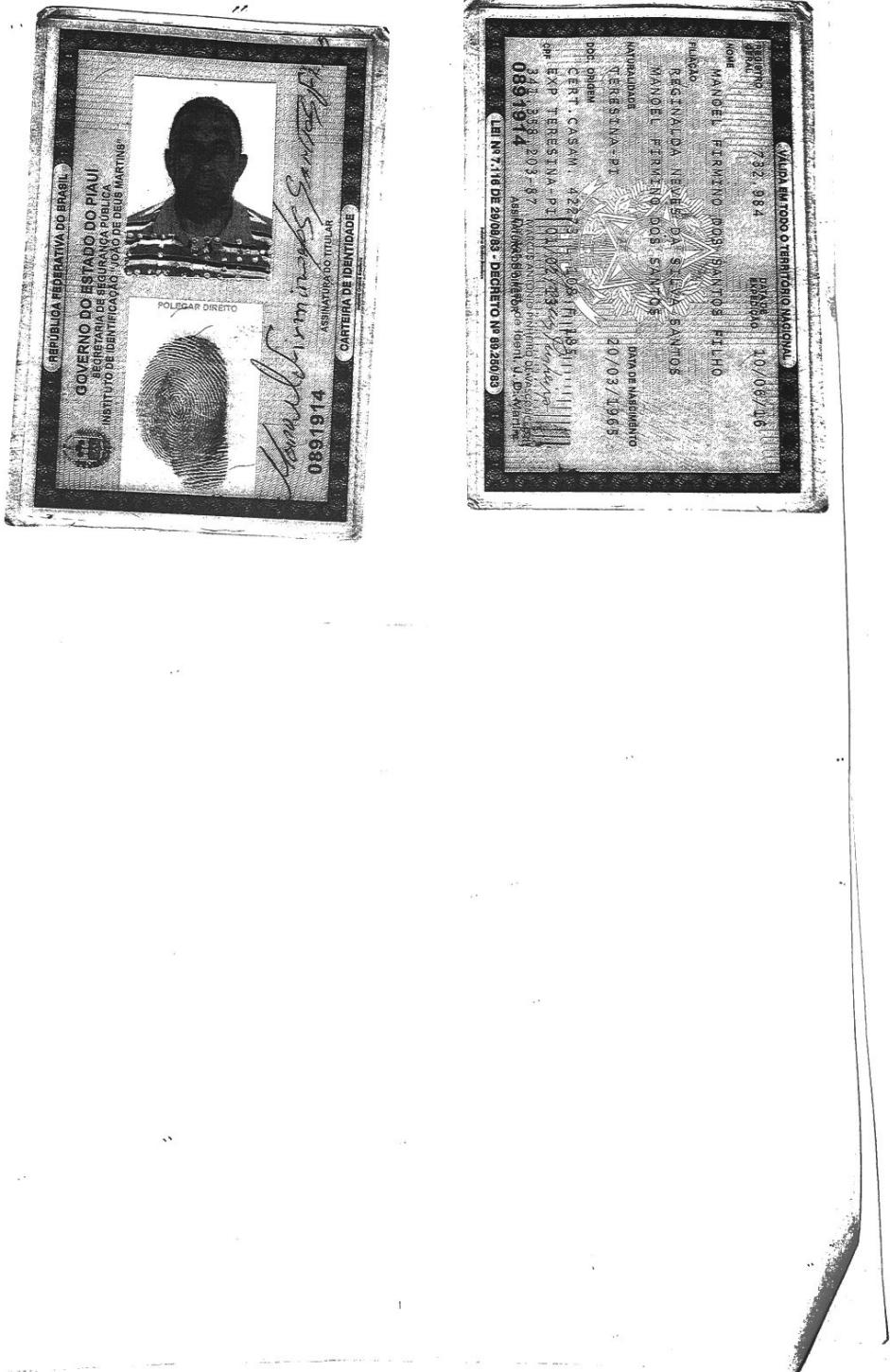


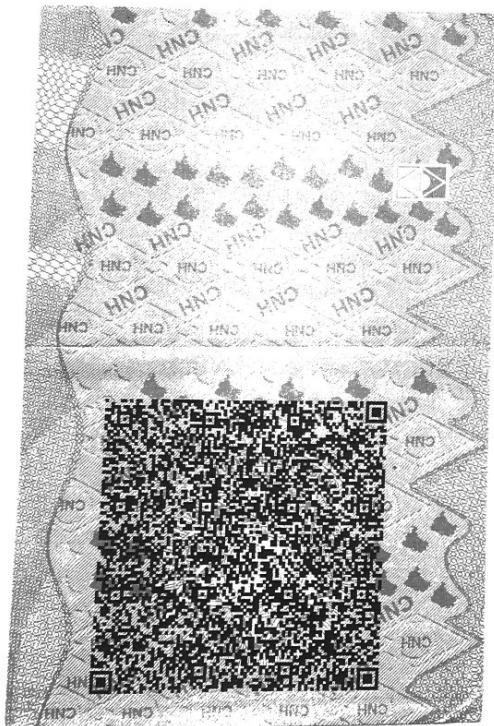
\*\*\* AVISO DE DÉBITO \*\*\*

Prezado cliente,  
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).  
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa  
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do  
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos  
listados serão cobrados na próxima fatura.

MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)
05/2019	31/05/19	28,45	07/2018	06/08/18	31,45
04/2019	30/04/19	28,45	06/2018	02/07/18	26,51
03/2019	31/03/19	28,45	05/2018	01/06/18	26,51
02/2019	28/02/19	28,45	04/2018	03/05/18	26,51
01/2019	04/02/19	28,45	03/2018	02/04/18	26,51
12/2018	02/01/19	26,64	02/2018	03/03/18	26,51
11/2018	08/12/18	26,51	01/2018	30/01/18	26,51
10/2018	31/10/18	26,51	DEMAIS		132,31
09/2018	08/10/18	26,51			
08/2018	31/08/18	26,51	TOTAL		597,75

82620000000 5 97751535000 6 00201900108 6 30420100504 4







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

164 v. 1.0

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002495/2019-08

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 03/07/2019 - 09:47

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	08/05/2019 - 10:00
Tipo Local	Bairro
VIA PÚBLICA	ILHOTAS
Município	Ponto de Referência
TERESINA	DEBAIXO DA PONTE J.K.
Endereço	
AV. MAL. CASTELO BRANCO, Nº:	
Complemento	



### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO  
RG: 732984 PI  
Mãe: REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS  
Pai: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS  
Endereço: RUA ESTIGMA, Nº 7364  
Bairro: VILA IRMÃ DULCE  
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

#### Natureza(s) da Ocorrência

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR160 BROS ESDD, PLACA PIM-2433-PI, COR PRETA, RENAVAM 1088199876, PROP. DE GIANE MARIA DE SOUSA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO NORTE/SUL, QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DE AUTOMÓVEL À SUA FRENTES. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 510534). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.  
AGENTE DE POLÍCIA

MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

## LAUDO MÉDICO

**MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO (Prontuário: 510534)**

RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Idade: 54a1m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720668

ato: 20/03/1965 Data Exame: 08/05/2019  
io: 951707 Solicitação: 08/05/2019  
Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES

1211916 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

A: 0206010079

Data Exame: 08/05/2019

#### T.C. DE CRANIO

CNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E  
IRONAL.

#### ELATÓRIO:

ARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA  
ORMALIDADE.

AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.

SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.

CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(SE AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/05/2019

**CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES**

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO** (Prontuário: 510534)  
Endereço: RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 20/03/1965 Idade: 54a1m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 720668  
Requisição: 951706 Solicitação: 08/05/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
Controle: 1211915 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020070

Data Exame: 08/05/2019

#### US DE BOLSA ESCROTAL

Exame da bolsa escrotal realizado com transdutor linear de alta resolução, demonstra:

#### ACHADOS:

Testículo direito: integros, com morfologia, diâmetros, túnica e textura parenquimatosas normais.

Testículo esquerdo: com contorno inferior parcialmente definido.

Epidídimo direito: anatômico.

Epidídimo esquerdo: não visibilizado.

Observa-se volumoso conteúdo heterogêneo no interior da hemibolsa escrotal esquerda.

\* Dimensões testiculares:

Testículo D. = 4,7 x 2,6 x 3,2 cm.

Testículo E. = 4,8 x 2,4 x 2,7 cm.

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- O contorno inferior do testículo esquerdo encontra-se parcialmente definido (pelo conteúdo heterogêneo no interior da bolsa escrotal?).

- Volumoso conteúdo heterogêneo no interior da hemibolsa escrotal esquerda. Provável sangue e/ou coágulos.

(MÔNICA ALZIRA)

TERESINA - PI 08/05/2019

**MÔNICA ALZIRA P DA SILVA**

CPF: 227.811.103-53 CRM 3162

Profissional Responsável



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 203745	
AIH: 2219100317357			
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO			

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898000218256002	MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO		20/03/1965	M	510534
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		RESPONSÁVEL
		8694288502	REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS		MANOEL
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO				NUMERO / LOTE
	RUA ESTIGMA 7364				7364
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		UF
CENTRO			TERESINA		PI

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

##### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA PERINEAL CONTUSO EVOLUINDO COM HEMATOMA ESCROTAL IMPORTANTE

##### CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA

##### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) EXAME CLÍNICO + ULTRASSOM

##### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S302 - CONTUSÃO DOS ORGÃOS GENITAIS EXTERNOS	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

##### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0409040096 - EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
CARATER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 08/05/2019	WILSDON MOURA GONCALVES CPF: 89137264320 CRM:
DATA ADMISSÃO 08/05/2019 12:00	DATA ALTA 09/05/2019 11:00	MOTIVO ALTA MELHORADO

#### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE    CNPJ SEGURADORA    N° DO BILHETE    SERIE    CNPJ DA EMPRESA    CNAE EMPRESA    CBOR NATUREZA DA LESÃO

#### AUTORIZAÇÃO

##### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))  MARILEA DA SILVA LEAL CPF: 80417574304	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA  John Luiz da Silveira CRM: 041857 DATA ANALISE: 09/05/2019 13:12:20
--	--

##### ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO	6 - Prontuário: 510534		
7-CNS: 898000218256002	8-Nascimento: 20/03/1965	9-Sexo: Masculino	CPF: 341.358.203-87
11-Mãe: REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS			12-Fone: 86-94288-502
3-Resp: (O MESMO)			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:  
paciente vítima de acidente de moto com trauma perineal contuso evoluindo com hematoma escrotal importante

21 - Condições que justificam a internação:  
necessidade de exploração cirúrgica

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):  
exame clínico + ultrason

23-Diagnóstico Inicial:  
Contusão dos órgãos genitais externos

24-CID Prin: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.  
S302

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

28-Cod.Proced.: 0409040096	27-Procedimento Solicitado: EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	Tempo SUS 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF 891.372.643-20	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: WILSDON MOURA GONÇALVES	34-Data Solicitação: 08/05/2019	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:
48-Documento: (CNS) (CPF)	49-Num. Documento:

*Marcondes Martins S. Moura  
Medico Auditor - FMS - Teresina  
FMS-PI 1260 - CMS 17026395120001  
Ass. Carimbo (Rg. Conselho)*

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (WILSDON)  
Consulta Local: 720668  
Consulta SUS:  
Impressão: 08/05/2019 14:15:19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Nº LAUDO: 203745 AIH: 2219100317357
--	--	--

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
898000218256002	MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO		20/03/1965	510534	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
	8694288502	REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS	MANOEL		
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)		NÚMERO / LOTE		
	RUA ESTIGMA 7364		7364		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
CENTRO			TERESINA	PI	

#### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Descrição do procedimento principal	Cód. procedimento principal
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013

#### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

Descrição do procedimento solicitado - ANTERIOR	CÓDIGO		
EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	0409040096		
Descrição do procedimento solicitado - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO	0415030013		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
CONTUSAO DOS ORGAOS GENITAIS EXTERNOS	S302		

#### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

##### PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

#### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente vítima de acidente de moto com trauma perineal contuso evoluindo com hematoma escrotal importante 0409040096 S302 EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL 0409040169 S380 ORQUIECTOMIA UNILATERAL

#### PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	21/05/2019

#### AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
170263951200001		21/05/2019 16:56:29





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	238616

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO</b>	6 - Prontuário: <b>510534</b>
7-CNS: <b>898000218256002</b>	8-Nascimento: <b>20/03/1965</b>
-Mãe: <b>REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>
13-Resp: <b>(O MESMO)</b>	CPF: <b>341.358.203-87</b>
15-Ender: <b>RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - CEP: 64000-010</b>	12-Fone: <b>86-94288-502</b>
16-Munic: <b>TERESINA</b>	14-Fone:
	17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

19-Cod. Procd. Anterior <b>0409040096</b>	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição <b>EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL</b>
21-Cod. Mudança Proced. <b>0415030013</b>	20 - Mudança de Procedimento / Descrição <b>TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO</b>
27-CID Prin: ?	26-Diagnóstico: ?

28-CID Sec.: 29-CID C.Ass.: *Dr. Wilson M. Gonçalves*

38-Proissional Responsável: <b>WILDSON MOURA GONÇALVES</b>	40-Tp. Documento: CPF	<i>Dr. Wilson M. Gonçalves</i>
-Data Solicitação: <b>08/05/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>891.372.643-20</b>	<i>Ass. Carimbo CRM</i>

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

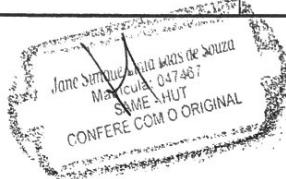
paciente vítima de acidente de moto com trauma perineal contuso evoluindo com hematoma escrotal importante  
0409040096 S302 EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL  
0409040169 S380 ORQUIEKTOMIA UNILATERAL

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: <i>29.5.2019</i>
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) <i>(AMPARO LEAL)</i>





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <b>1238</b>	02 Data do chamado <b>08/10/19</b>	03 PRO (código) <b>28918</b>	04 Saída do PA <b>1034</b>	05 Chegada ao local <b>1002</b>		
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>1105</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>1112</b>	08 Saída do 1º hospital <b>1112</b>	09 Chegada ao 2º Hospital <b>1007</b>			
Dados do Paciente	10 Endereço <b>AV marechal castelo Branco</b>	11 Bairro <b>Floripa</b>	12 Município-UF <b>The</b>	Código IBGE <b>01</b>			
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência <b>na ponte Pequena - subindo da ponte</b>	14 Nome <b>mauel Fumim de souza Filho</b>	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado <b>1</b>	16 Idade <b>54</b>	17 Se idade ignorada, preencha com 999		
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01-Accidente de transporte- <b>HUT</b> 02-Agressão física-espancamento 03-Agressão física-FAF 04-Agressão física-FAB 05-Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	<b>017</b>		
Exame Físico	19 Vítima 1-Pedestre 2-Conduutor 3-Passageiro 9-Ignorado	20 Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta	21 Outra parte envolvida 5-Ônibus/Micro-ônibus 6-Outro 7-Automóvel 8-Motocicleta 9-Ônibus/Micro-ônibus 10-Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança			
Assistência	23 Glasgow = <b>7</b>	RESPOSTA VERBAL 4-Espontânea 3-A voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. SatO2	<b>96</b>		
Hospital de Destino	25 Local da lesão <b>lateral</b>	26 Pupilas 1-Iguais 2-Desiguais	27 Pulso Radial 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente	28 Sangramento 1-Sim 2-Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1-Sim Exposta Fechada 2-Não 3-Suspeito	
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não ) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred	32 Hospital de Destino <b>HUT</b>	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim Antes do socorro 2-Não Antes do transporte Durante o transporte			Não Removido
	<b>Paciunte caiu de moto e com feridas na perna em região móntada e ferimento sangrante, edema na região sacroanal consciente, orientado o mesmo e hipertensão, diaz etico.</b>						
	CONFERE COM O ORIGINAL <b>Marília Veloso Cantanhede</b> Gerente Administrativa SA 11						
	Sobreve Lotão C. M. de Souza Enfermeira Responsável pela Recepção 0800-7500000	Socorristas Médico AE/TE <b>socorro</b>	Enfermeiro Condutor <b>maria helo</b>				
Versão:27.11.2011							



NOME DO PACIENTE: Manoel Firmino dos Santos Filho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510534

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".



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

Neuro  
Urologia

### BOLETIM DE ENTRADA (BE)

#### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO		Frontuário:	510534
Mãe:	REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS		Pai:	
End. Resid.:	RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento:	20/03/1965	Idade:	54alm19d	Sexo: Masculino Fone: 86-94288-502.
Responsável:	O MESMO			
Profissão:	MOTO BOY			
G. Instrução:	Não informado			
E.Civil:	Casado(a)			

Imp: 08/05/2019 11:28:59  
(User: EDUARDO SALMITO)  
(Estação: CONSULPA03)

#### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	720668	Entrada:	08/05/2019 11:13:45	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura							
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)							
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU							

#### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA , EM USO DE CAPACETE, ECG:15. REFERE TRAUMA E DOR TESTICULAR , LESAO EM FACE. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 08/05/2019 11:19:10

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉:	bpm	Pressão:	mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO/CARRO, ESTAVA COM CAPACETE, PORÉM SEM VISOR, TEVE FERIMENTO EM REGIÃO RONTEL, COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. A) VIAS AEREAIS PERVERIAS ,FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO:112.BPM ,SAT 02:99%, FR 19IRPM. C)AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE. D)GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE. E)EDEMA ESCROTAL									
Diagnóstico Inicial:					CID:				

Exames Complementares:	<i>John Simões de Souza 08/05/2019 11:28:59 HUT DR. ZENON NOCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA</i>								
Prescrição Médica:	EXAME: C79400 1/1 DATA: 08-05-2019 11:59 <i>Hu99020158 TOMOGRAFIA</i>								

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

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO SALMITO SOARES  
6339 PI Em: 08/05/2019 11:28:58



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

MÉDICO / CRM:

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE  
Manoel Fiuza

DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO  
05/05/2011

MÉDICO ASSISTENTE

## PREScrição MÉDICA

PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
1111111111	P. Y	2.21	29	

ALERGIAS:  
*abdominalmente MAS / DM.*

HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
<i>AM 07:00</i>	<i>(AM 07:00)</i>
<i>10:00</i>	<i>10:00</i>
<i>14:00</i>	<i>14:00</i>
<i>18:00</i>	<i>18:00</i>
<i>22:00</i>	<i>22:00</i>

- 1) Dieta balanceada
- 2) 5g 5% — 500ml > 1L
- 3) Diprostone 1 amp + AD 1L 6h
- 4) Coloprofeno 100mg > 1L
- 5) Siroto Várias + Cuidados gerais
- 6) Curativo em deuso

*NOTA: Manoel Fiuza 047807  
SAME-HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL*

MÉDICO / CRM:



HISTÓRICO DE ADMISSÃO		PACIENTE		OPERATÓRIO - SRPA	
15	hs 35 min	Nome: <i>Maria Santos Filho</i>	IDADE: _____ anos	DATA: 08/05/2019	
CIRURGIA REALIZADA		TIPO DE ANESTESIA: ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO		<i>Exploracão testicular</i>	
SINAIS VITAIS				HORÁRIO	
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)		ADMISSÃO: <i>113/60</i>		SAIDA: <i>130x90</i>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		<i>88</i>		<i>93</i>	
SATURAÇÃO DE O2 (%)		<i>98%</i>		<i>99%</i>	
TEMPERATURA AXILAR (0°C)					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/ MATRÍCULA		<i>Ana Celia</i>			
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK					
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	ADMISSÃO: <i>2 4</i>	2	SAÍDA: <i>2 4</i>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL: <i>09</i>		
ESCALA DE DOR ATUAL			ASS.: <i>Maria Josefa da Cunha</i>		
( ) SONDA VESICAL		( ) DRENO DE SUCÇÃO		( ) DRENO TORACICO	
hs	mL	hs	mL	hs	mL
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:					
<i>Paciente admitido na SRPA em POE exploracão testicular; nega edema; membrana; em ambiente.</i>					
<i>Maria Josefa da Cunha</i> <i>Assinatura</i> <i>08/05/2019</i>					
PRESCRIÇÃO MÉDICA			ALTA SRPA		
			Dr. Henrique Lobo Médico Anestesiologista Anestesiologista		
			16/05/2019		
			HORÁRIO		
ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]					
POSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] ORT [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD]					
P. 08 225					



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

Prontuário:  
510534  
Internação:  
238616

Nome: **MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO**  
End. Resid.: RUA ESTIGNA N 7364 - VILA IRMA DULCE  
Cidade: TERESINA - PI

Sex: \_\_\_\_\_

**Cidade:** TERESINA - PI

**CEP:** 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 20/03/1965	Idade: 54alm19d	Estado Civil: Casado(a)	CEP: 64000-010 Profissão: MOTO BOY
Internação		Alta		Permanência
Data 08/05/2019	Hora 14:12	Data	Hora	

## Diagnósticos:

#### Diagnosis

262

---

**GENE**

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

## EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA MÍDIA

## MEDICAÇÕES:

ANSWER

**PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:**

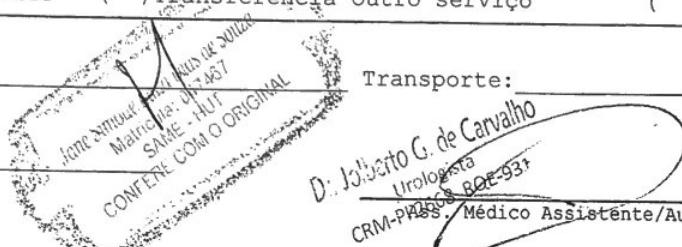
**Tipo de Alta:**  Curado  Melhorado  Pedido  Evasão  Administrativa  
 Óbito  Transferência outro serviço  Outro motivo

## **TRANSFERÊNCIA:**

Vaga cedida por:

Transporte:

Name: \_\_\_\_\_





## ATESTADO MÉDICO

Atesto que

Mauri Freire da Silva

Cart. Prof. Nº \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

necessita de 30 dias de licença para tratamento de saúde a partir

de 08/05/19 (D: N. 39)

Teresina, 09 de 05 de 20 19

D: José Roberto G. de Carvalho  
CRM-PI 1008 TCE-031

NOTA: Este atestado é válido para finalidade previstas no Artigo 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/87 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190420212**

**Vítima: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO**

**Data do Acidente: 08/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXSANDRO FERREIRA DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO**

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, contados 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 14547573

Pag. 01777/01778 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020889



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 30 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190420212** Vítima: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO

**Data do Acidente:** 08/05/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ALEXSANDRO FERREIRA DA SILVA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO**

Informamos que o pagamento da indenização à Sociedade

Multa: R\$ 0,00

Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas pélvicas cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO**

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001607

Conta: 0000035703-5

Tipo: CONTA POUPANCA

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

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

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

Atenciosamente,



**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "Gerardo Vasconcelos"**  
 Rua Francisca de Melo Dib, s/nº - Centro - Teresina - PI  
 TERESINA-PI CEP: 64000-140 CNPQ: 06.550.549/0001-90



**LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO**

Pag: 1 de 1

**Identificação do Laudo:**

Código: 120899	Tipo: L. CORPORAL-ACID.	Requisitante: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cl. laudo: TERESINA-PI
Data Requisição: 21/08/2019	Remeter para: o mesmo (a)	Data Exame: 21/08/2019	Hora Exame: 09:16
Local Exame: I.M.L.		Emissão do Laudo: 21/08/2019	09:16:17

**Identificação do Periciando:**

Código: 62820	Nome: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS FILHO	Nacionalidade: Brasileira	Cor: MORENA
Dt. Cadastro: 21/08/2019	Endereço: RUA ESTIGMA 7364 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI		
Mae: REGINALDA NEVES DA SILVA SANTOS	Fam.: MANOEL FIRMINO DOS SANTOS		
CPF: 732.984-SSP-PI	Registro Nascimento:		
Profissão: AGENTE DE PORTARIA	Nascimento: 20/03/1965	Idade (anos): 54	Sexo: M Estado Civil: Casado(a)

**L A U D O :**

PRÉAMBULO: No dia, hora e local acima especificados, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao exame de tipo de Delito descrito acima do periciando tamoém já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. HISTÓRICO: Foi orientado auto e alo psiquicamente para a idade, relatou que fôra vítima de trânsito no dia 02 de Julho de 2019, com trauma na região genital. DESCRIÇÃO: Acha-se o paciente com uma cicatriz longitudinal na região inferior do saco escrotal e ausência do testículo esquerdo. Apresentou cópia de prontuário médico do Hospital de Urgências de Teresina (nº 50034) que revelou que o periciando foi submetido a uma orquiectomia (retirada do testículo). DISSOCIAÇÃO: Desão em saco escrotal com comprometimento do testículo esquerdo necessitando entereze. A perda de um testículo não resulta debilidade, pois não há prejuízo funcional, era ver que o periciando continua sem nenhuma restrição da função reprodutora. CONCLUSÃO: Traumatismo na região escrotal com perda completa de testículo esquerdo compatível com acidente de trânsito. PREGOADA AGO QUESITOS FORMULADOS: 1) Houve ofensa à integridade física? Resp.: Sim 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: Indiretamente 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trâfego? Resp.: Sim 4) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perda de vista, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: Não 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: Não 6) Outros dados julgados relevantes? Resp.: Não. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devolverse assinado. //

ARTHUR SAMFAIO SOARES DE SOUSA  
 Perito Médico-Legista - CRM 3210 - PI

Governo do Estado do Piauí Secretaria de Segurança Pública Delegacia de Repressão aos Crimes de Trânsito-DRCT
<b>CARTÓRIO</b>
Certifico que a presente cópia confere com a original. O referido é verdade e dou fé.
Teresina-PI, 09/09/19  Escrivão de Polícia Civil 08668-7