

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180282935**

Nome do(a) Examinado(a): **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA ALTO DE SANTA ROSA, 1136 - ALTO DA RESSURREICAO - Teresina - PI - CEP 64000-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2503799**

Data e local do acidente: [ **04/02/2018** ] **Avenida dos Ipês**

Data e local do exame: [ **04/07/2018** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*TCE (Glasgow 5) com otorragia a direita Fratura de ossos da face*

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Tratamento clínico através de internação em UTI por 23 dias.*

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*A. Sem atrofias, apresenta cicatriz de traqueostomia em face anterior do pescoço. B. Não apresenta limitação do arco de movimento dos membros. ADM completa em membros superiores e inferiores. C. Sem déficit de força muscular nos membros . D. Sem alterações na marcha. E. Alteração na fala, refere que voz mudou. F. Refere perda de memória, porém, no momento não apresenta déficit de memória. No momento orientando tempo-espaco. Não apresenta déficit de atenção. Vítima compareceu acompanhada, apresenta-se lúcida, orientada, traça-se adequadamente. Sem distúrbio de conduta. Faz uso de risperidona e Hidental (comprovados por receita médica).*

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Alteração na fala.*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Crânio face**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.

*Paciente acompanhado, porém, orientando, respondia ao examinador.*



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180282935      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA      **Data do acidente:** 04/02/2018      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE (Glasgow 5) com otorragia a direita  
Fratura de ossos da face

**Descrição do exame médico pericial:** A. Sem atrofias, apresenta cicatriz de traqueostomia em face anterior do pescoço.  
B. Não apresenta limitação do arco de movimento dos membros. ADM completa em membros superiores e inferiores.  
C. Sem déficit de força muscular nos membros .  
D. Sem alterações na marcha.  
E. Alteração na fala, refere que voz mudou.  
F. Refere perda de memória, porém, no momento não apresenta déficit de memória. No momento orientando tempo-espacão. Não apresenta déficit de atenção.

Vítima compareceu acompanhada, apresenta-se lúcida, orientada, traja-se adequadamente. Sem distúrbio de conduta.

Faz uso de risperidona e Hidental (comprovados por receita médica).

**Resultados terapêuticos:** Tratamento clínico através de internação em UTI por 23 dias.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Paciente acompanhado, porém, orientando, respondia ao examinador.

Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho

**CRM do médico:** 4369

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'SILVIO SZTRAJTMAN', is placed here.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180282935**

Nome do(a) Examinado(a): **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA ALTO DE SANTA ROSA, 1136 - ALTO DA RESSURREICAO - Teresina - PI - CEP 64012730**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2503799**

Data e local do acidente: [ **04/02/2018** ]

**AV DOS IPES, BAIRRO SÃO JOÃO, TERESINA-PI**

Data e local do exame: [ **06/09/2018** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE OSSOS DA FACE.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA COMPARECEU À PERÍCIA ACOMPANHADO DA ESPOSA, APRESENTANDO LAPSES DE MEMÓRIA, CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CONSERVADOR. AINDA EM USO DE RISPERIDONA E HIDANTAL (DR. ABIMAEI DA ROCHA CRM: 1985).**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Dano neurológico**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Dano neurológico**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

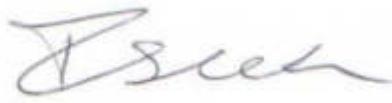
% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.

**Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 04/07/18): 10% da IS. Conduta mantida.**



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180282935      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA      **Data do acidente:** 04/02/2018      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/11/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE OSSOS DA FACE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM COMPROMETIMENTO DE FUNÇÃO VITAL OU AUTONÔMICA

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DAS PERÍCIAS REALIZADAS EM 04/07/2018 E 06/09/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180282935      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA      **Data do acidente:** 04/02/2018      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE OSSOS DA FACE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM COMPROMETIMENTO DE FUNÇÃO VITAL OU AUTONÔMICA

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DAS PERÍCIAS REALIZADAS EM 04/07/2018 E 06/09/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180282935      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA      **Data do acidente:** 04/02/2018      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE OSSOS DA FACE.

**Descrição do exame** VÍTIMA COMPARECEU À PERÍCIA ACOMPANHADO DA ESPOSA, APRESENTANDO LAPSOS DE MEMÓRIA, CEFALÉIA E  
**médico pericial:** VERTIGEM PERSISTENTE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. AINDA EM USO DE RISPERIDONA E HIDANTAL (DR. ABIMAEI DA ROCHA CRM: 1985).

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico

**Sequelas:**

**Data da perícia:** 06/09/2018

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 04/07/18): 10% da IS. Conduta mantida. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Ismar Aguiar Marques Filho

**CRM do médico:** 3165

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

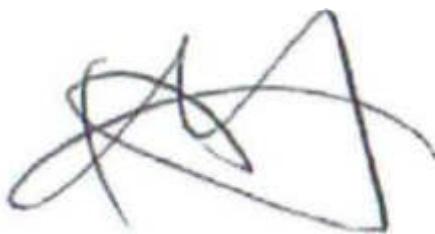
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220047/18

**Número do Sinistro:** 3180282935

**Vítima:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

**CPF:** 017.908.483-69

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/02/2018

**Titular do CPF:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

**Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018  
Nome: VITOR MATEUS RODRIGUES  
CPF: 812.754.710-72

NELLE ROZE SOARES MARQUES

VITOR MATEUS RODRIGUES

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180282935

**Vitima:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

**Data do Acidente:** 04/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** NELLE ROZE SOARES MARQUES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180282935**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

**Sinistro:** 3180282935

**Vítima:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

**Data do Acidente:** 04/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** NELLE ROZE SOARES MARQUES

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180282935** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta n°: 13088037

A/C: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180282935  
**Vitima:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA  
**Data do Acidente:** 04/02/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

**Valor:** R\$ 1.350,00

**Banco:** 104

**Agência:** 000002004

**Conta:** 0000036474-5

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	1.350,00

**Dano Pessoal:** Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 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

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

**Sinistro:** 3180282935

**Vítima:** MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

**Data do Acidente:** 04/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** NELLE ROZE SOARES MARQUES

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180282935** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

**Nº Sinistro: 3180282935**

**Vitima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

**Data do Acidente: 04/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180282935**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

**Aos Cuidados de: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

**Nº Sinistro: 3180282935**

**Vítima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

**Data do Acidente: 04/02/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180282935**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou da REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou da REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**SABEM! SEGURO DA SUSEP**

20 JUN 2018

**RECEBIDO**

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (pai, mãe, tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

017.905.483-69

*Marcos Rodrigues de Souza*

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<i>Marcos Rodrigues de Souza Silva</i>	017.905.483-69	<i>funcionário</i>
Endereço	Número	Complemento
<i>Rua Rito da Serra Rua</i>	1136	<i>cora</i>
Bairro	Cidade	Estado
<i>Alt. da Reconquista</i>	<i>Teresina</i>	<i>PI</i>
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
	64060-000	(83) 3203-4104

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA	CONTA
000	364345
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Agência	D/V
Nete		

AGÊNCIA	CONTA	D/V
NRC.	NRO.	D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*10/06/2018 de Teresina de 2018*

Local e Data

*Marcos Rodrigues de Souza Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001839/2018-60

Complementar ao BO Nº: 100203.001825/2018-47

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Marcos Henrique César De Araújo

Data/Hora: 08/06/2018 - 13:14

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA DOS IPES, Nº:

Complemento

Data/Hora

04/02/2018 - 03:00

Bairro

SÃO JOÃO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: MOISÉS RODRIGUES DE SOUZA SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2623799 SSP PI

Mãe: ISABEL RODRIGUES DE SOUZA SILVA

Endereço: RUA ALTO DA SANTA ROSA , ALTO DA RESSURREIÇÃO, Nº 1136

Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO

Cidade: TERESINA

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

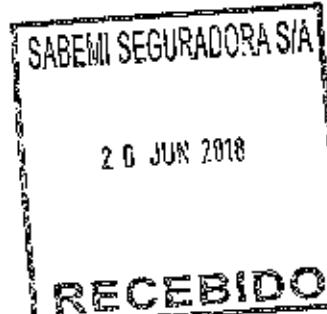
**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE, MOISÉS RODRIGUES DE SOUZA SILVA, RELATA QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA DOS IPÉS CONDUZINDO O VEÍCULO MOTOCICLETA YAMAHA/FACTOR DE PLACA N°R 4268 DE PROPRIEDADE DE DENILSON CRUZ SILVA QUANDO O VEÍCULO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU, LESIONOU-SE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL DE PRONTO-SOCORRO DE TERESINA CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DE N° 467181.

Marcos Henrique César De Araújo - Mat. 2272407  
AGENTE DE POLÍCIA

*Moisés Rodrigues de Souza Silva*  
MOISÉS RODRIGUES DE SOUZA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**(INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*Maicon Rodriguez de Souza Silva*

CPF da Vítima

*013.308.433-69*

Data do Acidente

*04/06/2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

*(186) 3303-4104*

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 no Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalei uma das opções abaixo:**

Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

**SABEMI SEGURADORA S/A**

*16/06/2018*  
Local e Data

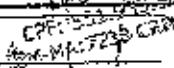
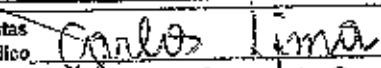
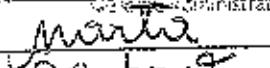
20 JUN 2018

*Maicon Rodriguez de Souza Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**RECEBIDO**



Dados do Chamado	01 N° do chamado <i>00159</i>	02 Data do chamado <i>04 02 18</i>	03 PRO (código) <i>2503</i>	04 Saída do PA <i>03 44</i>	05 Chegada ao local <i>03 50</i>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>04 140</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>04 120</i>	08 SAMU 192 PIAUÍ JUAZEIRO	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço <i>AV das Ires</i>	11 Bairro	12 Município-UF <i>PI 2010</i>	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
	14 Nome <i>Moises Rodrigues de Souza</i>	RECEBIDO		Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado
	15 Idade <i>06.02.2</i>	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	16 Índices de ingestão de bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado
Tipo de Ocorrência	17 Tipo de ocorrência				
	18-1 Acidente de transporte 18-2 Agressão física-espancamento 18-3 Agressão física-PAF 18-4 Agressão física-PAG 18-5 Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros	<input type="checkbox"/> 17 - Já removido 18 - Falso chamado
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = <input type="checkbox"/>	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR : 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	5-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX. _____ Sat02 _____	
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor <input type="checkbox"/>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor      3 - Leve      6 - Moderada      9 - Intensa      10
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte
		<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos	<input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred:	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemias _____ Acesso Venoso _____ Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____
					<input type="checkbox"/> Não Removido
Observações Interdisciplinar	<p><i>Paciente vítima de queda de moto apresentando</i>  <i>LLC, sem consciente</i>  <i>OBS: A moto ficou em seu ponto</i>  <i>de aperto proximo</i></p>				
					
	Responsável pela recepção	Socorristas Médico AEPE	Enfermeiro Condutor		

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000036474-5

---

Nr. da Autenticação 9F1DF7471C3D75DC



CHN12031474500000 - LE 151602955  
Av. Delfim Moreira, 2235 - Piatã - CEP 40174-000 - Salvador - BA  
Tel: (71) 3202-1000 - Fax: (71) 3202-1001  
MÁTRICA: 13302825-9 PUCRAZ: 151602955  
LAR: 13302825-9 MÊS/ANO: 6/2018

NELLE RICÉ SOARES MARQUES

RUA VINHTE E QUATRO DE JANEIRO, 542 - CENTRO - ERESINA - BA - cep: 64610650

021-00000-200050

001 A10X123657

ME/ANO	TIPO	UDS	ESTIMATIVA	1 Comercial - Normal
01/2013	101	32	3	
02/2013	101	32	3	
03/2013	101	32	3	
04/2013	101	32	3	
05/2013	101	32	3	
06/2013	101	32	3	
07/2013	101	32	3	
08/2013	101	32	3	
09/2013	101	32	3	
10/2013	101	32	3	
11/2013	101	32	3	
12/2013	101	32	3	

ANTERIOR 04/05/2013 168  
ATUAL 26/06/2013 168

DETALHAMENTO DA Fatura		DETALHAMENTO DA Fatura	
RESIDENCIAL	DISCONTO	VALOR	
VALOR REFERENTE Á ÁGUA - 62,52			
> Comercial-Normal 11,0 m3	62,52		
VALOR DE ESGOTO - 50,02			
> Comercial-Normal 11,0 m3 50,02			
JUROS POR ATRASO 04/2013 6,72			
MULTA POR ATRASO 04/2013 2,01			

NÃO RESIDENCIAL  
PARA GESTOR/USUÁRIO/MS/ETC  
0 0 0,000 00  
10 24 9,168 90  
26 6444939 9,168 90

VENDECO 16/06/2013 115,29

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

MENSAGEM  
O CÓDIGO IDENTIFICADOR PARA CADASTRAR A CONTA DE ÁGUA NO DEBITO AUTOMÁTICO DEVE SER 00 + NÚMERO DA MÁTRICA - DÍGITO

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M/S E DECRETO N° 5.440)

PARÂMETRO	VALORES PELA PES. 3000-0	VALORES EM CONFORMIDADE	VALORES EM DESEMPENHODE	MÉTRICA	VALOR PESADO
Cloro-fre	2,762	2,715	42	1,25	0,70-5,00 mg/l
Cor-padrão	2,520	2,787	283	10,14	Infecção < 15,20
PH	2,756	2,713	35	8,56	6,20-9,50
UFEDZ	2,257	2,435	342	2,17	Infecção < 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLOGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO M/S E DECRETO N° 5.440)

PARÂMETRO	VALORES PELA PES. 3000-0	VALORES EM CONFORMIDADE	VALORES EM DESEMPENHODE	MÉTRICA	VALOR PESADO
COLIFORMES TOT-5	902	802	12	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA-COLI	902	907	2	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 06/06/2013 HORA DA EMISSÃO: 10:50

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUN 2018

RECEBIDO

01/06/2013 2016-05-0001

Assinado  
13302825-9

13302825-9 151602955 6/2018

VENDECO 16/06/2013 115,29

52600000001-6 15291535000-7 20201815160-1 73582100104-7



Declaracão de Quitação Anual de Débitos

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelly Rose Gravis Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 846.173.123-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcos Henrique de Souza Silveira inscrito (a) no CPF sob o N° 017.908.453/69 do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima Marcos Henrique de Souza Silveira inscrito (a) no CPF sob o N° 017.908.453/69 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Reclusa Renda: Reclusa e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua 24 de Janeiro</u>	Número	<u>542</u>	Complemento	<u>Belas</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP	<u>64000-235</u>
Email:		Telefone comercial (DDD)	<u>(86) 3303-4104 (86) 9534-6565</u>		
Local e Data					Telefone celular (DDD)

16/06/2016  
Local e Data

Nelly Rose Gravis Marques  
Assinatura do Declarante

**SABEMI SEGURADORA S/A**

20 JUN 2016

**RECEBIDO**

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Denilson Cruz Silva,  
RG nº 0044406, data de expedição 30/11/14,  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 006.264.113-19, com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piáui, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Guadalupe Carvalho - 51 Antônio Simões Filho nº 3º Bairro: Jardim I  
complemento Passar, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Moisés Rodrigues de Souza Silva, cujo o condutor era  
Moisés Rodrigues de Souza Silva

Veículo: Moto  
Modelo: Kawasaki Factor 16R 205K  
Ano: 2010  
Placa: N-R-4268  
Chassi: SGEKE152060045784  
Data do Acidente: 04/02/2018  
Local e Data: Teresina, 09/03/18

X Denilson Cruz Silva  
Assinatura do Declarante

Moisés Rodrigues de Souza Silva  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

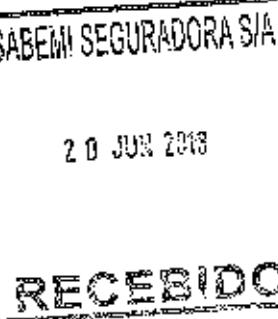


Título de Propriedade  
Carteira de Motorista  
Órgão da Nota  
Judite de Castro Cardoso  
Escrivana Quadruplicada  
Teresina - PI

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

RECEBIDO



NOME DO PACIENTE: Wenceslau Rodrigues de Souza, Jr.  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 467481

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (codIGO)	04 Saída do FA	05 Chegada ao local	
	01	09/02/2003	2003	03	03	
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
	01	09/02/2003	09/02/2003	09/02/2003	09/02/2003	
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código ICBG		
	9100-0000	9100	12 Município-UF			
	13 Ponto de referência					
	14 Nome	José G. Rodriguez da Silva		15 Sexo	Masculino	
	16 Idade	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 4 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Índicios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência					
	11 - Acidente de transporte 12 - Agressão física-esparracamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 15 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros		
Abordagem de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança		
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro	1 - Automóvel 2 - Motociclista 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete	Airbag	
				Cinto de segurança		
				Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	Sinais Vitais	Local da lesão	
	1 - Espontânea 2 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retrada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhuma	P脉搏		
	24 Pupilas	25 Dor	26 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	Resp.		
	1 - Igualas 2 - Desiguais		0 - Sem Dor	PA		
	27 Pulso	28	1 - Leve	TAX.		
	Radio	Central	3 - Moderada	Saída		
	1 - Cheio 2 - Fino	3 - Ausente	7 - Intensa			
	29 Sangramento	30 Fratura	10			
	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Exposta 3 - Fechada	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)					
	<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemie <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos					
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino	a) <input type="checkbox"/> Não Removido				
	33 Condições de entrada	34 Óbito	1 - Sim 2 - Não			
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Alterado		Antes do socorro	Antes do transporte	Durante o transporte	
Observações Interdisciplinar	<p>paciente vítima de queda da moto quebrou o braço e está inconsciente</p> <p>1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Alterado</p> <p>Diagnóstico: Fratura CRM-PR: 7238 CRM-PI: 009 CPF: 551.933.939-99 Responsável pela recepção: AESTE Assistente: <i>Conselheira</i> Enfermeiro: <i>Assistente</i> Condutor: <i>Assistente</i></p>					



## FICHA DE ADMISSÃO - U.T.I.

Nome: Moisés Rodrigues de Paula Júnior Prontuário: 467181  
Idade: 30 Profissão: Estudante Naturalidade: Brasília - DF Procedência: Brasília - DF  
H.D.A:

Resumo: Vitória Politecnica (Acidente de trânsito)  
C1 TCE grave e fractura face + fratura de  
múltiplas escoriações periorbita / face, molar e  
molar / fractura.

### EXAME FÍSICO

Geral: EVAS Estado Geral  
TOT / Vm / AC 2ASS-5 Sob. Edema e  
edema

Neurológico: 2ASS-5  

- Pupila: orientada Bibracial folto - Resposta
- folto: fricções e prodigios
- TCE: grave - Ó óptico
- Otorrinolaringo: OK

Ap. Respiratório:  
Vm / TOT / AC  
FIO<sub>2</sub>: 50%  
Peep: 7  
Tm = 1,2  
FRC = 1441 fios  
Bom Volumen lento Bom Afluxo  
e1 Boa oxigenação pulmão

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - GERAL**

**Relatório de Alta da UTI**

MOISÉS RODRIGUES DE SOUSA SILVA, 30 anos, prontuário 467181, deu entrada no HUT dia 04.02.18, com história de acidente de moto, trazido pelo SAMU com trauma em couro cabeludo, face e toe grave, múltiplas escoriações em torax e membros inferiores. Deu entrada no HUT com com GLASGOW DE 5. Na admissão foi solicitado TC Cráneo, torax, face e coluna cervical, US abdominal total, além da bioquímica e avaliação do neuro, colocado TOT. O paciente deu entrada na UTI geral dia 06.02.18, com o seguinte exame físico:

Geral: Inconsciente, afebril, anictírica, acianótica, ausência de edema em extremidades, com escoriações em MMSS.

Neuro: paciente sem sedação, RASS 0, Glasgow (1+1T+5)= 7T, pupilas iso císticas, médias, fotorreagentes.

AR: Ventilação mecânica com IOT. Ausculta pulmonar com MV+, sem ruidos adventícios. São 2 de 100%

AC: RR, 2T, BNF, SS. PAM 95, FC 90bpm.

Digestivo: SE, abdome flácido, depressível, RH+, sem visceromegalias palpáveis.

HD: POLITRAUMA/TCE GRAVE E FRATURA DE FACE

Durante a internação, o paciente fez uso de clindamicina e ceftriaxona por 2 dias com inicio dia 05.01.18. Depois fez uso de cefepime por 7 dias, com inicio no dia 11/02/18. Hoje o paciente encontra-se sem drogas vasoativas, fora da sedação, traqueostomizado, mas fora da VM respirando com suplementação de O2 (macronebulização).

Neuro: glasgow 11T, pupilas isocísticas, médias, fotorreagentes. Sem sedação.

AR: MV+, com leves roncos difusos em ambos hemitórax.

AC: RR, 2T, BNF, SS. Enchimento capilar<2s, pulso radial forte, extremidades quentes.

Digestivo: dieta por SE. Abdome flácido, depressível, RH+, sem visceromegalias palpáveis.

Renal: débito urinário (ml/kg/h) 0,67.

**EXAMES LABORATORIAIS:**

(19/02/18) Hb 7,6; Ht 24%; leucócitos 12.500; plaquetas 605.000; Ureia 37; Cr 0,8; Na 136,9; K 4,89; Calcio ionizado 1,182; pH 7,416, Bic 26,7; pCO2 42,5.

**EXAMES RADIOLÓGICOS:**

US DE ABDOME TOTAL (04/02/18):

- EXAME SEM ALTERAÇÕES

*Dr. Vladimir Chud  
CRM-PI 5512  
Relatório*

Teresina, 19.02.2018



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVICO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

### **UTI**



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA – PROFº ZENON ROCHA  
POSTO 06 / CLÍNICA MÉDICA – 1º ANDAR  
Rua Dr. Otto Tito, 1820 Redenção – Fone: 86 3229 4872  
Teresina-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917 / 0022-02**

**RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR**

Paciente Moisés Rodrigues de Sousa Silva, 31 anos, prontuário 457181, sexo masculino, procedente de Teresina-PI, vítima de acidente de moto trazido pelo SAMU e torax, sendo admitido neste Hospital no dia 04/02/2018. Na admissão foi solicitado TC visto que não haveria necessidade de procedimento cirúrgico (TCE não cirúrgico) e realizada intubação orotraqueal permanecendo dois dias na sala vermelha e sendo transferido para UTI no dia 06/02/2018. Na UTI permaneceu sedado com RASS 0, Glasgow (1 + 1T + 5)= 7T, pupilas isocônicas médias e reagentes.

Durante a internação na UTI paciente evoluiu com pneumonia fazendo uso de clindamicina e ceftriaxone por dois dias e posteriormente uso de cefepime por 07 dias com início dia 11/02/18. Paciente foi extubado e seguiu estável hemodinamicamente sem uso de drogas vasoativas, fora da sedação e Ventilação Mecânica respirando com aporte de oxigênio com macronebulização, sendo assim transferido para a clínica médica no dia 19/02/2018.

Paciente admitido na clínica médica no dia 19/02/2018 estável hemodinamicamente, agitado, febril. Em dieta por SNE e diurese presente por SVD, com respiração espontânea e aporte de oxigênio e macronebulização (TQT). SVD retirada no dia 23/02/18.

Paciente durante a internação na enfermaria da clínica médica apresentou picos febris e fora instituída antibioticoterapia com Piperacilina/tazobactam por 7 dias. Foi realizada decanulação no dia 28/02/2018. Paciente foi avaliado no dia 28/02/2018 pelo cirurgião buco maxilo sem necessidade de procedimento cirúrgico, sendo instituído tratamento conservador.

**Exame físico (27/02/2018):**

Bom estado geral, consciente, orientado, hidratado, acianótico, anictérico, normocorado, afebril. Dieta oral com boa aceitação, respiração espontânea, diurese presente e evacuações.

Pupilas isocônicas e fotoreagentes. Glasgow 15 FC : 74 bpm, Ausculta Cardíaca: bulhas normofonéticas, ritmo regular em dois tempos, sem sopro. FR: 20 bpm, ausculta pulmonar: murmurio vesicular presente, sem ruídos adventícios, com frêmito e expansibilidade preservados. Abdome: semigloboso, ruídos hidroáereos presentes, indolor à palpação superficial e profunda, ausência de visceromegalias. Extremidades: bem perfundidas (TEC< 2s), sem edemas e pulsos distais presentes, sem flebites.

Paciente encontra-se sem disfunções orgânicas e está apto para alta hospitalar em 29/02/2018. Acompanhamento ambulatorial sendo solicitado Encaminhamento para Avaliação Clínica pela Neurocirurgia e Receita do dia.

Dr. Henrique Pinheiro  
Cardiologia / Clínica Médica  
CRM-PI: 4202

Teresina-PI, 01 de Março de 2018





## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA		<u>Prontuário:</u> 467181
<u>Mãe:</u> ISABEL RODRIGUES SOUSA SILVA	<u>Pai:</u> MANOEL PEREIRA DA SILVA	
<u>End. Resid.:</u> S/DO INFORM - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
<u>Nascimento:</u> 06/02/1987	<u>Idade:</u> 30a:lim:29d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> -
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 700001255779503
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> CPF: -
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Ignorado
<u>End. Local.:</u> -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 649257	<u>Pa:</u> 04/02/2018 04:27:33	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> AGENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLISTA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S 3 S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

<u>Data/Hora Solicitação:</u> / / : : <u>ESPECIALISTA:</u>
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u>
<p><i>Neurologia</i></p> <p><i>1º ato de fazer exame TCO</i></p> <p><i>Sequela e seu Vm</i></p> <p><i>2º de exame: HODA com + de 1000</i></p> <p><i>de pressão arterial</i></p>
<u>Carimbo/Assinatura Solicitante:</u>

<u>DADOS DO PARECER:</u> <u>Data/Hora:</u> / / : : <u>Carimbo/Assinatura Prof. Párocer:</u>
<p><i>Seu ato não se aplica</i></p> <p><i>Se puder informar</i></p>
<u>Carimbo/Assinatura Prof. Párocer:</u>

<u>DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):</u>
<u>Data/Hora Solicitação:</u> / / : : <u>ESPECIALISTA:</u>
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u>
<p><i>Dr. Emerson Brandão</i></p> <p><i>Neurologista</i></p> <p><i>CEM-PI 3249</i></p>
<u>Carimbo/Assinatura Solicitante:</u>

<u>DADOS DO PARECER:</u> <u>Data/Hora:</u> / / : : <u>Carimbo/Assinatura Prof. Párocer:</u>



## REQUISIÇÃO DE PARECER

ENF: 205

NOOME	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	467181
À CLÍNICA	LEITO 105

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente de moto com TCE grave e Fratura de face, resgatado por TCE de Marília - SP e realizada no dia 04/02/18.

Solicita avaliação da oclusão bucomaxilar se há alteração de correta oclusão e sua integração.

DATA: 26/02/18

Dr. Hermano Pinto  
Ass. Odontol. 4202

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

### PARECER

Paciente com lesão de classe de 1ª medida da face. Odontologia a ser agendada.

DATA: 26/02/18

Ass. MÉDICO ESPECIALISTA

## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Moisés Rodrigues de Jesus 8116	PRONTUÁRIO	467181
DA CLÍNICA	UT 2	LEITO	65
À CLÍNICA	NEUROLOGIA		

## MOTIVO DA CONSULTA

Barts TCE prove 09/02/13, PASS-5  
 Sb. fibros e Adipose leucostoma DIC  
 Sb. Vm 1/101 AC  
 - Reduzido TC controles / Admissões UFJ  
 - Sobe Sobe  
 DATA: 05/02/13 ASS. MÉDICO CONSULTANTE  
 Neurológica

Dr. Medina  
 Cardiologista  
 CRM-PI 551

## PARECER

Tod. unico do Cereb normal  
 2º anel laringe normal 3º anel:  
 crico, parat laringe normal.  
 Col: sem dismorfia, corredor  
 Sb indícios de rotura neurológica

Dr. Marcus Vinícius O. de S.  
 Neurocirurgião  
 CRM: 3052

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA: 06/02/13

Cardiovascular:

HTA sistólica

BSP 21 st. sopro

Palpabilidade arterial SI BPP

Pelos: Presentes MM/MS/mais SI

Edema: +gr. fraco TUP

Ap. Digestivo:

Português: Dieta: Intermediária

300g proteína - 80g

Medicação: Proscina RHAT

US Abdomen 04/02/01 Normal!

Sist. Músculo-Esquelético:

Paredes: TATUAGENS TORAX / m/SE / dorso.

Escoincios: pelo corpo / FMS / maiss / m/MS / dorso.

Exames já realizados:

TC crânio / Abdomen

US Abdomen livre

Hipótese(s) diagnosticada(s):

TC crânio / Poli-trauma

Exames solicitados:

Exames admissíveis

TC crânio / controle

Conduta:

Reporte intubado / Admissível OTT

TC crânio / Admissível

poliscopio neurocirúrgico

portador das gelenas e prótese / US/TCT/AC



FUNDAGÃO HOSPITALAR DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Centro cirúrgico

Nome do paciente: *Magis Rodrigues de Souza* 1024

Diagnósticos pré-operatório:

Operação tipo: **IMPLANTE DE CATETER CENTRAL**

Cirurgião:

1º Assistente:

Instrumentadora:

Anestesia, Local

Anestésico: Xilocaina 2% sem adrenalina

Data da Operação:

íncio:

Fim:

Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório imediato do patologista:

Acidente durante a operação:

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

1. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
2. COLOCACAO DE CAMPO ESTÉRIL
3. ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAINA 2%
4. PUNÇÃO VENOSA CENTRAL
5. FIXAÇÃO DO CATETER
6. CURATIVO

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
700007253779563	MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA		06/03/1987	M	467181
DOCUMENTO CPF	TELEFONE		RESPONSÁVEL		
2503709	18632185199		ISABEL RODRIGUES DE SOUSA SILVA		O MESMO
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
64000010			SN		CEP
BAIRRO	COMPLEMENTO		TERESINA		BAIRRO
NOIVOS					PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
TC GRAVE COM GLASGOW 6 COM MÚLTIPLAS ESCORRAGENS.CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO  
ACIMA CITADASPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)  
TC

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL /DIAGNÓSTICO INICIAL  
S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0205040106 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE

LEITO/CLÍNICA

NEUROLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER  
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

04/02/2018

JAMES RICARDO SOARES DE BRITO

CPF: 32193358349

CRM:

DATA ADMISSÃO

DATA ALTA

MOTIVO ALTA

04/02/2018 04:30

15/02/2018 15:00

PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGUROADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBO NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER / CONTROLE / AVALIAÇÃO /  
AUDITORIAJOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES  
CPF: 38854632391

CRM:

DATA ANÁLISE: 04/02/2018 06:05:18

CPF:

CRM:

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49522

## 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>	207622

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA</b>	6 - Prontuário: <b>467181</b>		
7-CNS: <b>700007253779503</b>	8-Nascimento: <b>06/02/1987</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	RG: <b>2503799 - PI</b>
11-Mae: <b>ISABEL RODRIGUES DE SOUSA SILVA</b>			12-Fone: <b>- - -</b>
13-Resp: <b>(O MESMO)</b>			14-Cep: <b>Acaraíla</b>
15-Endr: <b>NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - CEP: 64000-000</b>			
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod. IBGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-000</b>

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Percebeu-se acidente  
de moto com fratura no osso*

21 - Condições que justificam a internação:

*De sua cintura*

**DIÁRIA  
DE  
U.T.I.**

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

*TC de crânio*

24-CID Pris: **25-CID Sec.: 26-CID C. Sec.:  
2059**

Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos intracranianos

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Procedimento Solicitado: <b>0303040106 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE</b>	28-Cod. Proced.: <b>0303040106</b>	29-Clinical: <b>30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 551.933.583-49</b>	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>JAMES RICARDO SOARES DE BRITO</b>	34-Data Solicitação: <b>04/02/2018</b>
35-Nome Profissional Médico: <b>DR. JAMES RICARDO SOARES DE BRITO</b>	36-CNPJ: <b>17.541.077/0001-55</b>	37-CRM: <b>1704163</b>	38-Cod. Prof. Méd. Sol. (CRM): <b>1704163</b>	39-CBO: <b>04-CBO:</b>

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

35- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	41-No. Bichete:	43-Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNPJ Empresa:	44-CBO:

45 - Vinculo com a Previdência:

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização:
	<b>19/03/18</b>
48-Documento: ( )CNE ( )CSE	49-Nº. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (RAIMUNDO FRASCO) Consulta Local: 649257 Consulta SUS: Impressão: 04/02/2018 09:34:18
--	--

*PLACO DOS SANTOS Macom  
Assessoria Clínica - DRCA/18/03/18  
Número: CRM-PI 1704163  
Número: CNPJ 17.541.077/0001-55  
Número: CBO 04-CBO*

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 52433

AIH: 2218100131874

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES  
5828850ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES  
5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
700007250779503	MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA		04/03/1987	M	467151
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
2508799	8632185199	ISABEL RODRIGUES DE SOUSA SILVA	O MESMO		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
64000010			SN		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO		
NOIVOS			TERESINA		
UF					
RS					

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TO GRAVE COM GLASGOW 6 COM MULTIPLAS ESCORIACOES.

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO  
ACIMA CITADASPRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)  
TC

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL  
J960 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

## CID 10 SECUNDARIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
6404610377 - TRAQUEOSTOMIALEITO/CLÍNICA  
NEUROLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

CARATER	DATA SOLICITAÇÃO	
URGENCIA	15/02/2018	
DATA ADMISSAO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
15/02/2018 15:09	01/03/2018 12:00	MELHORADO

JAMES RICARDO SOARES DE BRITO  
CPF: 33196358349

CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)  
TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVIAÇÃO /  
AUDITORIAMARCONDES MARTINS SANTOS MOURA  
CPF: 8753460563

CRM:

DATA ANÁLISE: 15/02/2018 15:48:41

CRM:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

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



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro cirúrgico

Nome do paciente:

Prontuário: 467101

*Nárciso Rodrigues de Souza Sibó*

Diagnóstico pré-operatório:

Operação tipo: TRAQUEOSTOMIA

Cirurgião:

1º Assistente:

Instrumentadora:

Anestesia:

Anestésico:

Data da Operação: 15/02/10

Inicio:

Fim:

Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediato do patologista:

Acidente durante a operação:

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutura, Drenagem, Fechamento)

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL

2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA

3. INCISÃO TRANSVESAL NA REGIÃO CERVICAL

4. ABERTURA POR PLANOS

5. INCISÃO NA TRAQUEIA

6. COLOCAÇÃO DE CÂNULA

7. HEMOSTASIA

8. FIXAÇÃO

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT  
 Rua Dr. Octavio Tito 1820 Residencial - Fone: 86 3223 4372  
 TERESINA-PI CEP: 64017-720 CNPJ: 03.522.917/0022-32

Data: 22/03/2018 20:50:17

User: ELICIO LUSTOSA

Estado: ACRE

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA		Prontuário: 225268
Mãe: ISABEL RODRIGUES DE SOUZA SILVA	Pai: MANOEL PEREIRA DA SILVA	
End. Resid.: RUA SOLETO 2190 - GUERRE - TERESINA - PI - CEP: 64300-000		
Nascimento: 06/02/1987	Idade: Pla:Im:160	Sexo: Masculino Fone: 86-99428-5549
Responsável: SILVANA ALVES	CNS: 165465612560008	
Profissão: AGENTE DE PORCARIA	Documento: RG: 2303799 - 91	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

código: 656571	Data: 22/03/2018 20:43:11	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CLASSE)
Motivo da Procura: QUEBRA DO LITO/REDE		Convênio: S U S
d.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundário: R069

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento recente	ORTOPEDISTA	Verde
Brasão Histórico:		Profissional:	Clas. Risco:
TRAUMA EM MSA APÓS QUEDA.		ELICIO LUSTOSA CAMPELO FILHO	
		CORON - 301092	
		EM: 22/03/2018 20:50:16	

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Reab d cura a da m  
 pnts E)

PA: X mmHg	Pulso: _____	FC: _____	Temp: _____
Diagnóstico Inicial:			
Fr d (5- Dendrob E) 15626			

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internacao, indique o Procedimento e CID		
DATA: 1/1	HORA: 1:	Procedimento: 042802300	CID: 5626

Moises Rodrigues de Souza Silva  
 Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Dr. Wilson L. Costa M.D. - CRM-PI 1053

Dr. Wilson L. Costa  
 CRM-PI 1053



PRESCRIÇÃO MÉDICA

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

*Nota M*

NOME DO PACIENTE	Monteiro, José	PRONTUÁRIO	CÍMICA	ENF. QUAD	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA (CÓDIGO)	10/03/18 1000	PREScriÇÃO MÉDICA	Ortopédica			

HORÁRIOS	16:40. Pode administrar neste
----------	-------------------------------

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	Notas imprevisíveis da SR EP.
-------------------------	-------------------------------

OSSERVAÇÕES	Paralisação. Muita dificuldade para falar. Olhos
-------------	--

1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO	Edição: 09/2018 Nutricionista: CRM: 546
2 SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA	
3 RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H	
4 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H	
5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H	
6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H	
7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN	
8 CURATIVO	
9 PRESCRIÇÃO MÉDICA	

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME <i>Yolobeth Rodrigues de Souza Dídua</i>		IDADE <i>21</i> anos.	DATA <i>06/03/2018</i>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <i>14 hs 01 min</i>		TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input checked="" type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO		CIRURGIA REALIZADA <i>fract em falange M5</i>
CIRURGIA REALIZADA <i>fract em falange M5</i>		CIRURGIA		
SINAIS VITAIS		HORÁRIO		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) <i>120x81</i>		ADMISSÃO		SAIDA <i>115x69</i>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm) <i>68</i>				<i>72</i>
SATURAÇÃO DE O2 (%) <i>99</i>				<i>99</i>
TEMPERATURA AXILAR (0°C)				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)				<i>20</i>
NOVA MATRÍCULA				<i>N21000</i>
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO		SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimento os quatro membros	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Movimento dois membros	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Deserta, se solicitado	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL <i>03</i>		
ESCALA DE DOR ALTA		Assinatura do Prado		
SONDA VESICAL <input type="checkbox"/> DREN. DE SUCÇÃO <input type="checkbox"/> DREN. TORACICO <input type="checkbox"/>		IBVE <input type="checkbox"/>	COLOSTOMIA <input type="checkbox"/>	SONDA ( ) NASOG. ( ) NASOE
5	ml hs	ml hs	ml hs	ml
10	ml hs	ml hs	ml hs	ml
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:				
<i>Intubado na admisão, mrx SRPA, sem por. fract. falange, sob efeito de BTPS, consciente, orientado, fixo, respira 20, satur. 99%. Sua queixa: dor, queima, dor pectoral. Sua pto: dolor. queima.</i>				
<i>Assinatura do Prado</i>				
<i>DATA 06/03/2018</i>				
<i>Técnico: G</i>				
PRESCRIÇÃO MÉDICA		ALTA SRPA		
		HORÁRIO	ANESTESIOLOGISTA	
ENCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> EXTERNO <input checked="" type="checkbox"/> SALA DE GESSO <input type="checkbox"/> IMAGENS E GRÁFICOS <input type="checkbox"/>				
PONTO: 11 12 13 14 EMERGÊNCIA PED. UTI: <input type="checkbox"/> PED <input type="checkbox"/> NEURO <input type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> QUEIM. CLÍNICA: <input type="checkbox"/> PED <input type="checkbox"/> IORT <input type="checkbox"/> NEU <input type="checkbox"/> CIR <input type="checkbox"/> MÉDICO				

## PRESCRIÇÃO



conquering world, and  
no

A decorative floral ornament, possibly a stylized flower or a cluster of leaves, centered at the top of the page.

۱۷۷



**SUS**

Fundação Municipal de Saúde

17 517 201/0015 - 32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde N° 2816  
Renascença III -  
CEP 64082-110  
Teresina-PI



**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

De: UPA	Para: HUT Gabinete Dr. [ilh.]
Sr (a): Márcia Sávio	Registro:
<b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO</b>	
dor de dor em mãos após fisioterapia nas costas faltou falar / se recusar de falta de ar Cirurgia	
Folha de faltas faltou falar / se recusar de falta de ar Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	
TERESINA-PI 13/03/2018, ÀS 20:45h.	

**FICHA DE RETORNO**

De:	Para:
<b>DIAGNÓSTICO</b>	
Tere... TERESINA-PI: / /	
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO RENASCENCA  
Rua São Vicente, 2810 Renascença 731 - Fone: 66 3234-7074  
TERESINA-PI CEP: 64002-110 DDD: 17.972 205/CD13-32

0928  
241

Log: 22/03/2018 14:16:39  
(User: ALBERTO MEDEIROS)  
Instância: SERVICOSOCIAL

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA

Protocolo: 12318

Mae: ISABEL RODRIGUES DE SOUSA SILVA

Pai: MONIQUE PEREIRA DA SILVA

End. Resid.: RUA ALTO DE SANTA ISABEL 113A - CURUPI - TERESINA - PI - CEP:

06-04487-427

Nascimento: 06/02/1987

Idade: 31 Anos

Sexo: Masculino

RG: 06-04487-427

Responsável: O MESMO

CNS: 780007213779503

Profissão:

Documentos: RG: 3503799 - SSP

E. Instrução: Fundamental Incompleto

E.Civil: Solteiro(a)

End. Local.:

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 252647

Entrada: 22/03/2018 14:32:23

Convenio: SUS

Motivo da Procura: QUEDA MESMO NIVEL

### DADOS DA CLASSIFICACAO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent.: Area Incidencia:

Classificação:

Cor:

Intercorrência por Trauma

MOISES

Fratura fechada sem desvio

Amaral

Brave História Clas. Risco:

REFERS DOR + LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM DEPO MÍNIMO E, APÓS QUEDA DE PRÓPRIA ALTURA. NENHUMA MEDICAMENTOSA E CONOBRIGADES

POLÍMERA MOLDES FONTEIRAS

correu

Em: 22/03/2018 14:50:44

Set. Profissional Glas. Risco:

SSVV:

(Hora: 14:32:23)

Peso: 0,00 kg

Altura: 0,00 m

IMC:

0,00 Kg/m<sup>2</sup>

Pulso: 0

Imp:

Pressão: 0

mmHg

### DADOS CLÍNICOS:

trauma em mão há 3 hs  
ex fraturar da falange em mão  
tala e escorrendo pra cirurgia

Diagnóstico Inicial:

CIT:

Seu:

### EXAMES COMPLEMENTARES:

### PRESCRIÇÃO MÉDICA:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:  
ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE

DATA:

hora:

Medicina  
Medicina de Traumatologia  
Medicina de Coluna

ROBERTO BASILIC MEDEIROS  
CRM3567 Em: 22/03/2018 15:16:38

Assinatura Paciente ou Responsável

LAUDO PARA AGLOMERACAO DE  
OPERATIVACAO/INTERVENCAO AGO/2018

ESTABELECIMENTO DE REFERENCIA  
HOSPITAL DE URGENCIA DA TERESA PROFESSOR ZENON AGOSTINHO

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE URGENCIA DA TERESA PROFESSOR ZENON AGOSTINHO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUARIO
CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE MOISES KOPRICKA DE OLIVEIRA	06/07/1947	M	216568
DOCUMENTO CPP	TELEFONE	RESIDENCIAL		
	NOME DO PAPEL MOISES KOPRICKA DE OLIVEIRA	SEVANA ALVES		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE	106
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO		106
CRISTO REI		TERESINA		02

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS  
PACIENTE RELATA QUEDA DE CAMA COM DOR EM PUNHO E OMBRO

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO  
NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS E/OU EXAMES REALIZADOS  
RAIO X

INFORMACOES COMPLEMENTARES

CIE 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL	CIE 10 SECUNDARIO	CIE 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S126 - FRACTURA DE OUTROS OMBROS		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO/DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0450023342 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRA. RA. FRACTURA PLANA DA FALANGE DA MAO COM FIXACAO

LEITO/CLINICA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CRIMINALISTICO CONSELHO)

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CARACTER	DATA SOLICITACAO	WIA / JUD. UMA CUSTA	CRM:
URGENCIA	22/03/2018 09:00	CRM: 2040443330	
DATA ADMISSAO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA	
20/03/2018 10:43	24/03/2018 09:00	MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGUROADORA N° DO BILHETE SERIE CPP DA EMPRESA CNPJ DA EMPRESA CGR NATUREZA DA LESAO

AUTORIZACAO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZACAO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CRIMINALISTICO CONSELHO)

INFORME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIACAO /  
AUDITORIA

INTERROGATORIO FAMILIAR  
CPP: 2040443334

CRM:

DATA DA SOLICITACAO: 22/03/18

CRM:

DATA DA SOLICITACAO:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSAVEL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fis. N°

Proc. N°

Rubrica

DATA 23/03/18

NOME DO PACIENTE: <i>Maisén Rodrigues de Souza Silva</i>		FRONTEÁRIO N°: <i>225268</i>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <i>06</i>	
CIRURGIA: <i>Dra. Iolanda</i>	CPF N°:	
AUXILIAR:	CPF N°:	
ANESTESIA: <i>Dr. Hugo</i>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA: <i>Augusta</i>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<i>02</i>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	<i>—</i>		LUVA N° <i>7-5</i>	PAR	<i>03</i>	
AGULHA 40X12	UNID.	<i>02</i>		LUVA N°	PAR	<i>—</i>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<i>—</i>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<i>10</i>	
ALCOOL 70%	ML	<i>100</i>		PVPI DE GERMANTE	ML	<i>100</i>	
ALGODÃO	BCLA	<i>—</i>		PVPI TÓPICO	ML	<i>100</i>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<i>—</i>		PVPI TINTURA	ML	<i>—</i>	
COMPRESSA	PAC.	<i>03</i>		SERINGA 20CC	UNID.	<i>02</i>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	<i>—</i>		SERINGA 10CC	UNID.	<i>01</i>	
ESPARADRAPO	CM	<i>100</i>		SERINGA 5CC	UNID.	<i>—</i>	
ESCALPE N°	UNID.	<i>—</i>		SERINGA 3CC	UNID.	<i>—</i>	
FORMOL	ML	<i>—</i>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<i>02</i>	
GASES <i>5.0</i>	PAC.	<i>06</i>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	<i>—</i>		<i>Elubetos</i>	UNID.	<i>05</i>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <i>Excavazão</i>	UNID.	<i>02</i>	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Cepora</i>	UNID.	<i>03</i>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLEN							



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA**  
**SÉRVICO DE ANATOMIA PATOLÓGICA**

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

## CENTRO CIRÚRGICO

CENTRO CIRÚRGICO

not a play

**Nome do Paciente:**

### Diagnóstico pré-operatório

Operação = T100

Gianni 50

122 *Environ*

2000-01-02

73/03/20/8

Ante o signis etc.

## Assistente

### Assisterie

Anesthesia \_\_\_\_\_

17702-1

Data de Operação

www.sociedaddebotanistas.org

#### Introduzendo a Operação

**DESCRICAO DA OPERACAO**

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

glossy + sedoso, puro, engraçado.

Our negative agrees, therefore we  
accept a priori that the latter is

20 F. 1-5, *Paratice*



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Sito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CRM: 05.322.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOÍSES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)  
Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000  
Nascimento: 06/02/1987 Idade: 30a11m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 207622  
Requisição: 811914 Solicitação: 04/02/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1005638 Convênio: SUS UT: GERAL UTI GERAL LEITO 085

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 04/02/2018

#### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

- FRATURAS EM REGIÕES PARIETO-OCCIPITAL E TEMPORAL À DIREITA, ASSIM COMO EM MASTÓIDE IPSILATERAL.
- PNEUMOCRÂNICO.
- DELGADO HEMATOMA AGUDO SUBDURAL PARIETO-TEMPORAL DIREITO.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE.
- CONTUSÕES ENCEFÁLICAS FOCAIS EM LOBOS FRONTAL E TEMPORAL ESQUERDO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/02/2018

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3608 PI

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Av. Dr. Octo Nito 1000 - Redenção - Fone: 66 3218 5443  
TERESINA-PI CEP: 66017-770 CNPJ: 05.622.017/0032-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)

Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 06/02/1987 Idade: 30a1m:26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 257622

Requisição: 811915 Solicitação: 04/02/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1005639 Convênio: S U S UTI GERAL UTI GERAL LEITO 086

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 04/02/2018

#### T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- TUBO OROTRAQUEAL.
- OPACIDADES EM "VIDRO POSCO" CENTROACINARES ESPARSAS POR AMBOS OS PULMÕES, NOTADAMENTE, EM LOBOS SUPERICRES.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/02/2018

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI  
Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Octavio Rito 1820 - Redenção - Telefone: 66 3218 3445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.622.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)

Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 06/02/1987 Idade: 30a11m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 207622

Requisição: 811916 Solicitação: 04/02/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1005640 Convênio: SUS UTI GERAL UTI GERAL LEITO 086

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 04/02/2018

#### T.C. DE FACE

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

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISPOSTAS:
  - \* PAREDES DAS ÓRBITAS;
  - \* ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO;
  - \* PAREDES DO SISIO ESFENOIDAL;
  - \* PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO;
  - \* SEPTO NASAL.
  - HEMOSSINUS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/02/2018

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-24 CRM 3508 PI

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Getúlio Vargas 1020 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-82

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)

Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 06/02/1987 Idade: 30a11m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 207622

Requisição: 811917 Solicitação: 04/02/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1006641 Convênio: S U S UTI GERAL UT. GERAL LEITO 085

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 04/02/2018

### T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTE AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO,  
 MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICIAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS INTÉGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PORAMES NEURAIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/02/2018

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI  
 Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Octo Cito 1820 - Redenção - Pone: 56 3218 5463  
TERESINA-PI CEP: 66017-070 CRM: 05.322.917/0020-32

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)  
Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000  
Nascimento: 06/02/1987 Idade: 31a0m0d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 207522  
Requisição: 812370 Solicitação: 05/02/2018 Solicitante: VLADIMIR LENINE ANTOINE CALASSIO CHAUD  
Controle: 1006196 Convênio: S U S UTI GERAL UTI GERAL LEITO 086

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 05/02/2018

#### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

- FRATURAS EM REGIÕES PARIETO-CCIPITAL E TEMPORAL À DIREITA, ASSIM COMO EM MASTÓIDE IPSILATERAL.
- DELGADO HEMATOMA AGUDO SUBDURAL PARIETO-TEMPORAL DIREITO.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE.
- CONTUSÕES ENCEFÁLICAS FOCAIS EM LOBOS FRONTAL E TEMPORAL ESQUERDO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICACÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/02/2018

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3608 PI  
Profissional Responsável



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOÍSES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Frontuário: 4671B1)

Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 06/02/1967 Idade: 31a2m16d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Acedimento: 207622

Requisição: 812615 Solicitação: 06/02/2018 Solicitante: JAMES RICARDO SOARES DE BRITO

Controle: 1006479 Convênio: SUS UTI GERAL UTI GERAL LEITO 065

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 06/02/2018

#### TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- OPACIDADE HETEROGÊNEA PERIHILAR DIREITA.
- VELAMENTO DO SEIO COSTOFRÉNICO DIREITO.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.
- TUBO ORCOTRAQUEAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/04/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Requerível



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPj: 05.522.317/0021-02

004 - 6-

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOÍSES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)

Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 06/02/1987 Idade: 31a2m14d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 207622

Requisição: 813398 Solicitação: 09/02/2018 Solicitante: JAMES RICARDO SOARES DE BRITO

Controle: 1007367 Convênio: SUS UTI GERAL UTI GERAL LEITO 065

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 09/02/2018

#### TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- TUBO OROTRAQUEAL.
- SONDA NASOGÁSTRICA.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 20/04/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Cito Lobo 1820 - Redenção - Telefone: 86 3218 5465  
TERESINA-PI CRM: 64012-770 CREF: 05.522.917/0021-02

Page: 1 of 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)

Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 06/02/1987 Idade: 31a2m7d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 207622

Requisição: 814718 Solicitação: 15/02/2018 Solicitante: JOSELMA ROSAL ALVES

Controle: 1008826 Convênio: S U S UTI GERAL UTI GERAL LEITO 096

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 15/02/2018

#### TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

OBS: CÁPETER VENOSO CENTRAL.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 13/04/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 12710

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Av. Dr. Octávio Tito 1820 - Redenção - Fone: 86.3218.5446  
TERESINA-PI CEP: 64017-170 - CRM: 05.822.017/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOÍSES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)

Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 06/02/1987 Idade: 31a1m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 208418

Requisição: 815190 Solicitação: 17/02/2018 Solicitante: JOSE RODRIGUES MÔNCAO NETO

Controle: 1009485 Convênio: SUS CLÍNICA MÉDICA - P06 ENFERMARIA 205 LEITO 405

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 17/02/2018

#### TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDÍASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.
- TUBO TRAQUEAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/04/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Ticc 1910 Redenção - Fone: 66 3218 3445  
 TERESINA-PI CNPJ: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)  
 Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000  
 Nascimento: 06/02/1987 Idade: 31a2m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 208418  
 Requisição: 815612 Solicitação: 19/02/2018 Solicitante: HERICA MARIA PARENTE ELVAS FEITOSA  
 Controle: 1009989 Convênio: S U S Clínica Médica - P06 ENFERMARIA 205 LEITO 105

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 19/02/2018

#### TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- SONDA NASOCÁSTRICA.
- TUBO TRAQUEAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 10/04/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.803.173-68 CRM PI 1341  
 Profissional Responsável



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)  
Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000  
Nascimento: 06/02/1987 Idade: 31a2m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 208418  
Requisição: 818808 Solicitação: 23/02/2018 Solicitante: HERION ALVES DA SILVA MACHADO  
Centro: 1011355 Convênio: S U S CLÍNICA MÉDICA - POS ENFERMARIA 206 LEITO 106

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 23/02/2018

#### TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.  
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- TUBO TRAQUEAL.
- CATETER VENOSO CENTRAL À ESQUERDA.

(JÓRGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/04/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável



ANEXO: EXAME MÉDICO

Mesmo, para os devidos fins, que o Sr.   
Mário Rodrigues de Oliveira Sá, de 51 anos  
de idade, no horário TCE e caracte-  
risticamente étnico europeu, branco-olho-  
claro e com altura média, peso normal  
para sua estatura, sem anamnese  
siderúrgica, além de fraturas de unhas  
do pé, submetido a tratamento clínico  
por envolvimento de hérnia umbilical  
atuando com quadro de cefaleia intensa  
e difícil de manejar, em uso de medicina  
para dor de cabeça.

08-08-18

Dra Fabíola Ferreira H. Veras  
Clínica Médica/Raumatologia  
CRM 2374

Dra. Fabíola Veras  
CRM. 2374

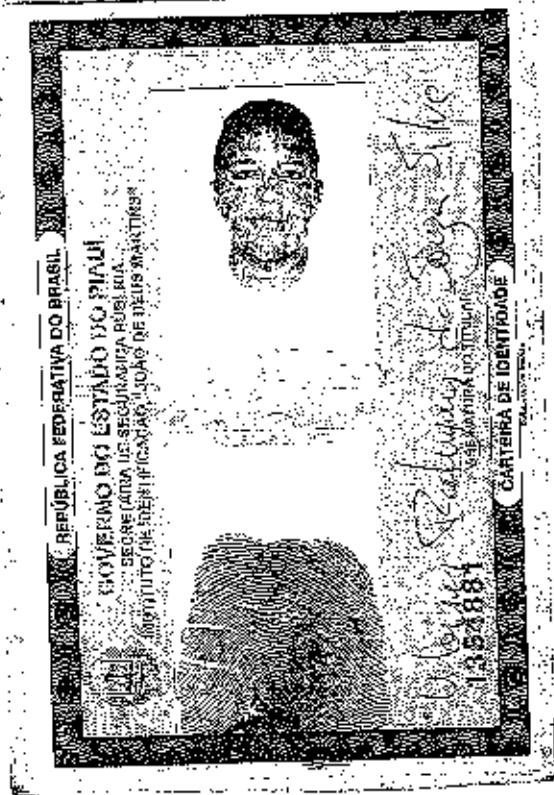
REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

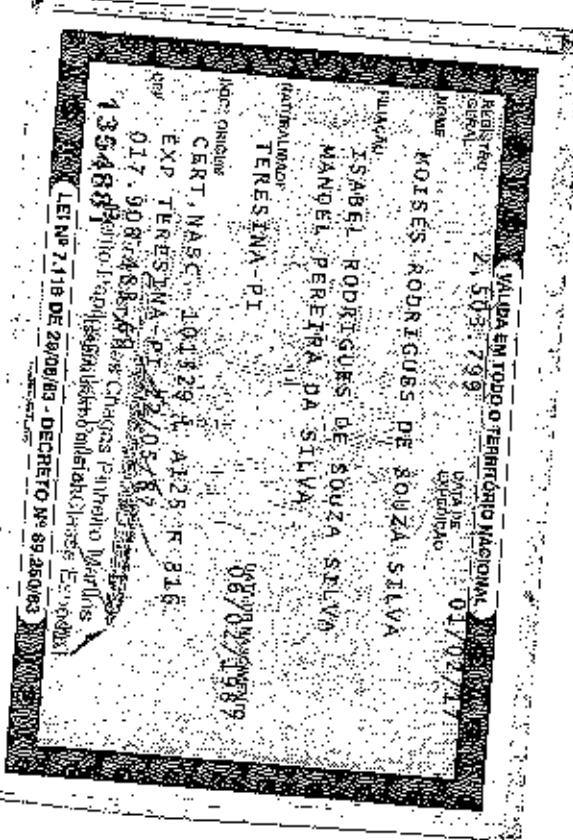
卷之三

Glossary

23.05.2010

Dra Fabiola Ferreira H. Veras  
Clínica Médica/Reumatologista  
CRM 2374





SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

**RECEBIDO**

