



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES
FRANCINOPOLIS
DIR. DE UNID. DE CONTOLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO, E AUDITORIA-
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRASFERENCIA
DATA 03/03/12 HORA 10:30 N° DO TELEFONE (84) 3472-1140

HOSPITAL SOLICITANTE L.M.S.P.L. MUNICIPIO Francinópolis

MÉDICO _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO
 Obstetricia Trauma Clínico Cirúrgico Psiquiatria Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome José de Souza Júnior da Costa
Idade 31 anos Sexo: Masculino Feminino

HDA Paciente vítima de acidente com veículos apresentando
futuro intenso em óptica () + óptica de ferimento
interno + futuro intenso de mola ()

ESCALA DE GLASGOW:
ABERTURA OCULAR RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA

4- Espontânea	5- Orientado	6- Obedeça a comandos
3- Comandos	4- Confusa	5- Localiza dor
2- A dor	3- Palavras Inapropriadas	4- Movimento de retirada
1- Nenhuma	2- Palavras Incompreensíveis	3- Flexão anormal
	1- Nenhuma	2- Extensão anormal
		1- Nenhuma

SINAIS VITAIS
Tax. 122 PC P: bpm R: rrm PA: 140/80 mmhg Sat o2 95%
-Glicemia: 148 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- Oxigênio Hidratação Venenosa Solução hipotônica
 Aspiração Medicção Fármacos
 Curativo Outros mobilização

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2012

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO Hospital Regional Roberto Roriz
Hospital: Hospital Regional Roberto Roriz

Clinico/ Posto: _____ Senha: _____

Assinatura e Carimbo do Médico Enfermeira Carimbo COREN/PI 417.791

Assinatura do médico Dr. José Wilson Piza militante
de direitos autorais. Portaria corrente médica. Atende
pacientes da área hospital Regional Roberto Roriz.
Assinatura do enfermeiro Carimbo COREN/PI 417.791



HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBÃO VELOSO - PIAUÍ

Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro
Fone: (86) 3285-1133 - Elesbão Veloso - PI
CNPJ: 06.553.564/0012-90



GOVERNO
DO PIAUÍ

FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente:	Idade	Data Nasc.	Cartão SUS
<u>José Melo Lopes Rocha</u>	<u>48</u>	<u>10/07/1970</u>	<u>12364064491009</u>
Endereço:	Bairro	Cidade	
<u>R. Manoel Fernandes</u>		<u>Francinópolis</u>	
Data do Atendimento	Hora	Tipo	
<u>23/09/18</u>	<u>22:00</u>	<input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outros	
Exame Físico: Sinais Vitais			
PA: _____ mmHg	FC: _____	R: _____	Telefone do Paciente: <u>89-999426523</u>
Glicemias Capilar _____ Saturação O: _____	GLASGOW: _____		
Histórico Clínico: <u>Pac. veio transferido do colo</u> <u>Francinópolis com corte no</u> <u>extremidade superior.</u>			
Diagnóstico Inicial: <u>Inflamação</u>			
Prescrição Médica na Urgência:		Anotações de Enfermagem	
<u>Oftalma 15 Sat 99 /</u> <u>FC: 106</u>			
<u>PA: 140x90</u>			
<u>RL 1000 ml EV aberto</u>			
<u>celofatina 1g - 2ump + 10DEN</u>			
Destino Paciente: Data: <u>23/09/18</u>		Hora: <u>21:20</u>	
<input type="checkbox"/> Internação		<input type="checkbox"/> Transferência _____	
<input type="checkbox"/> Sala de Observação		<input type="checkbox"/> Óbito _____ Hora: _____	
<input type="checkbox"/> Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial			

CONFERE COM O ORIGINAL

Rayanne A. Oliveira
06.12.18

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: 03/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.893,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IRENALDO LOPES DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 00000083475-0

Nr. da Autenticação 130BEB27B6A7D036

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: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IRENALDO LOPES DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000083475-0

Nr. da Autenticação B4AB824019465DB9

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIRI CNPJ: 06.615.747/0001-27 ACESPISA AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 R - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300						CONTA DE ÁGUA	
						ATENDIMENTO	
						08000 86 8888	
MÊS/ANO : 11/2018			VENCIMENTO : 18/11/2018			MATRÍCULA 3406105	
TRENALDO LOPES DA ROCHA RUA MANOEL FERNANDES, NUM. 243 CENTRO FRANCIMÓPOLIS PI 64520-000 INSCRIÇÃO 011.001.0001.1252.00							
ROCA 001.1251							
CATALOGADA		ECONOMIZAR	HIDROMETRO	VOL. FATORADO	DESCONTOS	TIP. DA CONTA	
RESIDENCIAL		1	F09N320400	10	REAL	75463131	
DT. LEIT. ANTERIOR	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA		
27/09/2018	30/10/2018	33	1012	1021	10		
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.		
10/2018	10/2018	08/2018	07/2018	06/2018	05/2018		
DESCRIÇÃO VALORES(R\$)							
TARIFA DE ÁGUA 26,91 MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO 0,60							
Demonstrativo de Tributos				Base do Calculo 28,51		TOTAL A PAGAR(R\$)	
				IR: 1,37	ICMS: 0,66	28,51	
				ISS: 0,29	PIS/PASEP: 0,19		
A ACESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETIRE SUA CONTA NA AGESPISA							

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR		
Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/96
Turbidez	9,62	5,0
pH	7,76	6,0 a 9,5
Cst	1,60	19,0
Cloro	0,50	0,2 a 5,0
Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/96
Filtração	0,00	1,5
Período	0,00	0,3
Colif. Total	Nascente	0
Colif. Fecal	Nascente	0

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2016

DPVAT

TIM S.A.
Rua Lídio Góes, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 00.421.425/0024-08 - IE: 134445835
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

SETIM
BLACK

Página 1 de 4

R\$ 149,32

VENCIMENTO
25/12/2018

EMISSÃO: 07/12/2018

POSTAGEM: 17/12/2018

FATURA: 3613257115

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
54325-000 - ELESBÁO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aqueles viagem, jantar fora ou final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/NOV A 06/DEZ

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
<input type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 4,22
<input type="checkbox"/> CHAMADAS FORA DA REDE TIM	R\$ 2,48
<input type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 2,63

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/5MP)

Desconto Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 4:

10GB de Internet para Video

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO:	VALOR
-	-	1	30	07/11 a 06/12	189,99
-	8/12	30	07/11 a 06/12	-50,00	139,99
10GB	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
Limitado	149m00s	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído
-	-	1	30	07/11 a 06/12	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALIQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FLUSTR.	R\$ 0,72
ICMS	50%	R\$ 108,00	R\$ 54,00	FLUTTEL:	R\$ 0,36
FISICOFINS - Serviços Telecom.	3,65%				
FISICOFINS - Serviços Non Telecom.	4,61%				
FISICOFINS - Serviços Válo Telecom.	5,12%				

Em conformidade à Lei 12.711/2012.
As contribuições da FUST (1%) e FUNETEL (0,3%) não são repassadas às tarifas.

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Válo Telecom (SVA)
Incluídos no(s) Plano(s):
Franquia(s): R\$ 137,49
SVA: R\$ 52,50
Desconto(s) Franquia(s): R\$ -26,18
Desconto(s) SVA: R\$ -12,82

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

SETIM

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático e ganhe um bônus de Internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse o Meu TIM ou ligue para o central de atendimento TIM.

Nº de identificação da fatura: 3613257115

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
DEZ/2018

DATA DE EMISSÃO
07/12/2018

DATA DE VENCIMENTO
25/12/2018

VALOR
R\$ 149,32

VIA BANCO

3452000001 - 2 49320109011 - 2 00361325711 - 6 50123536776 - 1

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIRI CNPJ: 06.615.747/0001-27 ACESPISA AV. MAL. CASTELO BRANCO, 101 R - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300						CONTA DE ÁGUA					
						ATENDIMENTO					
						08000 86 8888					
MÊS/ANO : 11/2018			VENCIMENTO : 18/11/2018			MATRÍCULA 3406105					
TRENALDO LOPES DA ROCHA RUA MANOEL FERNANDES, NUM. 243 CENTRO FRANCIMÓPOLIS PI 64520-000 INSCRIÇÃO 011.001.0001.1252.00											
ROCA 001.1251											
CATALOGADA		ECONOMIZAR	HIDROMETRO	VOL. FATORADO	DESCONTOS	TIP. DA CONTA					
RESIDENCIAL		1	F99N320400	10	REAL	75463131					
DT. LEIT. ANTERIOR	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA						
27/09/2018	30/10/2018	33	1012	1021	10						
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.						
10/2018	10/2018	9	08/2018	8	07/2018	6	06/2018	7	05/2018	8	
DESCRIÇÃO								VALORES(R\$)			
TARIFA DE ÁGUA								26,91			
MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO 001.001								1,60			
DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS				Base do Calculo	28,51	TOTAL A PAGAR(R\$)					
				IR: 1,37	ICMS: 0,86	28,51					
				ISS: 0,29	PIS/PASEP: 0,19						
A ACESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA RETIRE SUA CONTA NA AGENTIA RETIRO 2 VIA NO SITE WWW.ACESPISA.COM.BR											

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR		
Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/96
Turbidez	9,62	5,0
pH	7,76	6,0 A 9,5
Cst	1,60	19,0
Cloro	1,50	0,2 A 5,0
Flúor	0,00	1,5
Per.:p	0,00	0,3
Colif. Total	Ausente	0
Colif. Fecal	Ausente	0

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2016

DPVAT

Av. Presidente Dutra, 1914
Cidade Industrial - PI
CEP 65000-000 - Fone: (86) 3244-5835
Fax: (86) 3242-1000-11

TIM

BLACK

R\$ 139,47

VENCIMENTO

25/01/2019

EMISSÃO: 07/01/2019

POSTAGEM: 21/01/2019

FATURA: 3649223240

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 264
CENTRO
65325-000 - ELESBÁD VELOSO - PI

CLÍENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Caro cliente, independentemente deste mês você poderá pagar sua fatura até o dia 20/01/2019 sem cobranças de juros e multa. Consta nessa fatura a cobrança de um serviço adicional: Serviço de Voz 4G para o número 86999993007.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/DEZ A 06/JAN

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
<input type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,77
<input type="checkbox"/> \$ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ -6,29

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

DETALHES

O seu plano de telefone oferece:
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)
 Oferece: Oferta TIM Pós C Plus
 Chamadas
 10GB de Internet
 Até 1000 minerais e DDD com 41
 10GB de Internet para Vídeo
 10GB de Música
 10GB de Vídeos Virtuais
 TIM Backup 30GB

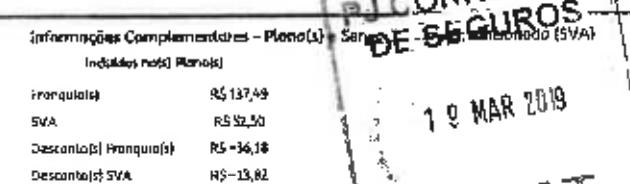
FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/12 a 06/01	139,99
-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	-50,00
10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Ilimitado	163m36s	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com todo o conforto e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite www.apomeutim.com.br do seu celular. Central de Atendimento: 1056

APÓS 10 UNIDADES	ALIQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,73
0,01%	30%	R\$ 102,08	R\$ 32,32	FUNTEL	R\$ 0,36
HST Unlmt. Serviços Telecom	10,05%				
Promoção: Novo Pós TIM	3,25%				

Os descontos (ex.: 10% na FUST) e o HST (10,05%) não são repassados às tarifas.



TIM

Cliente TIM Novel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, entre em www.tim.com.br ou ligue para o centro de atendimento TIM.

SERVIÇO DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

MENSALIZAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009121536776014	JAN/2019	07/01/2019	25/01/2019	R\$ 139,47

VIA BANCO

84620000001 5 39470109011-7 00364922324-9 00121536776-2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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 SUSEP¹ 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 mensa, 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 COAF².

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

²Conselho 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 Adriana Paula de Souza Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Irenaldo Lopes da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 349.995.233/53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Irenaldo Lopes da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 349.995.233/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Renda:

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	Rua Sete de Setembro	Número	244
Bairro	Centro	Estado	Piauí
Cidade	Elebas Veloso	Complemento	Centro
Email	carladiannassau@gmail.com	CEP	64305-000
Telefone Comercial (DDD)	(86)33948-1714	Telefone celular (DDD)	86)993008

Local e Data

COAF
DE SEGUROS

14 JAN 2016

Assinatura do Declarante

DPVAT



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 SUSEP¹ 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 mensa, 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 COAF².

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

²Conselho 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 Adriana Paula de Souza Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433/53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Irenaldo Lopes da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 349.995.233/53, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Irenaldo Lopes da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 349.995.233/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Renda:

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	Rua Sete de Setembro	Número	244
Bairro	Centro	Estado	Piauí
Cidade	Elesbão Veloso	Complemento	Centro
Email	carladiannassau@gmail.com	CEP	64325.000
Telefone Comercial (DDD)	(86)33948-1714	Telefone celular (DDD)	86)993008

Local e Data

COAF
DE SEGUROS

14 JAN 2016

Assinatura do Declarante

DPVAT



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPEZ
FRANCINOPOLIS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO, E AUDITORIA-
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRASFERENCIA
DATA 03/03/18 HORA 10:30 N° DO TELEFONE (89) 3472-1140

HOSPITAL SOLICITANTE H.M.S.P.L MUNICIPIO Francinópolis
MÉDICO _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO
 Obstetricia Trauma Clínico Cirúrgico Psiquiatria Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome Isabelinha doceira da felha

Idade 18 anos Sexo: Masculino Feminino

HDA Paciente vítima de acidente motociclista apresentando
fústico intenso em epísoio () + episódio de hemorragia
externa + fústico óptico - abdôminal ()

ESCALA DE GLASGOW: _____
ABERTURA OCULAR RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA

4- Espontânea	5- Orientado	6-Obedeça a comandos
3-Comandos	4- Confusa	5- localiza dor
2- A dor	3- Palavras Inapropriadas	4- Movimento de retirada
1-Nenhumma	2- Palavras Incompreensíveis	3- Flexão anormal
	1- Nenhuma	2- Extensão anormal
		1- Nenhuma

SINAIS VITAIS
Tax. 79 P: 90 bpm R: 16 mm PA: 140/80 mmhg Sat o₂ 95%
-Glicemia: 118 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|--|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oxiênio | <input checked="" type="checkbox"/> Hidratação Venenosa | <u>now / resolução?</u> |
| <input type="checkbox"/> Aspiração | <input checked="" type="checkbox"/> Medicção | <u>Paracetamol</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Curativo | <input checked="" type="checkbox"/> Outros | <u>ambulatório</u> |

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2018

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO Hospital Regional Roberto Marinho DRVAT
Hospital: Hospital Regional Roberto Marinho DRVAT
Clínico/ Posto: _____ Senha: Silveira Kelly
Assinatura e Carimbo do Médico Enfermeira COREN-PI 417.791

Assinatura e Carimbo do Médico Enfermeira COREN-PI 417.791
605 Ponte foi retirado devido rebote p/224 visitas
de paciente motorista. Plantas vermelhas
de medicamento para Hospital Regional Roberto Marinho



Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro
Fone: (86) 3285-1133 - Elesbão Veloso - PI
CNPJ: 06.553.564/0012-90



FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente:	Idade	Data Nasc.	Cartão SUS
<u>José Melo Lopes Rocha</u>	<u>48</u>	<u>30/07/1970</u>	<u>123640644910009</u>
Endereço:	Bairro	Cidade	
<u>R. Manoel Fernandes</u>		<u>Francinópolis</u>	
Data do Atendimento	Hora	Type	
<u>23/09/18</u>	<u>22:00</u>	<input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outros	
Exame físico: Sinais Vitais			
PA: _____ mmHg FC: _____ R: _____	Telefone do Paciente: <u>89-999426523</u>		
Glicemia Capilar: _____ Saturação O: _____	GLASGOW: _____		
Histórico Clínico:	<p><u>Pac. veio transferido do colo</u> <u>Fracionou pulm com fratura</u> <u>exposta.</u></p>		
Diagnóstico Inicial:	<p><u>trauma,</u></p>		
Prescrição Médica na Urgência:			Anotações de Enfermagem
<u>Oftozes 15</u>	<u>Sat 99%</u>	<u>FC: 106</u>	
PA: <u>nao xam</u>			
→ RL 1000 ml EV aberto			
→ cefalotina 1g - 2unid + BIDEN			
Destino Paciente: Data: <u>23/09/18</u>	Hora: <u>21:20</u>		<u>OPVAT</u>
(<input type="checkbox"/>) Internação	(<input type="checkbox"/>) Transferência _____		
(<input type="checkbox"/>) Sala de Observação	(<input type="checkbox"/>) Óbito <u>/ /</u> Hora: _____		
(<input type="checkbox"/>) Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial			

CONFERE COM O ORIGINAL

Rayanne A. Oliveira
06.12.18



NOME DO PACIENTE: Irenaldo Lopes da Rocha
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 489346

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPÉDIRÁ 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: 06 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 07/12/2018 11:06:58
(CANE SIMONE)

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DADOS DO PACIENTE:

<u>Name:</u> IRENALDO LOPES DA ROCHA	<u>Frontuário:</u> 489346
<u>Mãe:</u> MARIA LOPES DA ROCHA	<u>Pai:</u> FRANCISCO FERNANDES DA ROCHA
<u>End.Resid.:</u> RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI - CEP: 64520-000	
<u>Nascimento:</u> 13/07/1970	<u>Idade:</u> 48a2m14d
<u>Responsável:</u> ANTONIO	<u>CNS:</u> 123640644910003
<u>Profissão:</u> TRABALHADOR RURAL	<u>Documento:</u> CPF: - - -
<u>G. Instrução:</u> Não alfabetizado	<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End.Local.:</u> - - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 685820	<u>Data:</u> 24/09/2018 00:58:23	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		<u>Convênio:</u> S U S

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 24/09/2018 de 00:58 às _____ horas para fim de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 685820////

TERESINA (PI) 7 de Dezembro de 2018:
 REGISTRO DE ATENDIMENTO
 MEDICO DE ATENDIMENTO
 SAUDE PÚBLICA
 CONFERE DATA E HORA
 JUZGADO DE PREGO
 DE SEGUROS

14 JAN 2019

Ass. e Matrícula do Servidor

OPVAT



SUS



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 725645

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

140734

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT2-CNES
5828856Código da
Internação:4-CNES
5828856**225645**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **IRENALDO LOPES DA ROCHA**6 - Prontuário: **489946**7-CNS: **123640644910003**8-Nascimento: **10/07/1970**9-Sexo: **Masculino**RG: **1013268 - ASPI**11-Mãe: **MARIA LOPES DA ROCHA**12-Fone: **89-99942-6523**13-Resp: **ANTONIO**14-Cor: **Sem Informação**15-Endr: **RUA MANOEL FERNANDES - NORR DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000**17-Cod.IBGE: **220400**18-UF: **PI**19-CEP: **64520-000**16-Nunic: **FRANCINOPOLIS**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura exposta em 5º quirodactilo D

21 - Condições que justificam a internação:
ato cirúrgicoAJ COMP.
DE SEGUROS22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
exame fisico + rx

14 JAN 2019

24-CID Prin:

25-CID Secund.

S981

26-CID C. Sec.:

23-diagnóstico inicial:

Amputação traumática de apenas um artelho

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408060042** 27-Procedimento Solicitado:
AMPUPAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solici:
CPF **877.154.063-68**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

29/09/2018

Tempo SUS

2

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40-No. Bilhete:

41-Série:

36-() Acidente de Trânsito
37-() Acidente Trabalho Físico
38-() Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:
43-CNAE Empresa:
44-CBO:45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUDITOR

48-Documento:
() CNS () CPF

49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

19/11/18
Marcondes Martins S. Moutinho
Médico Auditor - FMS - Teresina
CNPJ: 04.160.043/0001-45
50-Ass.Carijibo Med.Sol.(CRM)Usuário: (ANA QUEIROZ)
Consulta Local: 685820
Consulta SUS:
Impressão: 01/11/2018 10:28

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 142814
AIH: 2218101767860

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
SR28856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
SR28856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE
IRENALDO LOPES DA ROCHA NASCIMENTO 10/07/1970 SEXO M PRONTUÁRIO 489346DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE
MARIA LOPES ROCHA RESPONSÁVEL ANTONIOCEP ENDEREÇO - LOGRADOURO
00000-000 NUMERO / LOTE UF PI

BAIRRO COMPLEMENTO MUNICÍPIO FRANCINÓPOLIS UF PI

MORRO DA ESPERANÇA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO APRESENTANDO TRAUMA - FRACTURA EXPOSTA EM 5º QURODACTILO D

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S981 - AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE APENAS UM ARTELHO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

D40SD0042 - AMPUTAÇÃO DESARTICULACAO DE DEDO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER
URGÊNCIA DATA SOLICITAÇÃO
20/09/2018LAURENT FRONTEIRA DA SILVA RICOSA
CRM: 74663593372DATA ADMISSÃO DATA ALTA MOTIVO ALTA
29/09/2018 09:30 04/10/2018 09:00 PERMANENCIA POR REOPERACAOCAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)
TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNR/EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

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

LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA
CRM: 4625109915NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVANÇADO /
AUDITORIA

14 JAN 2019

DATA ANÁLISE: 01/10/2018 10:56:14

CRM:

CRM:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROT. ZENON ROCHA
 PACIENTE: Jeronaldo Lopes da Rocha N° PRONT: 411346 N° LAUDO: 225645

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO
 TEMPO SUS, CAUSADA PÔR COMPLICAÇÃO DO QUADRO
 CLÍNICO OU POUCA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO.

DATA: 1/1/18


ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

19/1/18

Marcos Antônio Martins S. Moura
 Médico Auditor - FMS - Teresina
 CRM-PI 1280 - CNIS 1792835540001

DATA:



ASSINATURA DO AUDITOR

J. G. M. DE S. M.
DE S. M.

14 JAN 2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 29/09/2018

NOME DO PACIENTE:	<u>Tenaf do bopos da Rocha</u>	PROTÓTICO Nº:	<u>489346</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <u>Reoperação de</u>		
ANESTESIA:	<u>local</u>	Nº DA SALA:	<u>02 setor de am-</u>
CIRURGÃO:	<u>Dr. Chagas</u>	CPF Nº:	<u>putação</u>
AUXILIAR:	CPF Nº:		
ANESTESIA:	<u>Dra. Danielle</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Edilene</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE SISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7,0	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	30		PVP DE GERMANTE	ML	1,00	
ALGODÃO	BOLA	-		PVP TÓPICO	ML	1,00	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVP TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FLASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Eletetor 02		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		-		Eletôdes		0,5	unid
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		-		Enxovas		0,3	un
CAT. GUT. CROMADO C/AG		-		Clepsom		0,1	unid
CAT. GUT. CROMADO S/AG		-					
ALCOFIL		-					
MONONYLON 3-0		01					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL		-		CIRCULANTE:			
PROLENE		-					



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Geraldo Lopes da Rocha

Diagnóstico pré-operatório

Nervo do 5º dedo med.

Operação - Tipo

Histerectomia de 5º dedo med.

Cirurgião

Dr. G. L. S. da Cunha P. Júnior

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ediane

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Dr. Fábio da Cunha P. Júnior

Local

Data da Operação

29/09/2018

Início

11:15

Fim

11:40

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Mais um histerectomia
que eu fiz
que é certo

11 JAN 2018

Além disso fez o resto
que é certo

Dr. Fábio da Cunha P. Júnior
Anatomia Patológica



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Grenaldo Lopes da Rocha

Diagnóstico pré-operatório

Nervo do 5º dedo med. ⑩

Operação - Tipo

Luxação int. do 5º dedo med. ⑩

Cirurgião

Delys

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ediane

Anestesista

Anestesia

Anestesiad(a)

U. Geral

Local

Data da Operação

29/09/2018

Inicio

11:15

Fim

11:40.

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRITÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Moon Wound Suture
Ligadura
Sutura

Ajuda em fio de nito
Junta de seda

Dr. Fábio das Chagas Souza
Ortopedia

CORRETA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 145491

AIH: 2218101791521

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

SK28856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

SE28856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	IRENALDO LOPES DA ROCHA		10/07/1970	M	489346
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		
			MARIA LOPES ROCHA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			RESPONSÁVEL	
				ANTONIO	
BAIRRO	COMPLEMENTO			MUNICÍPIO	NUMERO / LOTE
MORRO DA ESPERANÇA				FRANCINÓPOLIS	0000
UF					
PI					

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO APRESENTANDO TRAUMA + FRATURA EM 3º E 4º METATARSO D + PRATURA DE 4º QUIRODACTILO D. REALIZADO TTO CIRÚRGICO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / PRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA (400005069) S925 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIARIA DAS PALANDES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) (4000020342 S626)

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

TTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX + EF

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S925 - PRATURA DE OUTRO ARTELHO

CID 10 SECUNDÁRIO**CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

041500001 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

ANDRE LEAL DE VASCONCELOS

CPF: 00369513312

CRM:

CARATÉR	DATA SOLICITAÇÃO	
URGÊNCIA	06/10/2018	
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
06/10/2018 15:00	10/10/2018 09:00	PERMANENCIA POR ROPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGUROADORA 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 AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CELSO JUIRES FERREIRA FILHO
CPF: 70350153792

CRM:

DATA ANÁLISE: 01/11/2018 10:01:02

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	IRENÉLDO LOPES DA ROCHA		
Diagnóstico pré-operatório	FRAUÍA DE METATARSOS (3º E 4º) PÉ(+) + 4º AD(D)		
Operação - Tipo	OSTEOSÍNTESE DE METATARSOS 3º E 4º + OSTEOSSÍNTESE 4º AD(D)		
Cirurgião	1º Assistente		
2º Assistente	2º Assistente		
Instrumentador(a) Ortopedia TECI 13827	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista	mão + pé - blo 1050693 S925 0408030342 S626		
Acidente Durante a Operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① PACIENTE EM DOIS SOS PRIMANESTESA + BLAVONITANAS
- ② ASSOPSIA ANTISSOPSIA + CAMPUS
- ③ ABERTURA DO FD + DIVISÃO POR PEINOS + PINAGEM DE 3º E 4º METATARSOS
- ④ ORTOSCOPIA + REDUÇÃO INCLUIDA DO 4º AD(D) + PINAGEM COM 2FIOS R10 CLAVETAS
- ⑤ CURVADO + FIRADA.

**AUDIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

342816

142816

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES: 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES: 5828856	224309

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA	6 - Prontuário: 489346		
7-CNS: 123640644910003	B-Nascimento: 10/07/1970	9-Sexo: Masculino	RG: 1013268 - SGPJ
11-Mae: MARIA LOPES DA ROCHA			12-Fone: 89-99942-6523
13-Resp: ANTONIO			14-Cor: Sem Informação
15-Ender: RUA MANOEL FERNANDES - MORRO DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000			
16-Munic: FRANCINOPOLIS	17-Cod. IBGE: 220400	18-UF: PI	19-CEP: 64520-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

Tmms ane fu coxa



21 - Condições que justificam a internação:

Necessito de cirurgia



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

04 a 06/10

23-Diagnóstico Inicial:	24-CID Prin: S724	25-CID Sec.: 	26-CID C.assoc.:
Fratura da extremidade distal do fêmur			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Procedimento Solicitado: 0408050624 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL)	Tempo médio: 4
---	-----------------------

28-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: CPF 746.635.933-72	32-Doc. Méd. Solic.: 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAD TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	34-Data Solicitação: 04/10/2018	35-Asa.Carimbo Med.Sol.(CRM): 0408050624
-------------	-------------------------------------	---	--	---	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Nº. Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Tipico			
38-() Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:

45 - Vinculo com a Previdência:	46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
---------------------------------	--	----------------------

48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Asa.Carimbo (Rg.Conselho): 191118 Marcos Martins S. Moura Médico Anest.
--------------------------------------	--------------------	--

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	AUTORIZADO	Usuário: ALCINA OLIVEIRA Consulta Local: 605820 Consulta SUS: Impressão: 04/10/2018 15:26:00
--	------------	--

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	IRENAIDO LOPES DA ROCHA	IDADE	48 anos	DATA	06/10/2018		
HORÁRIO DE ADMISSÃO	11 hs 20 min	TIPO DE ANESTESIA	() GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO				
CIRURGIA REALIZADA	Osteosíntese de metatarso			CIRURGIÃO	Prado		
SINAIS VITais		HORÁRIO					
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	107/70	ADMISSÃO		SAIDA	100/51		
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	81				91		
SATURAÇÃO DE O2 (%)	97%				95%		
TEMPERATURA AXILAR (° C)							
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)							
* NOME/ MATRÍCULA	Elena						
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO			SAIDA		
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>		
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou não comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispaéta ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
SATURAÇÃO O ₂	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
CONSCIÊNCIA	Deserta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
SATURAÇÃO O ₂	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
	ESCALA DE DOR	ADMISSÃO	TOTAL				
ESCALA DE DCR	ALTA	ASSISTENTE					
() SONDA VESICAL () DREN DE SUÇÃO () DREN TORACICO () DVE () COLOSTOMIA SONDA INASOGI INASOC							
hs	ml :	ts	ml	hs	ml		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:							
Às 13:20h - Pt admitido na SPPA após sua cirurgia de osteosíntese de metatarso), sob efeito anestésico.							
À 13:20h - Encaminhado para clínica de oncologia - CORRETORA DE SEGUROS							
14 JAN 2018				DPVAT			
14 JAN 2018				Dr. Miguel Antônio Ferreira Médico Anestesiologista CRMESP / 64.810			
PRESCRIÇÃO MÉDICA				ALTA SRPA		ANESTESIOLOGISTA	
				HORÁRIO			
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []							
DOSTO: [] 12 [] 13 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD							

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
	IRENALDO LOPES DA ROCHA		10/07/1970	M	489346
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		MARIA LOPES ROCHA	ANTONIO		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
			0900		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
MORRO DA ESPERANÇA			FRANCINÓPOLIS	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE METATARSO, FEMUR E

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050624 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	ANDRE LEAL VASCONCELOS CRM: 00369313312
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 04/10/2018
DATA ADMISSÃO 04/10/2018 09:00	DATA ALTA 06/10/2018 15:00
	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CRM: 46261079315	DATA ANÁLISE: 06/10/2018 10:55:41 CRM DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Irenaldo Lopes da Rocha		
Diagnóstico pré-operatório	FONTE SC - fémur (D) contumia		
Operação - Tipo	Raspagem OCS ponte		
Cirurgião	Ivan - Dr	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Burdane	Anestesista	Jackson
Anestésico(a)	Anestesia Raynal		
Data da Operação	04.10.18	Inicio	15:00
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			

FMS

SUS



**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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	224309

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA	6 - Prontuário: 489346		
7-CNS: 123640644910003	8-Nascimento: 10/07/1970	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .
11-Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA			12-Fone: 89-99942-6523
13-Resp: ANTONIO			14-Fone: 89-99942-6523
15-Ender: RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000	17-Cod.IBGE: 220400	18-UF: PI	19-CEP: 64520-000
16-Munic: FRANCINOPOLIS			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

1-Cod. Proced. Principal. 0408050624	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL)	Quant. Solicitada: 1
1-Cod. Procedimento Especial 0702030821	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS	

Fornecedor da OPM: SPINE

1-Profissional Responsável: TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF	<i>Lao-Isé Traumatologia e Ortopedia CRM-PI 2600 SPOT 1000</i>
1-Data Solicitação: 04/10/2018	40-No.Doc. Med. Solic.: 746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com lesão na mão DCS

AUTORIZAÇÃO

1-Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF: 161118 Matheus S. Moura
Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) COFEL CONTO

1-Nome do Profissional/parecer controle avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: 161118 Matheus S. Moura
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) AUDITOR

(ALCINA OLIVEIRA)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

ME <u>Irenaldo Lopes da Rocha</u>	IDADE _____ anos	DATA <u>04/12/2018</u>				
RÁRIO DE ADMISSÃO <u>16</u> hs 00 min	TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO					
MURGIA REALIZADA <u>fret. fínmur</u>	CIRURGIÃO _____					
HORÁRIO						
SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA				
	<u>144/87 (99)</u>	<u>121/66</u>				
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)						
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	<u>77</u>	<u>83</u>				
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>				
TEMPERATURA AXILAR (O° C)						
REQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)						
NOME/ MATRÍCULA	<u>Gerson</u>					
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK						
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
ESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Tem apneia	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
CULADAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 60% do nível pré-anestésico	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input checked="" type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL <u>09</u>	Klênia Freire Parentes			
ESCALA DE DOR ALTA			ENFERMEIRA COREN-PI: 484025			
() SONDA VESICAL	() DRENÔ DE SUCCÃO	() DRENÔ TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASO () NASOE	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	
AÇÃO DE ENFERMAGEM:						
<u>16h Admitido no SRPA, em POC de fret. fínmur. Consciente, orientado. Capacidade de MA. HU perna.</u>						
<u>Klênia Freire Parentes</u> <u>ENFERMEIRA</u> <u>COREN-PI: 484025</u>						
<u>Klênia Freire Parentes</u> <u>ENFERMEIRA</u> <u>COREN-PI: 484025</u>						
<u>Klênia Freire Parentes</u> <u>ENFERMEIRA</u> <u>COREN-PI: 484025</u>						
<u>14 JAN 2018</u> <u>PPVAT</u>						
RESSCRIÇÃO MÉDICA				ALTA SRPA	Dra. <u>Patrícia Brásileiro</u> <u>ANESTESIOLOGISTA</u> <u>CRM-PI - 5028</u>	
				HORÁRIO <u>17:30</u>	ANESTESIOLOGISTA	
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 [] MÉDI						

235



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

paciente 078 24 rocess

Diagnóstico pré-operatório

fractura + fratura 20 TC

Operação - Tipo

laser + colpos

Cirurgião

Jr

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

1º Assistente

3º Assistente

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

laser + fratura 20
PE Q

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

00

Aban
10 a 12 Soz
JAN SANTOS
Médico
CONFERENCIAL

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

paciente SP3 paciente 24 rocess
+ fratura 20 TC corset
laser laser 20 TC
Ortoped 20 120, sutura
corset

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

PRESCRIÇÃO
MÉDICA



Fundação Municipal de Saúde

FMS
Fundação
Museu
Santista

NOME DO PACIENTE: *[Nome]*
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES:

MÉDICO/CRM:

Mod. 007

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

PACIENTE Hernâldo Lopes da Rocha		IDADE _____ anos	DATA 10/10/2018
HORÁRIO DE ADMISSÃO	9 hs 10 min	TIPO DE ANESTESIA () GERAL () TRÁQUEA () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO	
URGIA REALIZADA		2 hr (p/ O)	CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		SAÍDA
	ADMISSÃO	Saída	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	100 x 72	103 / 55	74
FREQUÊNCIA CARDÍACA (lpm)	82	88	
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100%	100%	
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME E MATRÍCULA	Kenia	Jucia	

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 []	2 []
	Movimenta dois membros	1	1 []	1 []
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 []	0 []
PIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 []	2 []
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 []	1 []
	Tem aonéia	0	0 []	0 []
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 []	2 []
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 []	1 []
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 []	0 []
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 []	2 []
	Desperda, se solicitado	1	1 []	1 []
	Não responde	0	0 []	0 []
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 []	2 []
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 []	1 []
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 []	0 []
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	(1) NINGUÉM (2) DOR MÍNIMA (3) DOR MÍDIA (4) DOR MÁXIMA (5) DOR INTENSA (6) DOR MUITO INTENSA (7) DOR MUITO MUITO INTENSA (8) DOR INDEFINIDA (9) DOR MUITO INDEFINIDA (10) DOR MUITO MUITO INDEFINIDA		TOTAL 09	10
ESCALA DE DOR ALTA	(1) NINGUÉM (2) DOR MÍNIMA (3) DOR MÍDIA (4) DOR MÁXIMA (5) DOR INTENSA (6) DOR MUITO INTENSA (7) DOR MUITO MUITO INTENSA (8) DOR INDEFINIDA (9) DOR MUITO INDEFINIDA (10) DOR MUITO MUITO INDEFINIDA			

INDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() IDVE	() COLOSTOMIA	SONDA NASOG. INÁSQUE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
	hs	mL	hs	mL	hs

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
 09:30 permitido no SRPA um PUF de 1h cirúrgico para sustentar p/ O submetido a regras. Converte-se para expiração, segurando o feixe com um dedo. Impõe-se
 14 JAN 2019

09:05 volta do SRPA. Retorno para retope de
 M. Apontado Coimbra
 Coren-PI 200517-BSE

10:00h: Alerta, Espasmo e Edema
 ALTA SRPA
 Dr. Italo Hipólito B.T. Silva
 Médico Anestesiologista
 CRM 5053 / RQE 2968
 Gerente Médico Centro Cirúrgico HUT
 HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []
 POSTO: [] 12 [] 13 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PEDI [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD
 235 / 246

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 063 3218 5445
TERESINA-PI CRP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **469346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m18d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **224465**

Requisição: **880901** Solicitação: **07/10/2018** Solicitante: **ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS**

Controle: **1091467** Convênio: **SUS** CLÍNICA ORTOPEDICA - IP11 ENFERMARIA 295 LEITO 246

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204040094**

Data Exame: **07/10/2018**

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA COMINUTIVA NA FALANGE MÉDIA DO 4º DEDO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/11/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Professional Responsável

J CORTEZ
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m18d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **224465**

Requisição: **880901** Solicitação: **07/10/2018** Solicitante: **ANDRÉ LÉAL DE VASCONVÉLOS**

Controle: **1091466** Convênio: **SUS** CLÍNICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 LEITO 248

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 07/10/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA.
- FRATURAS COMINUTIVAS NOS 3º E 4º METATARSOS.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/11/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 281.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**J CONFETORA
DE SEGUROS**

14 JAN 2019

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otton Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5463
 TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)

Enderço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a3m23d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223524**

Requisição: **878403** Solicitação: **29/09/2018** Solicitante: **RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA**

Controle: **1088174** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204040094**

Data Exame: **29/09/2018**

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na falange média dp 4º dedo.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura na falange média dp 4º dedo.
- Partes moles sem particularidades.

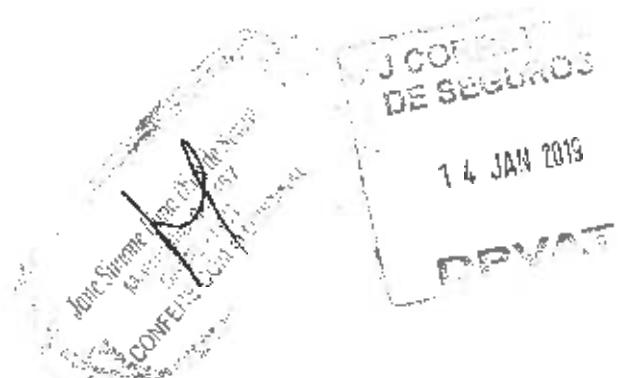
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 02/11/2018

GERSON LUIS MEDINA PRADD

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223524**

Requisição: **877108** Solicitação: **25/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **1088617** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204060150**

Data Exame: **25/09/2018**

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cavalgada no 3º metatarsiano.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Lins 1920 - Redenção - Fone: 86 3213 5145
 CNRRES/NA-PT CRP: 64017-770 CNFG: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRÓ DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERRAÇÃO** Atendimento: **223524**

Requisição: **877108** Solicitação: **25/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **1086516** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204040094**

Data Exame: **25/09/2018**

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas nas falanges médias do 4º e 5º quirodáctilos.
- Fragmentos metálicos em sítio de fratura.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Vito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223524**

Requisição: **877107** Solicitação: **25/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **1086515** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 25/09/2018

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominuta no terço distal do fêmur.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Octo Pinto 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA RÓCHA** (Prontuário: **489346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a3m19d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **685820**

Requisição: **876753** Solicitação: **24/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **1086082** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204060150**

Data Exame: **24/09/2018**

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas nos 3º e 4º metatarsos.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otton Vito 1800 Redenção - Fone: 86 3210 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRÓ DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a3m19d** Sexo: Masculino Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **685820**
 Requisição: **676752** Solicitação: **24/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1066080** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 24/09/2018

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas no 3º, 4º e 5º dedos com amputação das falanges distais do 4º e 5º dedos.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Professional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRÓ DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: 10/07/1970 Idade: 48a3m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685820

Requisição: 876751 Solicitação: 24/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 10B6076 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 24/09/2018

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva no fêmur distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489348**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a3m19d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **685820**

Requisição: **876751** Solicitação: **24/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **1086075** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 24/09/2018

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva no fêmur distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA
Data: 29/11/2018
Solicitante: JOELDSON L.S.PINHO
Convênio: PARTICULAR
Código: 59388



RX COXA FEMORAL DIREITA (02 INC).

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fratura cominutiva no terço distal do fêmur.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255

RESULTADO USADA DA PESQUISA
www.2000x1000.com
data: 05/09/2000

Data de busca: 20/11/2000 - Último resultado da pesquisa:
1004 resultados - 10/21/2000 - Sítio: www.2000x1000.com

Data de busca: 20/11/2000
Último resultado: 15/24/50

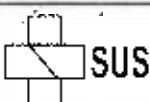
Dir.



Exame: PBM-001
Data de exp: 10/09
Ref. Sist: DR. LUCAS MONTEIRO PEREIRA

CÍNICA ANTONIO BOMFIM VALença - PI
Praça Getúlio Vargas, 287
Fone / Fax: (88) 3486-1201
e-mail: clinicantoniobomfim@hotmail.com

CÍNICA ANTONIO BOMFIM VALença - PI



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO



Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

3' - NÚMERO DO PRONTUÁRIO

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - NOME DA MAE

8 - TELEFONE DE CONTATO

9 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDERECO / RUA N° BAIRRO

13 - SEXO

MASC FEM

14 - SAGAVER

15 - MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - NOME DO PROcedimento

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

21 - QTD.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

Lombalgia crônica com evolução com p/m/e.

J. CONSELHO
DE SEGUROS
14 JAN 2019

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFESSONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO (NF REGISTRO DO CONSELHO)

José Lúcio Lima Silveira Pinto

14.11.18

CNPJ

30 - DOCUMENTO (CNS) DO PROFESSONAL SOLICITANTE

CPF

LEIAIS

32 - ASSINATURA E CARIMBO (NF REGISTRO DO CONSELHO)

CNPJ

AUTORIZAÇÃO

33 - DIA NO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

35 - CONSELHO EMISSOR

36 - NOME DO PROFESSONAL AUTORIZADOR



GOVERNO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES
FRANCINOPOLIS - PI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

RECEITUARIO

Relatório *Médico*

Dra. MAT

Declaro que Inaldo F. S.
de Rodo, vitimou de acidente
de moto, em 23/09/18, com fratura
do fêmur, tendo exposto, e da pér-
na direita, e dedos com desprendimento
de partes das mãos, envolvendo
uma incisão de 10 cm.
Sofreu, ainda, encunchado a friso
femoral, envolto com incisão
para drená-lo e para suas
atitudes esportivas. Por sua
diferenças.

Francisco, 02/08/19

Dr. Antonio Luis Damásio da Rosa
CLÍNICO MEDICO
CRM-PI 153.710.619-07
CNPJ 42.540.158-80-0009



Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro
Fone: (86) 3285-1133 - Elesbão Veloso - PI
CNPJ: 06.553.564/0012-90



FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente:	Idade	Data Nasc.	Cartão SUS
<u>José Melo Lopes Rocha</u>	<u>48</u>	<u>30/07/1970</u>	<u>123640644910009</u>
Endereço:	Bairro	Cidade	
<u>R. Manoel Fernandes</u>		<u>Francinópolis</u>	
Data do Atendimento	Hora	Type	
<u>23/09/18</u>	<u>22:00</u>	<input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outros	
Exame físico: Sinais Vitais			
PA: _____ mmHg FC: _____ R: _____	Telefone do Paciente: <u>89-999426523</u>		
Glicemia Capilar: _____ Saturação O: _____	GLASGOW: _____		
Histórico Clínico:	<p><u>Pac. veio transferido do colo</u> <u>Fracionou pulm com fratura</u> <u>exposta.</u></p>		
Diagnóstico Inicial:	<p><u>trauma,</u></p>		
Prescrição Médica na Urgência:			Anotações de Enfermagem
<u>Oftozes 15 Sat 99%</u> <u>FC: 106</u>			
<u>PA: 100x70</u>			
<u>RL 1000 ml EV aberto</u>			
<u>celofatina 1g - 2unid + BIDEN</u>			
Destino Paciente: Data: <u>23/09/18</u>	Horas: <u>21:20</u>	<u>OPVAT</u>	
<input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência _____			
<input type="checkbox"/> Sala de Observação <input type="checkbox"/> Óbito <u>/ /</u> Hora: _____			
<input type="checkbox"/> Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial			

CONFERE COM O ORIGINAL

Rayanne A. Oliveira
06.12.18



NOME DO PACIENTE: Irenaldo Lopes da Rocha
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 489346

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPÉDIRÁ 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: 06 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 07/12/2018 11:06:58
(CANE SIMONE)

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

DADOS DO PACIENTE:

<u>Name:</u> IRENALDO LOPES DA ROCHA	<u>Frontuário:</u> 489346
<u>Mãe:</u> MARIA LOPES DA ROCHA	<u>Pai:</u> FRANCISCO FERNANDES DA ROCHA
<u>End.Resid.:</u> RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI - CEP: 64520-000	
<u>Nascimento:</u> 13/07/1970	<u>Idade:</u> 48a2m14d
<u>Responsável:</u> ANTONIO	<u>CNS:</u> 123640644910003
<u>Profissão:</u> TRABALHADOR RURAL	<u>Documento:</u> CPF: - - -
<u>G. Instrução:</u> Não alfabetizado	<u>E.Civil:</u> Casado(a)
<u>End.Local.:</u> - - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 685820	<u>Data:</u> 24/09/2018 00:58:23	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		<u>Convênio:</u> S U S

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 24/09/2018 de 00:58 às _____ horas para fim de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 685820////

TERESINA (PI) 7 de Dezembro de 2018:
 REGISTRO DE ATENDIMENTO
 MEDICO DE ATENDIMENTO
 SAUDE PÚBLICA
 CONFERE DATA E HORA
 JUZGADO DE
 DE SEGUROS

14 JAN 2019

Ass. e Matrícula do Servidor

OPVAT

Nota: De acordo com a resolução CRM no. 1851/23008, D.O.J. de 18/08/2008, seção I, Pag. 256.



SUS



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 725645

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

140734

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT2-CNES
5828856Código da
Internação:4-CNES
5828856**225645**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **IRENALDO LOPES DA ROCHA**6 - Prontuário: **489946**7-CNS: **123640644910003**8-Nascimento: **10/07/1970**9-Sexo: **Masculino**RG: **1013268 - ASPI**11-Mãe: **MARIA LOPES DA ROCHA**12-Fone: **89-99942-6523**13-Resp: **ANTONIO**14-Cor: **Sem Informação**15-Endr: **RUA MANOEL FERNANDES - NORR D A ESPERANÇA - CEP: 64520-000**17-Cod.IBGE: **220400**18-UF: **PI**19-CEP: **64520-000**16-Nunic: **FRANCINOPOLIS**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente vítima de acidente de trânsito apresentando trauma + fratura exposta em 5º quirodactilo D

21 - Condições que justificam a internação:
ato cirúrgicoAJ COMP. /
DE SEGUROS22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
exame fisico + rx

14 JAN 2019

24-CID Prin:

25-CID Secund:

S981

26-CID C. Sec.:

23-diagnóstico inicial:

Amputação traumática de apenas um artelho

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0408060042** 27-Procedimento Solicitado:
AMPUPAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE DEDO

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solici:
CPF **877.154.063-68**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

29/09/2018

Tempo SUS

2

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40-No. Bilhete:

41-Série:

36-() Acidente de Trânsito
37-() Acidente Trabalho Físico
38-() Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

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

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

46 - Nome do Profissional Autorizador:

AUDITOR

48-Documento: () CNS () CPF

49-Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

19/11/18
Marcondes Martins S. Moutinho
Médico Auditor - FMS - Teresina
CNPJ: 14.000-000/0001-45
50-Ass.Carijibo Med.Sol.(CRM)Usuário: (ANA QUEIROZ)
Consulta Local: 685820
Consulta SUS:
Impressão: 01/11/2018 10:28

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 142814
AIH: 2218101767860

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
SR28856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES
SR28856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE
IRENALDO LOPES DA ROCHA

NASCIMENTO 10/07/1970 SEXO M PRONTUÁRIO 489346

DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE
MARIA LOPES ROCHA

RESPONSÁVEL ANTONIO

CEP ENDEREÇO - LOGRADOURO
0000

NUMERO / LOTE UF PI

BAIRRO COMPLEMENTO MUNICÍPIO
MORRO DA ESPERANÇA FRANCINÓPOLIS

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO APRESENTANDO TRAUMA - FRACTURA EXPOSTA EM 5º QURODACTILO D

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S981 - AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE APENAS UM ARTELHO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

D40SDQ042 - AMPUTAÇÃO DESARTICULACAO DE DEDO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER DATA SOLICITAÇÃO
URGÊNCIA 23/09/2018LAURENT FRONTEIRA DA SILVA RICOSA
CRM: 74663593372DATA ADMISSÃO DATA ALTA MOTIVO ALTA
29/09/2018 09:30 04/10/2018 09:00 PERMANENCIA POR REOPERACAOCAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)
TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNR/EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVANÇADO /
AUDITORIALUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA
CRM: 4625109815

DATA ANÁLISE: 01/10/2018 10:56:14

CRM:

CRM:

DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROT. ZENON ROCHA
 PACIENTE: Jeronaldo Lopes da Rocha N° PRONT: 411346 N° LAUDO: 225645

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO
 TEMPO SUS, CAUSADA PÔR COMPLICAÇÃO DO QUADRO
 CLÍNICO OU POUCA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERTADO.

DATA: 1/1/18


ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

19/1/18

Marcos Antônio Martins S. Moura
 Médico Auditor - FMS - Teresina
 CRM-PI 1280 - CNIS 1792835540001

DATA:



ASSINATURA DO AUDITOR

J. G. M. DE S. M. S.
DELEGADO
DE S. M. S.

14 JAN 2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 29/09/2018

NOME DO PACIENTE:	<u>Tenaf do bopos da Rocha</u>	PROTÓTICO Nº:	<u>489346</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <u>Reoperação de</u>		
ANESTESIA:	<u>local</u>	Nº DA SALA:	<u>02 setor de am-</u>
CIRURGÃO:	<u>Dr. Chagas</u>	CPF Nº:	<u>putação</u>
AUXILIAR:	CPF Nº:		
ANESTESIA:	<u>Dra. Danielle</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Edilene</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE SISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7,0	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	30		PVP DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVP TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVP TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FLASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº 20	UNID.	01		Eatetar 02		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		-		Eletrôdes		05	unid
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		-		Enxovas		03	un
CAT. GUT. CROMADO C/AG		-		Clepsom		01	unid
CAT. GUT. CROMADO S/AG		-					
ALCOFIL		-					
MONONYLON 3-0		01					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL		-		CIRCULANTE:			
PROLENE		-					



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Geraldo Lopes da Rocha

Diagnóstico pré-operatório

Nervo do 5º dedo med.

Operação - Tipo

Histeríctis do 5º dedo med.

Cirurgião

Dr. G. L. S. da Cunha P. Júnior

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ediane

Anestesiista

Anestesia

Anestésico(a)

Dr. Fábio
Orsi

Data da Operação

29/09/2018

Início

11:15

Fim

11:40

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Mais um histeríctis do dedo med.
que se encontra
quebrado

100%
DE SUCESSO

14 JAN 2018

Retirada de sedo med.
junto ao sedo med.

Dr. Fábio das Chagas Souto
Orsi



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Grenaldo Lopes da Rocha

Diagnóstico pré-operatório

Nervo do 5º dedo med. ⑩

Operação - Tipo

Luxação int. do 5º dedo med. ⑩

Cirurgião

D. Dr. Ediane

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Ediane

Anestesista

Anestesia

Anestesiad(a)

U. G.

Local

Data da Operação

29/09/2018

Inicio

11:15

Fim

11:40.

Diagnóstico Pós-operatório

Jed...guy

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Muita atenção
Muito calor
Muito frio
COPA E CAMP ORIGINAL

DESCRITÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Manutenção de pulso
Ligadura
Sutura

DE CORRETA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

Abertura de fôrma redonda
Junção de sedes

Dr. Fábio das Chagas
Santos
Belo Horizonte

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

145491

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNIS
5828856Código da
Internação

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNIS
5828856

22446

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA

6 - Prontuário: 4B9346

7-CNS: 123640644910003 8-Nascimento: 10/07/1970 9-Sexo: Masculino

RG: 10.3268 - SSP

11-Mae: MARIA LOPES DA ROCHA

12-Fone: 89-99942-6523

13-Resp: ANTONIO

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000

16-Munic: FRANCINOPOLIS

17-Cod. IBGE: 220400

18-UF: PI

19-CEP: 64520-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

*ENUNAS DE METATMOSOS, FÉVRE E
4DANT MÓ*

21 - Condições que justificam a internação:

AS ALIVIA

06.10.10

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

040805069J-59,

040 8030 342-562

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod. Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0415030013 TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

Tempo SUS
9999

29-Clinica:

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

02 01 CPF 003.695.133-12

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

ANDRÉ LEAL DE VASCONCELLOS

06/10/2018

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Tipico

42-CNPJ Empresat:

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:

49-Num. Documento:

Waldir Oliveira, 16.0.10.000
Médico Auditor - FMS - Teresina

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

AUDITOR

Doutor: JAVIER OLIVEIRA
Consulta Local: 665820
Consulta SUS:
Endereço: Rua Francisco de Souza

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 145491

AIH: 2218101791521

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

SK28856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

SE28856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	IRENALDO LOPES DA ROCHA		10/07/1970	M	489346
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		
			MARIA LOPES ROCHA		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			RESPONSÁVEL	
				ANTONIO	
BAIRRO	COMPLEMENTO			MUNICÍPIO	NUMERO / LOTE
MORRO DA ESPERANÇA				FRANCINÓPOLIS	0000
UF					
PI					

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO APRESENTANDO TRAUMA + FRATURA EM 3º E 4º METATARSO D + PRATURA DE 4º QUIRODACTILO D. REALIZADO TTO CIRÚRGICO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / PRATURA-LUXAÇÃO METATARSO-FALANGIANA / INTER-FALANGIANA (400005069) S925 + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIARIA DAS PALANDES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) (4000020342 S626)

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

TTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX + EF

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S925 - PRATURA DE OUTRO ARTELHO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

041500001 - TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

ANDRE LEAL DE VASCONCELOS

CPF: 00369513312

CRM:

CARATÉR

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

06/10/2018

DATA ADMISSÃO

06/10/2018 15:00

DATA ALTA

10/10/2018 09:00

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR ROPERACAO

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 AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CELSO JUIRES FERREIRA FILHO
CPF: 70350153792

CRM:

DATA ANÁLISE: 01/11/2018 10:01:02

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	IRENÉLDO LOPES DA ROCHA		
Diagnóstico pré-operatório	FRAUÍA DE METATARSOS (3º E 4º) PÉ(+) + 4º AD(D)		
Operação - Tipo	OSTEOSÍNTESE DE METATARSOS 3º E 4º + OSTEOSSÍNTESE 4º AD(D)		
Cirurgião	1º Assistente		
2º Assistente	2º Assistente		
Instrumentador(a) Ortopedia TECI 13827	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista	mão + pé - blo 1050693 S925 0408030342 S626		
Acidente Durante a Operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① PACIENTE EM DOIS SOS PRIMANESTESA + BLAVONITAMAS
- ② ASSOPSIA ANTISSOPSIA + CAMPOM
- ③ ABERTURA DO FD + DIVISÃO POR PEINOS + PINAGOM DE 3º E 4º METATARSOS
- ④ ORTOSCOPIA + REDUÇÃO INCLUIDA DO 4º AD(D) + PINAGOM COM 2FIOS R10 CLAVETAS
- ⑤ CURVADO + FIRADA.



Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

224309

**AUDIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNACÃO HOSPITALAR**

442816

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	224309

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA				6 - Prontuário: 489346
7-CNS: 123640644910003		B-Nascimento: 10/07/1970	9-Sexo: Masculino	RG: 1013268 - SSPJ
11-Mae: MARIA LOPES DA ROCHA		12-Fone: 89-99942-6523		
13-Resp: ANTONIO		14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: RUA MANOEL FERNANDES - MORRO DA ESPERANCA - CEP: 64520-000				
16-Munic: FRANCINOPOLIS		17-Cod. IBGE: 220400	18-UF: PI	19-CEP: 64520-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- #### - Principais sinais e sintomas clínicos:

TWINS GONE FOR COOKS

[Signature]

21 - Condições que justificam a internação:

M a internação:
Necessita do cirurgião

John Smith
123 Main Street
Anytown, USA
555-1234

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

04-06/3

23-Diagnóstico Inicial: 24-CID Prin: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.t
Fratura da extremidade distal do fêmur S724

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod. Proced.: 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL) Tempo SNS 4
0408050624

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 746.635.933-72
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
TSE FRONTIERS DA SILVA FREITOSA 04/10/2018
35-Ass.Carmo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-Nº Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CEBRI:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento:	49-Num. Documento:

Journal of Clinical Psychology in Practice | Volume 17 Number 4 December 2021

AUDIT

191118
Marcos Martins S. Moulão
Wesley Victor - FMS - Tensine
50-2001-Carimbo (Rg. Conselho)
Data: 18/01/2018 - CNS 170200100001

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	IRENAIDO LOPES DA ROCHA	IDADE	48 anos	DATA	06/10/2018		
HORÁRIO DE ADMISSÃO	11 hs 20 min	TIPO DE ANESTESIA	() GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO				
CIRURGIA REALIZADA	Osteosíntese de metatarso			CIRURGIÃO	Prado		
SINAIS VITais		HORÁRIO					
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	107/70	ADMISSÃO		SAIDA	100/51		
FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm)	81				91		
SATURAÇÃO DE O2 (%)	97%				95%		
TEMPERATURA AXILAR (° C)							
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)							
* NOME/ MATRÍCULA	Elena						
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO			SAIDA		
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>		
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou não comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispaéta ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Tem apneia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
SATURAÇÃO O ₂	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
CONSCIÊNCIA	Deserta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>		
SATURAÇÃO O ₂	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>		
	ESCALA DE DOR	ADMISSÃO	TOTAL				
ESCALA DE DCR	ALTA	ASSISTENTE					
() SONDA VESICAL () DREN DE SUÇÃO () DREN TORACICO () DVE () COLOSTOMIA SONDA INASOGI INASOC							
hs	ml :	ts	ml	hs	ml		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:							
Às 13:20h - Pt admitido na SPPA após sua cirurgia de osteosíntese de metatarso), sob efeito anestésico.							
À 13:20h - Encaminhado para clínica de oncologia - CORRETORA DE SEGUROS							
14 JAN 2018				DPVAT			
14 JAN 2018				Dr. Miguel Antônio Ferreira Médico Anestesiologista CRMESP / 64.810			
PRESCRIÇÃO MÉDICA				ALTA SRPA		ANESTESIOLOGISTA	
				HORÁRIO			
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []							
DOSTO: [] 12 [] 13 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD							

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
	IRENALDO LOPES DA ROCHA		10/07/1970	M	489346
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		MARIA LOPES ROCHA	ANTONIO		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
			0900		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
MORRO DA ESPERANÇA			FRANCINÓPOLIS	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE METATARSO, FEMUR E

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S724 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050624 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FEMUR METAFISE DISTAL

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	ANDRE LEAL VASCONCELOS CRM: 00369313312
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 04/10/2018
DATA ADMISSÃO 04/10/2018 09:00	DATA ALTA 06/10/2018 15:00
	MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVIAÇÃO / AUDITORIA
LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CRM: 46261079315	DATA ANÁLISE: 06/10/2018 10:55:41 CRM DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Irenaldo Lopes da Rocha		
Diagnóstico pré-operatório	FONTE SC - fémur (D) contumia		
Operação - Tipo	Raspagem OCS ponte		
Cirurgião	Ivan - Dr	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Burdane	Anestesista	Jackson
Anestésico(a)	Anestesia Raynal		
Data da Operação	04.10.18	Inicio	15:00
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			

FMS

SUS



**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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	224309

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA	6 - Prontuário: 489346		
7-CNS: 123640644910003	8-Nascimento: 10/07/1970	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .
11-Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA			12-Fone: 89-99942-6523
13-Resp: ANTONIO			14-Fone: 89-99942-6523
15-Ender: RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - CEP: 64520-000	17-Cod.IBGE: 220400	18-UF: PI	19-CEP: 64520-000
16-Munic: FRANCINOPOLIS			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

1-Cod. Proced. Principal. 0408050624	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUPRACONDILEANA DO FÉMUR (METÁFISE DISTAL)	Quant. Solicitada: 1
1-Cod. Procedimento Especial 0702030821	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA C/ PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRAUS	

Fornecedor da OPM: SPINE

1-Profissional Responsável: TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA	40-Tp. Documento: CPF	<i>Lao-Isé Traumatologia e Ortopedia CRM-PI 2660 SPOT 10223</i>
1-Data Solicitação: 04/10/2018	40-No.Doc. Med. Solic.: 746.635.933-72	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com lesão na mão DCS

AUTORIZAÇÃO

1-Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF: 161118 Matheus S. Moura
Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) COIFL CONSULTORIO

1-Nome do Profissional/parecer controle avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF: 161118 Matheus S. Moura
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) AUDITOR

(ALCINA OLIVEIRA)



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

~~paciente 078 24 rocost~~

Diagnóstico pré-operatório

~~fractura + fratura 20 TC~~

Operação - Tipo

~~laser + colpos~~

Cirurgião

~~DR~~

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

1º Assistente

3º Assistente

2º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

~~laser + fratura 20
PE ①~~

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

~~no~~

Aban
10 a 12 Sozinho
JAN SANTOS
Médico de Família
CONSELHO FEDERAL
DE MEDICINA

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

~~paciente 803 proceder assentos
+ assistente 0610 corretos
laser laser 20 TC
ou fraca de 1000, sutura
correta~~

91
Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 1995 CRM-MA 3636

PRESCRIÇÃO
MÉDICA



Fundação Municipal de Saúde

FMS
Fundação
Museu
Santista

NOME DO PACIENTE: *[Nome]*

MÉDICO CRIVI

Mod: OCT

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

PACIENTE Hernâldo Lopes da Rocha		IDADE _____ anos	DATA 10/10/2018
HORÁRIO DE ADMISSÃO	9 hs 10 min	TIPO DE ANESTESIA	() GERAL, () TRAQUEIAL, () BLOQUEIO, () PERIDURAL, () SEDAÇÃO
URGIA REALIZADA		2 hr (p/ 0)	
		CIRURGIÃO	

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO		HORÁRIO		SAÍDA	
	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	FREQUÊNCIA CARDÍACA (lpm)	SATURAÇÃO DE O2 (%)	TEMPERATURA AXILAR (°C)	REQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	
	100 x 72	82	100%			10:31 551 78
						88
						16:07
NOME E MATRÍCULA	Kicina					Início

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 []	2 []
	Movimenta dois membros	1	1 []	1 []
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 []	0 []
PIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 []	2 []
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1 []	1 []
	Tem aonéia	0	0 []	0 []
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 []	2 []
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 []	1 []
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 []	0 []
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 []	2 []
	Desperda, se solicitado	1	1 []	1 []
	Não responde	0	0 []	0 []
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 []	2 []
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 []	1 []
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 []	0 []
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	TOTAL	09	10
ESCALA DE DOR ALTA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ASS.	ME Aparecida Coutinho Assistente Enfermeira CRN 5053 / RQE 2968 COREN RJ 200517-BSE	M. Aparecida Coutinho Coren RJ 200517-EMF

INDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA NASOG. INÁSQUE
hs	mL	hs	mL	hs	mL
	hs	mL	hs	mL	hs

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
 pg 130 permitido no SRPA um PUF de 1h cirúrgico para sustentação p/ o submetido a regras. Converte-se para expiração, segurando o fechamento contínuo. Foi com um breve tempo de

10:00h. Alerta, Exame e Endóxil
 ALTA SRPA Dr. Italo Hipólito B.T. Silva
 Médico Anestesiologista CRM 5053 / RQE 2968
 Gerente Médico Centro Cirúrgico HUT
 HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA

PREScrição MÉDICA
 ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []
 POSTO: [] 12 [] 13 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PEDI [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD
 235 / 246

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 063 3218 5445
TERESINA-PI CRP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **469346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m18d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **224465**

Requisição: **880901** Solicitação: **07/10/2018** Solicitante: **ANDRÉ LEAL DE VASCONVELOS**

Controle: **1091467** Convênio: **SUS** CLÍNICA ORTOPEDICA - IP11 ENFERMARIA 295 LEITO 246

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204040094**

Data Exame: **07/10/2018**

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA COMINUTIVA NA FALANGE MÉDIA DO 4º DEDO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/11/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Professional Responsável

J CORRETO REN
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m18d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **224465**

Requisição: **880901** Solicitação: **07/10/2018** Solicitante: **ANDRÉ LÉAL DE VASCONVÉLOS**

Controle: **1091466** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMÁRIA 235 LEITO 248

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 07/10/2018

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA.
- FRATURAS COMINUTIVAS NOS 3º E 4º METATARSOS.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/11/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 281.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**J CONFETORA
DE SEGUROS**

14 JAN 2019

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otton Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5463
 TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)

Enderço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a3m23d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223524**

Requisição: **878403** Solicitação: **29/09/2018** Solicitante: **RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA**

Controle: **1088174** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204040094**

Data Exame: **29/09/2018**

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura na falange média dp 4º dedo.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão:

- Fratura na falange média dp 4º dedo.
- Partes moles sem particularidades.

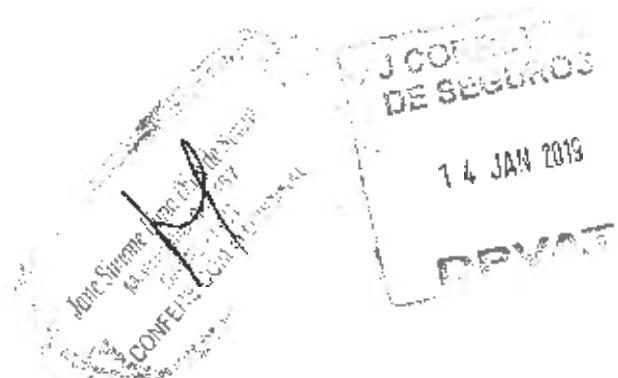
(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 02/11/2018

GERSON LUIS MEDINA PRADD

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223524**

Requisição: **877108** Solicitação: **25/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **1088617** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204060150**

Data Exame: **25/09/2018**

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cavalgada no 3º metatarsiano.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Lins 1920 - Redenção - Fone: 86 3213 5145
 CNRRES/NA-PT CRP: 64017-770 CNFG: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRÓ DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERRAÇÃO** Atendimento: **223524**

Requisição: **877108** Solicitação: **25/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **1086516** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204040094**

Data Exame: **25/09/2018**

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas nas falanges médias do 4º e 5º quirodáctilos.
- Fragmentos metálicos em sítio de fratura.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Vito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a4m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **223524**

Requisição: **877107** Solicitação: **25/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **1086515** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 25/09/2018

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominuta no terço distal do fêmur.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/11/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Octo Pinto 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA RÓCHA** (Prontuário: **489346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a3m19d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **685820**

Requisição: **876753** Solicitação: **24/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **1086082** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204060150**

Data Exame: **24/09/2018**

PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas cominutivas nos 3º e 4º metatarsos.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otton Vito 1830 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)
 Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRÓ DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**
 Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a3m19d** Sexo: Masculino Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **685820**
 Requisição: **676752** Solicitação: **24/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1066080** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 24/09/2018

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas no 3º, 4º e 5º dedos com amputação das falanges distais do 4º e 5º dedos.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Professional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489346**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRÓ DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: 10/07/1970 Idade: 48a3m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685820

Requisição: 876751 Solicitação: 24/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 10B6076 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 24/09/2018

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva no fêmur distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IRENALDO LOPES DA ROCHA** (Prontuário: **489348**)

Endereço: **RUA MANOEL FERNANDES - NORRO DA ESPERANÇA - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000**

Nascimento: **10/07/1970** Idade: **48a3m19d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **685820**

Requisição: **876751** Solicitação: **24/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **1086075** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 24/09/2018

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva no fêmur distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/10/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA
Data: 29/11/2018
Solicitante: JOELDSON L.S.PINHO
Convênio: PARTICULAR
Código: 59388



RX COXA FEMORAL DIREITA (02 INC).

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fratura cominutiva no terço distal do fêmur.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255

RESULTADO USADA DA PESQUISA
www.2000x1000.com
data: 05/09/2000

Data de busca: 20/11/2000 - Último resultado da pesquisa:
1004 resultados - 10/21/2000 - Sítio: www.2000x1000.com

Data de busca: 20/11/2000
Último resultado: 15/24/50

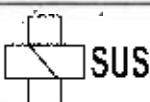
Dir.



Exame: PBM-001
Data de exp: 10/09
Ref. Sist: DR. LUCAS MONTEIRO PEREIRA

CÍNICA ANTONIO BOMFIM VALença - PI
Praça Getúlio Vargas, 287
Fone / Fax: (86) 3486-1201
e-mail: clinicantoniobomfim@hotmail.com

CÍNICA ANTONIO BOMFIM VALença - PI



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO



Prefeitura Municipal de Franca
Secretaria Municipal de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

3' - NÚMERO DO PRONTUÁRIO

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - NOME DA MAE

8 - TELEFONE DE CONTATO

9 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDERECO / RUA N° BAIRRO

13 - SEXO

MASC FEM

14 - SAGAVER

15 - MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - NOME DO PROFISSIONAL

19 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

21 - QTOL

Exame de sangue

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

Tombojou os ômios com o resultado p/ MIE.

J. CONSELHO FEDERAL
DE SEGUROS
14 JAN 2019

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO (NF REGISTRO DO CONSELHO)

José Lúcio Lima Silveira Pinto

14.11.18

LICENCIADO

CPF

30 - DOCUMENTO (Nº) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

32 - ASSINATURA E CARIMBO (NF REGISTRO DO CONSELHO)

31 - DIA NO PROFISSIONAL AUTORIZADO

33 - DIA NO PROFISSIONAL AUTORIZADO

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

35 - CONSELHO EMISSOR

36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA
Data: 15/03/2019
Solicitante:
Convênio: PARTICULAR
Código: 59388



RX COXA FEMORAL DIREITA (02 INC).

RELATÓRIO

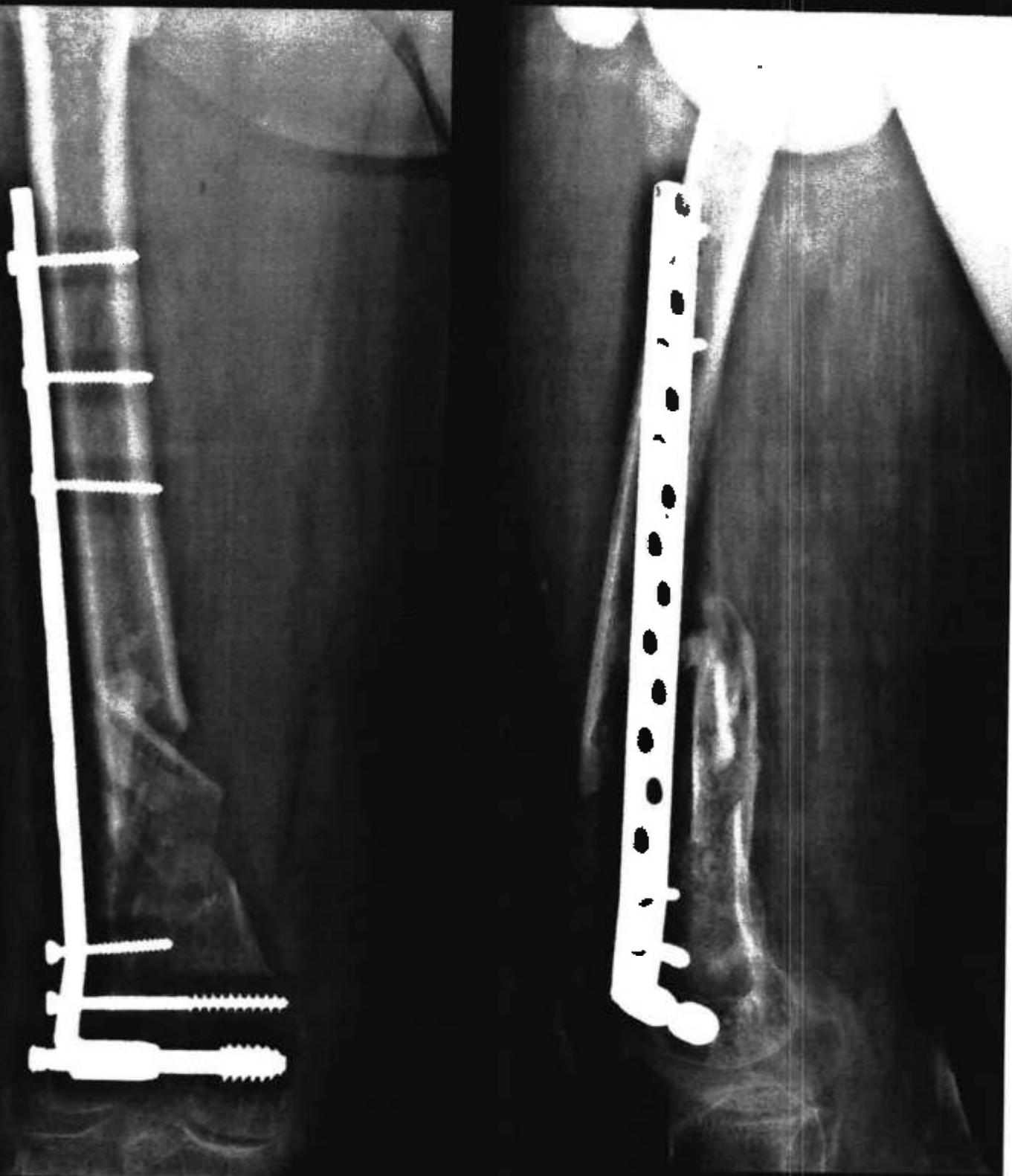
- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese fixando fratura cominutiva no terço distal da diáfise do fêmur.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255



6m/100

Dir.





CLÍNICA SANTA TERESINHA
CUIDAR E VIVER

Nome: IRENALDO LOPES ROCHA
Convênio: PLANO ECONOMICO
Solicitante: Dr. JOEL CAMPOS NETO
Código: 238263.01

Idade: 48 anos
Sexo: MASC
Data: 27/12/2018 15:49:00

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

O estudo radiológico do pé direito realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Redução difusa da densidade óssea.
- Fraturas no desalinhadas no terceiro e quarto metatarsos.
- Interlinhas articulares aparentemente desalinhadas.
- Não visualizamos irregularidades calcâneo em decorrência da técnica radiográfica utilizada.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. OSTEOPENIA.
2. FRATURAS NO PÉ DIREITO.
3. AUMENTO DE PARTES MOLES.



DR. IVAN FONTENELLE GOMES
Radiologista – CRM 2426



CLÍNICA SANTA TERESINHA
CUIDAR E VIVER

Nome: IRENALDO LOPES ROCHA
Convênio: PLANO ECONOMICO
Solicitante: Dr. JOEL CAMPOS NETO
Código: 238263.01

Idade: 48 anos
Sexo: MASC
Data: 27/12/2018 15:49:00

RADIOGRAFIA DO FÊMUR DIREITO

O estudo radiológico da coxa direita realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura cominutiva no terço distal do fêmur, comprometendo a superfície articular, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Redução do espaço discal-femorotibial.
- aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

CONTROLE ORTOPÉDICO DE FRATURA COMINUTIVA NO FÊMUR DISTAL.


DR. IVAN FONTENELE GOMES
Radiologista - CRM 2426

Data: 27/12/2018
Hora: 10:42:11
IE: 1381

CLINICA SANTA TERESINHA
IRENALDO LOPES ROCHA
Sex: Masc
DN: 10/07/1970
ID: 238263

Data: 27/12/2018
Hora: 10:42:11
IE: 1388



CLINICA SANTA TERESINHA
IRENALDO LOPES ROCHA
Sex Masc
DN: 10/07/1970
ID: 238263

Data: 27/12/2018
Hora: 10:42:11
IE: 1312

CLINICA SANTA TERESINHA
IRENALDO LOPES ROCHA
Sex Masc
DN: 10/07/1970
ID: 238263



HÍNICA SANTA TERESINHA
ENALDO LOPES ROCHA
x.Masc.
10/07/1970
238263

Data: 27/12/2018
Hora: 10:42:11
IE: 2289



8cm



CLINICA SANTA TERESINA
IRENALDO LOPES ROGHR
HORA 10:42:11
DATA 27/12/2018
IE-1381
ON 10/07/1970
SDX MASSIC
ID-238253

IE-1388
HORA 10:42:11
DATA 27/12/2018

W-3500-L-2150
Escala 0-60
LATERAL
FEMUR
4cm

12cm

Escala 0-62



EJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

349.995.231-00

Nome

IRENALDO LOPES DA ROCHA

Nascimento

10/07/1970



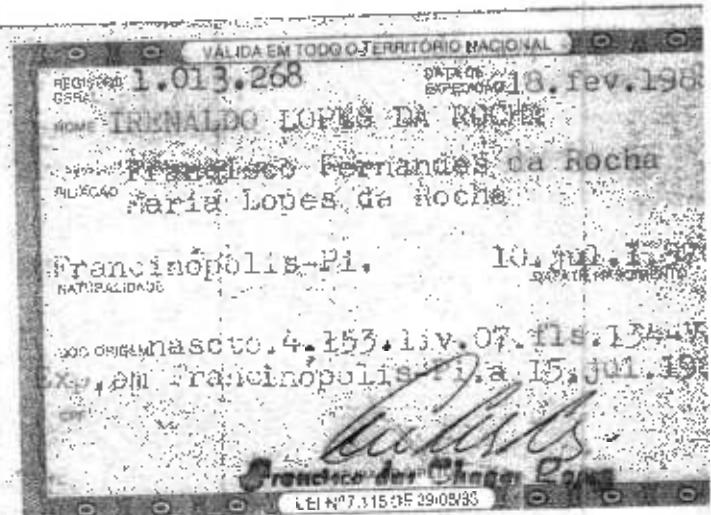
VALIDO SOMENTE PÓS-O COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

digito verificador: 00

emissão do dia 06/09/2017 (hora e data de emissão)

efetuada pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

CÓDIGO DE CONTROLE
C380 A529 E2AF3692



PAJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT



**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

19 MAR 2019

Sinistro 31901208064

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Jenaldo Lopes da Rocha
RG 1.013.268 CPF 349.995.233-53

Residente à Rua Miguel Fernandes nº 243 Cidade de
Francinópolis Bairro: Santo
UF Piauí CEP 64.520-000

Telefone para contato: (86) 99402-2764 86) 99981-6008

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:

Solicitei uma perícia médica DPVAT, de meu processo, porque me pagaram R\$ 1.350,00, e eu não concordo com o valor, me pagaram bem, nem eu tive direito a uma perícia, tenho apatias na caxa, perdidamente, peguei em amores es laudos

Local: Francinópolis - Piauí UF/PI DATA 04/04/2015



Jenaldo Lopes da Rocha

ASSINATURA

OBS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208064 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS DIREITOS. FRATURA DISTAL DO FÉMUR DIREITO. FRATURA DOS 3º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTA COTO DE AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO, DIMINUIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSAO DO 4º E 5º QUIRODÁCTILOS DIREITOS. OBSERVA-SE DEFORMIDADE ÓSSEA NO JOELHO DIREITO, DIMINUIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO (ADM EM 30º), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA. IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º E 4º PODODÁCTILO DIREITOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO 4º DEDO DA MÃO DIREITA, FÉMUR DISTAL DIREITO E 3º E 4º DEDOS DO PÉ DIREITO. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM DEZEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito, Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito, Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito, Limitação funcional do joelho direito.

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 16/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 25/03/2019. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL DEVERÁ SER EFETUADO UM COMPLEMENTO, ESTIMANDO UMA INDENIZAÇÃO PARA O 4º QUIRODÁCTILO DIREITO (GRAU MODERADO), PÉ DIREITO (GRAU LEVE) E JOELHO DIREITO (GRAU SEVERO). CONDUTA ALTERADA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			36,25 %	R\$ 4.893,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208064 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS DIREITOS. FRATURA DISTAL DO FE?MUR DIREITO. FRATURA DOS 3º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTA COTO DE AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO, DIMINUIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSA?O DO 4º E 5º QUIRODÁCTILOS DIREITOS. OBSERVA-SE DEFORMIDADE ÓSSEA NO JOELHO DIREITO, DIMINUIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO (ADM EM 30º), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA. IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO 3º E 4º PODODÁCTILO DIREITOS COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO 4º DEDO DA MA?O DIREITA, FÊMUR DISTAL DIREITO E 3º E 4º DEDOS DO PE? DIREITO. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM DEZEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito, Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito, Limitação funcional do 5º quirodáctilo direito, Limitação funcional do joelho direito.

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 16/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 25/03/2019. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA PERDA ANATÔMICA COMPLETA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA. DE ACORDO COM A PERÍCIA MÉDICA ATUAL DEVERÁ SER EFETUADO UM COMPLEMENTO, ESTIMANDO UMA INDENIZAÇÃO PARA O 4º QUIRODÁCTILO DIREITO (GRAU MODERADO), PÉ DIREITO (GRAU LEVE) E JOELHO DIREITO (GRAU SEVERO). CONDUTA ALTERADA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			36,25 %	R\$ 4.893,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208064 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO E DA FALANGE MÉDIA DA FALANGE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DO TERÇO DISTAL DO FÉMUR DIREITO.
FRATURA DO 3º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA; OSTEOSÍNTESE DO 3º E 4º METATARSOS DIREITOS E DA FALANGE MÉDIA DA FALANGE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA; DO FÉMUR DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU COMPLETO PELA PERDA ANATÔMICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA NO VALOR DE R\$ 1.350,00.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208064 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO E DA FALANGE MÉDIA DA FALANGE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DO TERÇO DISTAL DO FÉMUR DIREITO.
FRATURA DO 3º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA; OSTEOSÍNTESE DO 3º E 4º METATARSOS DIREITOS E DA FALANGE MÉDIA DA FALANGE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA; DO FÉMUR DIREITO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU COMPLETO PELA PERDA ANATÔMICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA NO VALOR DE R\$ 1.350,00.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208064 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO E DA FALANGE MÉDIA DA FALANGE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DO TERÇO DISTAL DO FÉMUR DIREITO.
FRATURA DO 3º E 4º METATARSOS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA; OSTEOSÍNTESE DO 3º E 4º METATARSOS DIREITOS E DA FALANGE MÉDIA DA FALANGE DO 4º DEDO DA MÃO DIREITA; DO FÉMUR DIREITO.
EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA, COM DATA DE 02/03/2019, EMITIDO PELO DR. ANTONIO LUIZ DANTAS DA FONSECA, CRM Nº 1884, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Irenaldo Lopes da Rocha BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL casado PROFISSÃO Taub. Rural CIRGN. R¹ 053268 CPF / MF
N^o 349 995.233-53 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA Manoel Fernandes n^o 243 Centro
CIDADE DE Francinópolis - Piauí
ESTADO Piauí CEP 64.520-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF N^o 849.394.433-53 E RG SOB
N^o 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO N^o244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUÍ-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

CARTÓRIO
DE SEGUROS

14 JAN 2018

Francinópolis, Piauí - PI

18 de MEZARCA DE FRANCINÓPOLIS - PI.
CARTÓRIO ÚNICO

Reconheço verdadeira a firma de Irenaldo Lopes da Rocha

Em test^o da Silvana Souza Pou fá
Francinópolis(PI) 18 / 12 / 18

Irenaldo Lopes da Rocha

OUTORGANTE

Escritório Judicais
CARTÓRIO ÚNICO DE FRANCINÓPOLIS-PI
Ireno Luciano Rodrigues
Escrevente Designado
Matrícula: 4149823



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093005/19

Número do Sinistro: 3190208064

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

CPF: 349.995.233-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/04/2019

Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

CPF: 849.394.433-53

Data do cadastramento: 05/04/2019

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014711/19

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

CPF: 349.995.233-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IRENALDO LOPES DA ROCHA : 349.995.233-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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: 14/01/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208064

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IRENALDO LOPES DA ROCHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190208064 **Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA**

Data do Acidente: 23/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRENALDO LOPES DA ROCHA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 0000083475-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208064

Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190208064 **Vítima: IRENALDO LOPES DA ROCHA**

Data do Acidente: 23/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRENALDO LOPES DA ROCHA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.893,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Valor: R\$ 4.893,75

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 0000083475-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
001471110	349.995.233-53	Renaldo Lopes da Rocha		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:			
Tribal Rural	Rua Manoel Fernandes			
Bairro:	Cidade:			
Centro	Francinópolis			
E-mail:	Renaldo_lopes_da_Rocha@Gmail.com			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
RENDIMENTO:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$8.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00		
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 1606	CONTA: 83475	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de eventuais incapacidades permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou filhos/vôos vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem com esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, assumindo responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório)
Local e Data: Francinópolis - PI 18/12/2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

14 JAN 2019
Assinatura

Assinatura

Assinatura

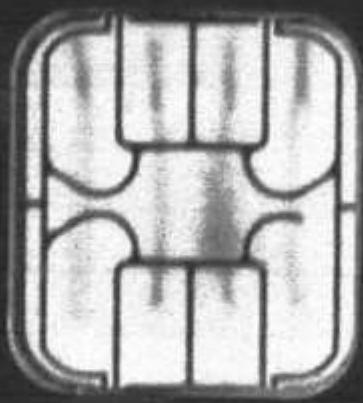
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, é de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

POUPANÇA

CÂMARA



6277 8011 2158 7988

IRENALDO LOPES DA ROCHA

1606 013 00083475-0 03/21

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
001471110	349.995.233-53	Renaldo Lopes da Rocha		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:			
Tribal Rural	Rua Manoel Fernandes			
Bairro:	Cidade:			
Centro	Francinópolis			
E-mail:	Renaldo_lopes_da_Rocha@Gmail.com			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
RENDIMENTO:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$8.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00		
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 1606	CONTA: 83475	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de eventuais incapacidades permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou filhos/vôos vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem com esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, assumindo responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório)
Local e Data: Francinópolis - PI 18/12/2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

14 JAN 2019
Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, _____ de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

POUPANÇA

CÂMARA



6277 8011 2158 7988

IRENALDO LOPES DA ROCHA

1606 013 00083475-0 03/21



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000104/2018-29

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aecio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 18/12/2018 - 11:13

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Data/Hora

23/09/2018 - 19:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLANCINÓPOLIS

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

PI 224, N°:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG 1013268 SSP PI

Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA

Pa.: FRANCISCO FERNANDES DA ROCHA

Endereço: RUA MANOEL FERNANDES, N° 243

Complemento: MORRO DA ESPERANÇA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: FLANCINÓPOLIS

Telefone(s): 89-9930-3899

TPJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

1 - HONDA CG 150 TITAN KS

2009 NIC1655

00144245280 Preta

Condutor: IRENALDO LOPES DA ROCHA

End: RUA MANOEL FERNANDES Número: 243 Complemento:

Cidade: FLANCINÓPOLIS UF: PI Bairro:

Proprietário: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Cidade: FLANCINÓPOLIS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante vem a essa delegacia de polícia comunicar que na noite de 23 de setembro de 2018 pegou sua moto, acima qualificada, em Francinópolis-PI com direção ao município de Várzea Grande, pela PI-224. No entanto, poucos minutos depois após partir de Francinópolis o noticiante colidiu sua moto com algum animal que ele não chegou a ver, e foi ao chão, já desacordado. Após o acidente, o noticiante foi levado pela ambulância de Francinópolis ao Posto de Saúde da cidade onde foi realizado os primeiros socorros. Ainda na mesma noite, devido a gravidade dos ferimentos, o noticiante foi transferido para o Hospital de Urgências de Teresina (HUT) onde passou por cirurgia devido a fratura exposta em sua perna direita. Era o que tinha a informar.

Aecio Antonio Coimbra De Castro - Mat. 3112764
AGENTE DE POLÍCIA

IRENALDO LOPES DA ROCHA - Noticiante
Responsável pela Informação



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000104/2018-29

Paulo Henrique S. Souza
Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000104/2018-29

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aecio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 18/12/2018 - 11:13

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Data/Hora

23/09/2018 - 19:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLANCINÓPOLIS

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

PI 224, N°:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG 1013268 SSP PI

Mãe: MARIA LOPES DA ROCHA

Pa.: FRANCISCO FERNANDES DA ROCHA

Endereço: RUA MANOEL FERNANDES, N° 243

Complemento: MORRO DA ESPERANÇA

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: FLANCINÓPOLIS

Telefone(s): 89-9930-3899

TPJ CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2019

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

1 - HONDA CG 150 TITAN KS

2009 NIC1655

00144245280 Preta

Condutor: IRENALDO LOPES DA ROCHA

End: RUA MANOEL FERNANDES Número: 243 Complemento:

Cidade: FLANCINÓPOLIS UF: PI Bairro:

Proprietário: IRENALDO LOPES DA ROCHA

Cidade: FLANCINÓPOLIS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante vem a essa delegacia de polícia comunicar que na noite de 23 de setembro de 2018 pegou sua moto, acima qualificada, em Francinópolis-PI com direção ao município de Várzea Grande, pela PI-224. No entanto, poucos minutos depois após partir de Francinópolis o noticiante colidiu sua moto com algum animal que ele não chegou a ver, e foi ao chão, já desacordado. Após o acidente, o noticiante foi levado pela ambulância de Francinópolis ao Posto de Saúde da cidade onde foi realizado os primeiros socorros. Ainda na mesma noite, devido a gravidade dos ferimentos, o noticiante foi transferido para o Hospital de Urgências de Teresina (HUT) onde passou por cirurgia devido a fratura exposta em sua perna direita. Era o que tinha a informar.

Aecio Antonio Coimbra De Castro - Mat. 3112764
AGENTE DE POLÍCIA

IRENALDO LOPES DA ROCHA - Noticiante
Responsável pela Informação



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000104/2018-29

Paulo Henrique S. Souza
Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
001471110	349.995.233-53	Renaldo Lopes da Rocha		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:			
Tribal Rural	Rua Manoel Fernandes			
Bairro:	Cidade:			
Centro	Francinópolis			
E-mail:	Recruso-re			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
RENDIMENTO:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$8.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00		
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 1606	CONTA: 83475	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de eventuais incapacidades permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou filhos/vôos vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem com esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Francinópolis - PI 18/12/2018
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

14 JAN 2019
 Assinatura
 DPVAT

Assinatura

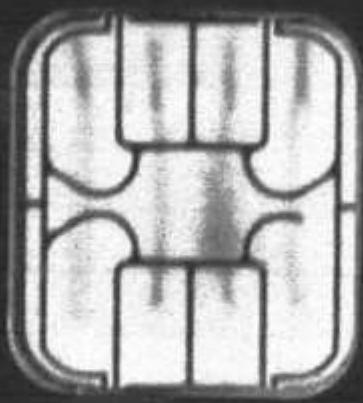
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, é necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de todos.

POUPANÇA

CÂMARA



6277 8011 2158 7988

IRENALDO LOPES DA ROCHA

1606 013 00083475-0 03/21

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
001471110	349.995.233-53	Renaldo Lopes da Rocha		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:			
Tribal Rural	Rua Manoel Fernandes			
Bairro:	Cidade:			
Centro	Francinópolis			
E-mail:	Renaldo_lopes_da_Rocha@Gmail.com			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
RENDIMENTO:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$8.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00		
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 1606	CONTA: 83475	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de eventuais incapacidades permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou filhos/vôos vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem com esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, assumindo responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não é obrigatório)
Local e Data: Francinópolis - PI 18/12/2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

14 JAN 2019
Assinatura

Assinatura

Assinatura

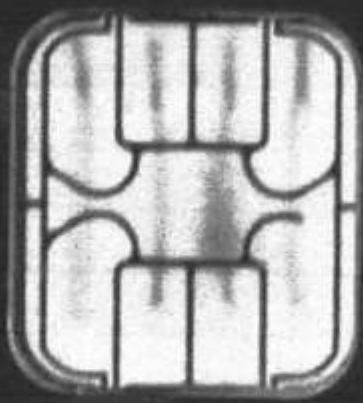
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, é de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

POUPANÇA

CÂMARA



6277 8011 2158 7988

IRENALDO LOPES DA ROCHA

1606 013 00083475-0 03/21



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES
FRANCINOPOLIS
DIR. DE UNID. DE CONTOLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO, E AUDITORIA-
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRASFERENCIA
DATA 03/03/12 HORA 10:30 N° DO TELEFONE (84) 3472-1140

HOSPITAL SOLICITANTE L.M.S.P.L. MUNICIPIO Francinópolis
MÉDICO _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO
() Obstetricia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome José de Souza Júnior da Costa
Idade 31 anos Sexo: () Masculino () Feminino

HDA Paciente vítima de acidente com ferimento penetrante no abdômen e futura internação em UPA () + internação no Hospital da Costa () + internação + futura internação no mês ()

ESCALA DE GLASGOW:
ABERTURA OCULAR RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA

4- Espontânea	5- Orientado	6- Obedeça a comandos
3- Comandos	4- Confusa	5- Localiza dor
2- A dor	3- Palavras Inapropriadas	4- Movimento de retirada
1- Nenhuma	2- Palavras Incompreensíveis	3- Flexão anormal
	1- Nenhuma	2- Extensão anormal
		1- Nenhuma

SINAIS VITAIS
Tax. 122 PC P: bpm R: rrm PA: 40/80 mmhg Sat o2 95%
-Glicemia: 148 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|---------------|-------------------------|---------------------------|
| () Oxigênio | () Hidratação Venenosa | <u>Solução hidrogênio</u> |
| () Aspiração | () Medicação | <u>Fármacos</u> |
| () Curativo | () Outros | <u>embolização</u> |

J CORRETORA
DE SEGUROS

14 JAN 2015

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO Hospital Regional Roberto Roriz
Hospital: Hospital Regional Roberto Roriz

Clinico/ Posto: _____ Senha: _____

Assinatura e Carimbo do Médico Enfermeira Carimbo COREN/PI 417.791

Assinatura do médico Dr. José Wilson Piza militares
de Pedreiro autorizada por Dr. José Wilson Piza militares
do Hospital Regional Roberto Roriz



HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBÃO VELOSO - PIAUÍ

Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro
Fone: (86) 3285-1133 - Elesbão Veloso - PI
CNPJ: 06.553.564/0012-90



GOVERNO
DO PIAUÍ

FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente:	Idade	Data Nasc.	Cartão SUS
<u>José Melo Lopes Rocha</u>	<u>48</u>	<u>10/07/1970</u>	<u>12364064491009</u>
Endereço:	Bairro	Cidade	
<u>R. Manoel Fernandes</u>		<u>Francinópolis</u>	
Data do Atendimento	Hora	Tipo	
<u>23/09/18</u>	<u>22:00</u>	<input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outros	
Exame Físico: Sinais Vitais			
PA: _____ mmHg	FC: _____	R: _____	Telefone do Paciente: <u>89-999426523</u>
Glicemias Capilar _____ Saturação O: _____	GLASGOW: _____		
Histórico Clínico: <u>Pac. veio transferido do colo</u> <u>Francinópolis com corte no</u> <u>extremidade superior.</u>			
Diagnóstico Inicial: <u>Inflamação</u>			
Prescrição Médica na Urgência:		Anotações de Enfermagem	
<u>Oftozes 15 Sat 99 /</u> <u>FC: 106</u>			
<u>PA: 140x90</u>			
<u>RL 1000 ml EV aberto</u>			
<u>celofatina 1g - 2ump + 10DEN</u>			
Destino Paciente: Data: <u>23/09/18</u>		Hora: <u>21:20</u>	
<input type="checkbox"/> Internação		<input type="checkbox"/> Transferência _____	
<input type="checkbox"/> Sala de Observação		<input type="checkbox"/> Óbito _____ Hora: _____	
<input type="checkbox"/> Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial			

CONFERE COM O ORIGINAL

Rayanne A. Oliveira
06.12.18