

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 22/02/19



FisioWand

JORGIVAN LOPES DA SILVA

LAUDO PARA SEGURO DPVAT

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM 04/11/18 COM DIAGNOSTICO DE FRATURAS LOCALIZADAS NO MALEOLO MEDIAL, NO 3º E 4º METATARSOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR EM AMBAS LESÕES E SEÇÕES DE FISIOTERAPIA ANALGÉSICA E MOTORA. APRESENTOU ROL-D-X (EXAME), ONDE CONSTA FRATURA COM PRESENÇA DE PARAFUSOS EM MALEOLO MEDIAL DA TIBIA E FRATURA OBLIQUA EM METATARSO DOS 3º E 4º DEEDOS / METATARSOS FIXADOS POR HASTES METÁLICAS INTRAMEDULARES DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, E DE ACORDO COM O EXAME CINESIOLÓGICO FUNCIONAL O MESMO APRESENTA DEBILIDADE FUNCIONAL DE 70% DE SEQUELA COM QUADRO ALGICO FONTE.

○ PACIENTE ENLUTUA-SE DE ALTA.

CID 10-S82.5 S92.3

FisioWand – Fisioterapia E Acompanhamento Ocupacional.

Endereço: Quadra 8, Lote 1, casa B. Tel. 0**86 9 9814 9002

Promorar, Teresina – Piauí

Wilton Jorge da Silva Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO 181067-F

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 146193



AIH: 2218101812146

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

898002927434125

NOME DO PACIENTE

JORGIVAM LOPES DA SILVA

NASCIMENTO

25/09/1985

SEXO

M

PRONTUÁRIO

493216

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

8694015694

NOME DA MÃE

MARIA VITORIA RODRIGUES DA SILVA

RESPONSÁVEL

ISALENE RAVENA DA SILVA

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

5420

BAIRRO

BELA VISTA

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

ACIDENTE MOTOICLISTICO COM TRAUMA EM PÉ E TORNOZELO ESQUERDO, FRATURA EXPOSTA DE 3º E 4º METATARSOS

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FISICO E RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS
Recebido em: 27/02/19

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S825 - FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARATER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

04/11/2018

AYRANA SOARES AIRES

CPF: 66974267304

CRM:

DATA ADMISSÃO

04/11/2018 00:44

DATA ALTA

07/11/2018 11:59

MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº 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))

PLINIO DOS SANTOS MACEDO

CPF: 22758704313

CRM:

DATA ANALISE: 04/11/2018 07:04:56

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

PRESCRIÇÃO M.DICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Sargento Lopes da Silva		4193216	Ortopédica	234	244	
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
CODIGO			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
	# POI leve a Orelhas 3° e 4° MTT (E) (Xpostu)				30.15h. Pt. admitido neste deba previamente do SARA ena POI de LMC + otomab 3° e 4° MTT pte + medula medula é. segue Curativo, medicamento, fono e suprio. Med. patologia e ultraz medicamentos. Sem Queso. Elimin COE	
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTESICO		Mário Nutricionista Cleye Gonçalves RR/Pi 7151			
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN					
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H					
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H					
7	TRAMAL 100MG-1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN					
8	CURATIVO					
9	CCGG + SSV					
Jo Encaminhado à sala de gesso e confecção da tala hda em MTE						
Dr. André Luis da Siqueira MÉDICO CRM: 6930						
RAIO-X REALIZADO						
DATA 04/11/2018						
Técnico: E						

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

NOME JORGIVAM LOPES DA SILVA IDADE 33 anos DATA 04/10 /2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 07 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA fix de metatarso ⑤ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>121/69</u>		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>101</u>		
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100</u>		
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/MATRÍCULA	<u>Elena</u>		

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR		ADMISSÃO		SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2 ☐	2 ☐	2 ☒
Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL	<u>09</u>		<u>10</u>
ASS.	<u>10</u>		<u>10</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

07:30 - Admitido em P.P.A no pa de
Ata cirurgica de fixação de metatarso ⑤. Conste autal,
sob efeito de ropivacaína, está hemodinamicamente
estável. Rg. 1º grau. NSI. 391.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Amanda Gomes Vilela
 ANESTESIOLOGISTA
 CRM-PI: 4.981

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD

☒ Curativos ☐ Kred ☒ Assistência obstétrica

32 Hospital de Destino: HUT b) _____ c) _____

33 Condições de entrada: ☒ 1-Melhorado ☐ 2-Piorando ☐ 3-Inalterado

34 Óbito: ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte

1-Sim 2-Não

☐ Não Removido

Observações Interdisciplinar:

Paciente com lesões contusas no pé direito e Joelho esquerdo, estendidas na face o Verso do pé direito e da coxa esquerda.

Responsável pela recepção: _____

Socorristas: Médico _____ AE/TE _____

Enfermeiro: *Autuay* Condutor: _____

Versão: 27.11.2011

13-Resp: ISABELLE RAYENA DA SILVA

15-Ender: RUA GONCALVES DIAS, 5872 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA EM PÉ E TORNOZELO E, COM FRATURA EXPOSTA DE 3° E 4° METATARSianos + FRATURA DO MALEOLO MEDIAL À ESQUERDA..

0408050462 S923

0408050578 S825

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA.

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

EXAME CLINICO.

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prim: 25-CID Sec.: 26-CID T.Ass.: 9999

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- Procedimento Solicitado: 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 669.742.673-04

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: AYRANA SOARES AIRES 34-Data Solicitação: 04/11/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito 39-CNPJ Seguradora: 40-No. Bilhete: 41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico 42-CNPJ Empresa: 43-CHAE Empresa: 44-CHOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: 47-Data Autorização: 29/11/2018

48-Documento: 49-Num. Documento: 50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: GABRIEL LEAL
Consulta Local: 48/11/2018
Consulta SUS:
Impressão: 23/11/2018 15:53:46

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.403.387 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/04/15

NOME JORGIVAM LOPES DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA VITÓRIA RODRIGUES DA SILVA
JOSÉ LOPES DA SILVA

NATURALIDADE PIRIPIRI-PI DATA DE NASCIMENTO 25/09/1985

CERT.NASC. 12725 L 11A F 182
EXP CAPITÃO DE CAMPOS-PI 24/01/86

TERESINA - PI 030.517.053-81

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

[Handwritten Signature]

MEDEIA CORRETORES DE SEGUROS

Recebido em: 12/07/14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CADEIRA DE IDENTIDADE

Jorgivan Lopes da Silva

0606329

[Portrait Photo]

[Fingerprint]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.403.387 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/04/15

NOME JORGIVAM LOPES DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA VITÓRIA RODRIGUES DA SILVA
JOSÉ LOPES DA SILVA

NATURALIDADE PIRIPIRI-PI DATA DE NASCIMENTO 25/09/1985

CERT.NASC. 12725 L 11A F 182
EXP. CAPITÃO DE CAMPOS-PI 24/01/86

TERESINA - PI 030.517.053-81

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

[Handwritten Signature]

MEDEIRA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 12/07/14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CADEIRA DE IDENTIDADE

Jorgivan Lopes da Silva

0606329

[Portrait Photo]

[Fingerprint]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190123202 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGIVAM LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º,4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (3º,4º METATARSOS- FIOS DE KIRSCHNER/ MALÉOLO- PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190123202 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGIVAM LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º,4º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (3º,4º METATARSOS- FIOS DE KIRSCHNER/ MALÉOLO- PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052556/19

Número do Sinistro: 3190123202

Vítima: JORGIVAM LOPES DA SILVA

CPF: 030.517.053-81

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: JORGIVAM LOPES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 22/02/2019
Nome: JORGIVAM LOPES DA SILVA
CPF: 030.517.053-81

JORGIVAM LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052556/19

Vítima: JORGIVAM LOPES DA SILVA

CPF: 030.517.053-81

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: JORGIVAM LOPES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JORGIVAM LOPES DA SILVA : 030.517.053-81

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: 12/02/2019
Nome: JORGIVAM LOPES DA SILVA
CPF: 030.517.053-81

JORGIVAM LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190123202

Vítima: JORGIVAM LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JORGIVAM LOPES DA SILVA

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



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190123202

Vítima: JORGIVAM LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JORGIVAM LOPES DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JORGIVAM LOPES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 0000018914-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	030.517.053-81	Jorgivam Lopes da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Jorgivam Lopes da Silva		030.517.053-81	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recuso	Rua Gonçalves Dias	5872	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Laurival Parente	Teresina	PI	64000-080
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(86) 99977-3852		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1987	CONTA: 18914	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura 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: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina, 06/02/2019.

Nome: Jorgivam Lopes da Silva

CPF: 030.517.053-81

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jorgivam Lopes da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

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, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000812/2018-45

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 12/12/2018 - 13:03

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora

04/11/2018 - 00:10

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

LOURIVAL PARENTE

Endereço

AV 15 DE NOVEMBRO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JORGIVAN LOPES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2403387 SSP/PI

Mãe: MARIA VITÓRIA RODRIGUES DA SILVA

Pai: JOSE LOPES DA SILVA

Endereço: RUA GONÇALVES DIAS, Nº 7852

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

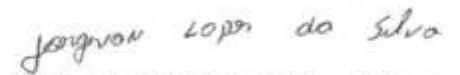
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE TRAFEGAVA NA AV. 15 DE NOVEMBRO, SENTIDO NORTE/SUL, CONDUZINDO A MOTO HONDA/CG 125 FAN ES, COR PRETA, ANO 2012, PLACA OEA-6482, RENAVAM 00467543127 DE PROPRIEDADE DE FRANKIN KENNEDY DA SILVA SANTOS, E NAS PROXIMIDADES DO CONJUNTO MORADA NOVA, SEGUIA LOGO ATRÁS DE UM VEÍCULO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, QUE FREOU BRUSCAMENTE, E NÃO TENDO COMO DESVIAR, O NOTICIANTE COLIDIU COM A PARTE TRASEIRA DO VEÍCULO, DESEQUILIBROU-SE E CAIU, FICANDO O NOTICIANTE LESIONADO SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº 493216 DO HUT, PARA ONDE FOI LEVADO APÓS SER SOCORRIDO PELO SAMU. A INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.


Francisco Stênio Ferreira Barbosa - Mat. 0092681
AGENTE DE POLÍCIA


JORGIVAN LOPES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 12/10/2019



AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 100255.000812/2018-45

JORGIVAN LOPES DA SILVA, NOTICIANTE/AVERBANTE, VEM AVERBAR NESSE B.O.
QUE: O VEÍCULO-I QUE O CONDUTOR/AVERBANTE CONDUZIA MOTO YAMAHA/XTZ 125
ANO 2007/2007, PLACA PIO-3236, DE PROPRIEDADE DA SRA. IVANILDE DE SOUSA MACHADO
A INFORMAÇÃO E DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO AVERBANTE.. É O REGISTRO.



TERESINA/ PI, 12/02/2019

Jorgivan Lopes da Silva

JORGIVAN LOPES DA SILVA

AVERBANTE

Edvar Ferreira Nunes

EDVAR FERREIRA NUNES

MAT.0092576



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	030.517.053-81	Jorgivam Lopes da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Jorgivam Lopes da Silva	030.517.053-81	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuso	Rua Gonçalves Dias	5872
Bairro:	Cidade:	Estado:
Laurival Parante	Teresina	PI
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	64000-010	(86) 99977-3852

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 18914

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (assinatar uma das opções):

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina, 06/02/2019.
 Nome: Jorgivam Lopes da Silva
 CPF: 030.517.053-81

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jorgivam Lopes da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 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, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SAMU
192



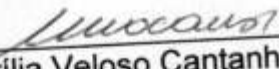
PREFEITURA DE MUNICIPAL TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **04/11/2018** foi socorrido pelo SAMU o Sr. **Jorgivan Lopes da Silva** vítima de acidente de trânsito foi removido para o Hospital de Urgência de Teresina-HUT.

Ressalvamos ainda que a equipe se equivocou registrando na guia de atendimento o nome do mesmo de **Josevan Lopes da Silva** ao invés de **Jorgivan Lopes da Silva**.

Teresina, 19 Novembro de 2018.


Marília Veloso Cantanhede
Gerente Adm. e Financeira SAMU – THE


MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS
Recebido em: 12/02/19



Rua Coronel Luís Ferraz, 3390. Bairro Macaúba.
Teresina-PI. CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70



86 3218 - 2880



fht.sam@teresina.pi.gov.br



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome			
	15 Sexo	16 Idade			
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		18 Tipo de ocorrência		
	19 Vitima		20 Meio de locomoção		
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança		
	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		
Exame Físico	25 Local da lesão		26 Pupilas		
	27 Pulso		28 Sangramento		
Assistência	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10		30 Fratura		
	31 Procedimentos realizados		32 Hospital de Destino		
Hospital de Destino	33 Condições de entrada		34 Óbito		
	35 Observações Interdisciplinar		36 Responsável pela recepção		



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

OTTO
NWRO

SUS SUS

Imp: 04/11/2018 00:46:24

(User: YULLE)

(Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JORGIVAM LOPES DA SILVA	Prontuário:	493216
Mãe:	MARIA VITORIA RODRIGUES DA SILVA	Pai:	JOSE LOPES DA SILVA
End.Resid.:	RUA GONCALVES DIAS, 5872 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	25/09/1985	Idade:	33a1m9d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99977-3852
Responsável:	ISALENE RAVENA DA SILVA	CNS:	70050858688559
Profissão:	ELETRICISTA	CPF:	- * RG: -
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Comcubinato
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	692207	Data:	04/11/2018 00:44:12	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid.Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Típico:	Não
CID Secundário:	V299				

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico, sem capote, há aproximadamente 10 minutos. Relata perda de consciência e ingestão de bebida alcoólica. Nega vômito.

① VA Respir. Com cotas cervical e praxico nítido

② MV ⊕ bilateralmente

③ BNF. RR. Abdomen indolor. Reflexo estomacal

④ Glogow 15. ⑤ P e joelho E entorpecidos, lesões em região frontal

X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:	CID:
Diagnóstico Inicial:						

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado: Raio X de p. E, TC de crânio e TC de coluna cervical, Raio X de perna E, R. Raio X de tórax AP.

DATA 04/11/18

Técnico:

DATA

04/11/18

ALTA:	() Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido	() Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: () Transferência:
DESTINO:	() Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs	() Família () IML () Anat. Patol.	CID Compatível:
DATA SAÍDA:	/ /	HORA:	:
Prof. Solicitante Internação:			

* Isalene Ravenna da Silva.
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

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: 07/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORGIVAM LOPES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000018914-8

Nr. da Autenticação EAC38C958BA0BB6A

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro-Sul - Teresina - PI
CEP: 64.045-740/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de importação autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 013347000

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

PERÍODO	DATA DE FÉ	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	16/11/2018	125	117,01

FRANCISCO JOSE FERREIRA DE SOUSA
R. GONCALVES DIAS 5872 LOURIVAL PARENTE
CPF: 00006115016355
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DE FÉ	DATA DE FÉ
Atual: 3072	08/11/2018
Anterior: 2947	09/10/2018
Constante de Multiplicação: 1,000	06/12/2018
Consumo Medido: 125	06/11/2018
Consumo Faturado: 125	08/11/2018
Consumo Faturado: 30	

CLASSIFICAÇÃO	TIPO	VALOR	CODIGO	VALOR
RESIDENCIAL	MONO	A1673023	1.1.1.1	70

HISTÓRICO	CONSUMO	VALOR
OUT/18 120	CONSUMO 125 A R\$ 0,831939 =	103,99
SET/18 133	CONTA ILUMINAÇÃO PUB. (LUSIP)	8,90
AGO/18 38	CORREÇÃO MONETARIA IG 09/18-00	0,77
JUL/18 0	MULTA POR ATRASO 09/18-00	2,21
JUN/18 30	JUROS POR ATRASO 09/18-00	1,14
MAI/18 66	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,32
ABR/18 55	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,57
MAR/18 69		
FEV/18 72		
JAN/18 84		

VALOR TOTAL: 117,01
R\$ 125 - 0,935423

ATENÇÃO: OPORTUNIDADE DE PAGAMENTO
Mes/Ano Valor R\$ 10/2018 109,51
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/11/2018. O não pagamento da parcela mensal é incluído no nome do consumidor na SEROP, caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO: 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 5981.8C86.5BEA.9D12.E2C2.3A15.33C1 630C

COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$	IMPOSTOS DISTRIBUÍDOS - R\$
Distribuição: 21,19	Base de Cálculo: 103,99
Energia: 40,27	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 6,33	Valor do ICMS: 22,87
Encargos: 6,41	Valor do ICMS: 1,23
Tributos: 29,79	Valor do ICMS: 5,69

VALOR DISTRIBUÍDO CONTINUADO
5,08 10,15 20,30 3,43 6,85 11,70 2,86
0,00 0,00 0,00 0,00

TERESINA 09/2018 38,79

SEU CÓDIGO 0640575-4	TOTAL A PAGAR - R\$ 117,01
MÊS FATURADO 11/2018	VENCIMENTO 16/11/2018

Nº da Nota Fiscal: 013347000 FCAH

83600000001 5 17010017000 1 000000000640 3 57541118008 7



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, IVANILDE DE SOUSA MACHADO,
RG nº 1.148464, data de expedição 12/04/16,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 703.429.893-9 com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA JORNALISTA DONDON, nº 2931,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima GORGILAN LOPES DASILVA, cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: MOTO
Modelo: YAMAHA XTZ 125 K
Ano: 2007 2007
Placa: PIO 3236
Chassi: 9C6K6094010022034
Data do Acidente: 04/11/2018
Local e Data: TERESINA 07/12/2018

Ivanilde de Sousa Machado
Assinatura do Declarante

3º OFÍCIO

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
Thermostocles
Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1225 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (0xx96) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartorio3sampaio.com.br

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: IVANILDE DE SOUSA MACHADO, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 07/12/2018. Encl. 53,71 T.J. 70,74 Selo 30,25
Total: 4,71 Selo: R\$ 99835 (F8009495)

JUDITE DE CASTRO LACUSO - Escrevente Autorizada

☐ Tabelão ☒ Escrevente autorizado

CARTÓRIO THERMOSTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Juiz de Direito
Teresina - PI



RECEBIDA CORR. DE SEGUROS
Recebido em: 12/02/19



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

OTTO
NWRO

SUS SUS

Imp: 04/11/2018 00:46:24

(User: YULLE)

(Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JORGIVAM LOPES DA SILVA	Prontuário:	493216
Mãe:	MARIA VITORIA RODRIGUES DA SILVA	Pai:	JOSE LOPES DA SILVA
End.Resid.:	RUA GONCALVES DIAS, 5872 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	25/09/1985	Idade:	33a1m9d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99977-3852
Responsável:	ISALENE RAVENA DA SILVA	CNS:	70050858688559
Profissão:	ELETRICISTA	CPF:	- * RG: -
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Comcubinato
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	692207	Data:	04/11/2018 00:44:12	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid.Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Típico:	Não
			CID Secundário:	V299	

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico, sem capote, há aproximadamente 10 minutos. Relata perda de consciência e ingestão de bebida alcoólica. Nega vômito.

① VA Respir. Com cotas cervical e praxico nítido

② MV bilateramente

③ BNF-RR. Abdomen indolor. Reflexo estomacal

④ Glogem 15. ⑤ Pul e joelho E entorpecidos, lesões em região frontal

X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:	CID:
Diagnóstico Inicial:						

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado: Raio X de pé E, TC de crânio e TC de coluna cervical, Raio X de perna E, R Raio X de tórax AP.

DATA 04/11/18

Técnico

DATA

04/11/18

ALTA:	() Melhorado	() Administrativa	() Retornar à Unid. Origem:
	() Curado	() Por Indisciplina	() Transferência:
	() Inalterado	() Por Evasão	
	() A Pedido		
ÓBITO:	() Até 24 Hs	() Família	
	() De 24 a 48 Hs	() IML	
	() Após 48 Hs	() Anat. Patol.	
DESTINO:		DATA SAÍDA:	HORA:
		() Internação na Unidade	
		Proced. Solicitado:	
		CID Compatível:	
		Prof. Solicitante Internação:	

* Isalene Ravenna da Silva.
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



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

Imp: 04/11/2018 00:46:24
(YULLE)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JORGIVAM LOPES DA SILVA		Prontuário: 493216
Mãe: MARIA VITORIA RODRIGUES DA SILVA	Pai: JOSE LOPES DA SILVA	
End.Resid.: RUA GONCALVES DIAS, 5872 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 25/09/1985	Idade: 33alm9d	Sexo: Masculino Fone: 86-99977-3852
Responsável: ISALENE RAVENA DA SILVA	CNS: 700508586888559	
Profissão: ELETRICISTA	Documento: CPF: -	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Concubinato	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 692207	Data: 04/11/2018 00:44:12	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA: ORTOPEdia
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: AD RX + CLINICA: FRATURA EXPOSTA 2º e 3º METACARPO	
CD: AOCC APÓS LIBERAÇÃO DE NEUW	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Assinatura: [Assinatura]	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__	ESPECIALISTA: TAVARES
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: MEDIDA CORRETIVA DE SEQUELA	
Recebido em: 12/02/19	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Assinatura: [Assinatura]	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04 / 11 / 18

NOME DO PACIENTE: José Luiz Lopes da Silva PRONTUÁRIO Nº: 493216
DIAGNÓSTICO: _____ CIRURGIA: Fim de exposição de pé "C" (Política)
ANESTESIA: Raque Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Ayres CPF Nº: _____
AUXILIAR: Rene CPF Nº: _____
ANESTESIA: Dr. Uliás CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Flávia CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	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.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
SES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Beiras - 04			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Crepom - 01			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Eletrados - 05			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	30	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Patricia Faria</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Sergio Lopes da Silva
Diagnóstico pré-operatório Fratura exposta de metatarsos (3° e 4°) pé (E) e lesão medial
Operação - Tipo LAC + fixação unguem / osteossíntese de metatarsos
Cirurgião Dr. Ayra 1° Assistente André Vazquez
2° Assistente 3° Assistente
Instrumentador(a) Thaia Anestesista U. M. Anestesia R. M. L. + sedar
Anestésico(a)

Data da Operação 04/11/18 Início 05:40 Fim 06:40

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em DDH sob roquimioterapia
- ② Anestesia e antissepsia
- ③ colocação de campo estéril
- ④ Ampliação de incisão e limpeza abundante com SF 0,9%
- ⑤ Osteossíntese de fraturas de 3° e 4° metatarsos com fio de Kirschner
- ⑥ Sutura
- ⑦ Curativo estéril.

DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE						Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE <u>Figueira Lopes da Silva</u>						
DATA <u>09/11/12</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATORIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
						TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3	<u>SF-500</u> <u>Rx-500</u>				<u>Morç</u> <u>Phar</u> <u>12 mg</u> <u>40 mg</u> <u>Clonid</u> <u>SEQUÊNCIA</u>
LÍQUIDOS	SO-LITO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	<u>Vm - Curat</u> <u>6 hr</u> <u>19/11</u>				<u>De al</u> <u>20 mg</u> <u>Kauf</u> <u>50</u> <u>Prepar</u> <u>100 mg</u> <u>Drum</u> <u>50</u>
TEMPERATURA T	C° 260 240 2 38 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS		<u>Quilom + sedo</u>				INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS		<u>Antonio Uino 1532</u>				
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CÉLULO

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Sargento Lopes da Silva		4193216	Ortopédica	234	244	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES		
	1 DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO	Visto Nutricionista Cleye Gonçalves RN/PI 71531				
	2 SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN					
	3 RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H					
	4 CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
	5 DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
	6 TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H					
	7 TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN					
	8 CURATIVO					
	9 CCGG + SSV					
	10 Enunciada a colu de gesso pl confusão de todo hede em MLE					
Dr. André Luís de Aguiar MÉDICO CRM-PE: 6938						
RAIO-X REALIZADO						
DATA 04/11/2018						
Técnico: E						

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

DATA 07, 11, 18

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Argemir Lopes da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>493216</u>
DIAGNÓSTICO: <u>craniotomia</u>	CIRURGIA: <u>craniotomia</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Durval</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Durval Terceiro Nunes Leal</u>	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Marcia</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI n: 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	110		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		<u>luvas n: 8.0</u>	unid	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>crepom</u>	-	03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>gilets</u>	-	05	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Escova</u>	-	03	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Conceição</u>			
PROLENE							



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente Jorgiam Lopes de Silva
Diagnóstico pré-operatório Fratura de osso da perna
Operação - Tipo Fixação de osso da perna
Cirurgião Dr. Durval Tercio Nunes Leal 1º Assistente
2º Assistente Ortopedia-Traumatologia 3º Assistente
CRM: 1995-PI/CRM: 3636-MA
Instrumentador(a) Marcia Anestesista Dr. Henrique Anestesia Raquel
Anestésico(a)

Data da Operação 07/11/18 Início Fim
Diagnóstico Pós-operatório
Fratura de osso da perna
fixada + curado

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

ND

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

Fratura de osso da perna
Abertura + limpeza do
local da lesão, lavagem
profunda com solução
antiséptica, redução
da fratura com
pinos e placas
de fixação
de osso

Durval Tercio Nunes Leal
Ortopedia-Traumatologia
CRM: 1995-PI/CRM: 3636-MA

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE _____

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	*OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 200 100						
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO	38						SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>JOSILMA L. da SILVA</u>	Prontuário:	Data:
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Idade:	Peso:
Procedimento (s) proposto (s):		Apto? ☐ Sim ☐ Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	☐ Sim	☒ Não
2 - Patologias respiratórias	☐ Sim	☒ Não
3 - Antecedentes patológicos	☐ Sim	☒ Não
4 - Convulsão	☐ Sim	☒ Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	☐ Sim	☒ Não
6 - Transusão sanguínea	☐ Sim	☒ Não
7 - Uso de medicação	☐ Sim	☒ Não
8 - Alergia	☐ Sim	☒ Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	☐ Sim	☒ Não

EXAME FÍSICO

PA:	Pulso: ☐ arritmico	Mallampati: ☒ (1) ☐ (2) ☐ (3) ☐ (4)
1. Respiratório	☒ Normal ☐ Alterado:	
2. Cardiovascular	☒ Normal ☐ Alterado:	
3. Neurológico	☒ Normal ☐ Alterado:	
4. Abdome	☒ Normal ☐ Alterado:	
5. Vias aéreas	☐ Possível VAD	
6. Extremidades	☒ Normal ☐ Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia		
HT	TTPa	Creatinina		
Plaquetas	Glicemia			
ECG:		RX Tórax		
ECO:				

ASA: <u>M</u>	Anestesia proposta: ☐ Geral ☒ Outro: <u>RAQUÍ</u>
---------------	--

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

Dr. Henrique Rocha
Médico Anestesiologista
1507 RQE: 2811

CRM:



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: JORGIVAM LOPES DA SILVASala: 06Alergia: NENHUMAData: 07/11/8Procedimento: OROTOMIA TORÁCICA (E)Cirurgião: Dr. Almeida

Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 MORFINA	02	(02) 100 - 100											
2 BUPIVACAÍNA 0,125%	02	15 - 15											
3 CLORALHÍDRA	02	2g											
4 RANITIDINA	01	50											
5 DECAPOLO	01	10											
6 DIFENIDRAMINA	02	2											
7 RANITIDINA 150mg/20ml	01	4											
8 GEL PROFENO	01	100											
9 MIDAZOLAM	01	5											
10													
11													
12													
13													
14 Início													
15 Fim													
16 Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico MSD
Cat. Venoso nº 20G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☒ Outros SCS

Decúbito: ODM

SPO2 (%)	99	99	99	99
ETCO2 (mmHg)				
Aces. Venoso				
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

Descrição da Anestesia: 1) Lavado pol. + cat. anal. 2) Monitorização 3) Sedação 4) Raqui-anestesia 5) 1º bloqueio. Repetido o bloq. c/ ropivacaína 5/100 + S1A 0,1%. 6) O2 10l cateter 7) PC 5l intr.

Dr. Henrique Rocha
Médico Anestesiologista
CRM-PI: 4507 82281

NOME : **JORGIVAM LOPES DA SILVA**
MÉDICO : **ROBERTO WANDERLAN DE A. SIQUEIRA**
NÚMERO : **679681** DATA : **27/11/2018**

FATURA: **4841874**



RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

RELATÓRIO

O estudo radiológico do pé realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura oblíqua em metatarso dos 3º e 4º dedos, fixados por hastes metálicas intramedulares.
- Presença de parafusos cirúrgicos em maléolo medial da tibia.
- Demais estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura oblíqua em metatarso dos 3º e 4º dedos, fixados por hastes metálicas intramedulares.
2. Presença de parafusos cirúrgicos em maléolo medial da tibia.

Dgt: ANNA

NOME : **JORGIVAM LOPES DA SILVA**
MÉDICO : **ROBERTO WANDERLAN DE A. SIQUEIRA**
NÚMERO : **679681** DATA : **27/11/2018**
FATURA: **4841875**



RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

RELATÓRIO

O estudo radiológico do tornozelo realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura oblíqua em metatarso dos 3º e 4º dedos, fixados por hastes metálicas intramedulares.
- Presença de parafusos cirúrgicos em maléolo medial da tibia.
- Demais estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura oblíqua em metatarso dos 3º e 4º dedos, fixados por hastes metálicas intramedulares.
2. Presença de parafusos cirúrgicos em maléolo medial da tibia.

**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: **JORGIVAM LOPES DA SILVA** (Prontuário: 493216)
Endereço: RUA GONCALVES DIAS, 5672 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 25/09/1985 Idade: 33a2m19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226388
Requisição: 888978 Solicitação: 04/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES
Controle: 1102176 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 04/11/2018

PERNA ESQUERDA

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

- Fratura completa recente no maléolo medial sem desvio.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 14/12/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	JORGIVAM LOPES DA SILVA (Prontuário: 493216)				
Endereço:	RUA GONCALVES DIAS, 5872 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Nascimento:	25/09/1985	Idade:	33a2m19d	Sexo:	Masculino
				Origem:	INTERNAÇÃO
				Atendimento:	226388
Requisição:	889039	Solicitação:	04/11/2018	Solicitante:	AYRANA SOARES AIRES
Controle:	1102249	Convênio:	S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11	ENFERMARIA 234
					LEITO 241

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exam: 04/11/2018

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

O estudo radiológico do pé esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes alinhadas no 3º e 4º metatarsos fixadas com fios metálicos.
- Aumento de volume das partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 14/12/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

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: **JORGIVAM LOPES DA SILVA** (Prontuário: 493216)
Endereço: RUA GONCALVES DIAS, 5872 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 25/09/1985 Idade: 33a2m19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226388
Requisição: 889039 Solicitação: 04/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES
Controle: 1102250 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 04/11/2018

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente no maléolo medial sem desvio.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 14/12/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JORGIVAM LOPES DA SILVA** (Prontuário: 493216)
Endereço: RUA GONCALVES DIAS, 5872 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 25/09/1985 Idade: 33a2m19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226577
Requisição: 889890 Solicitação: 07/11/2018 Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
Controle: 1103300 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 07/11/2018

PERNA ESQUERDA

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

- Fratura recente alinhada no maléolo medial fixada com dois parafusos metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 14/12/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JORGIVAM LOPES DA SILVA** (Prontuário: 493216)
Endereço: RUA GONCALVES DIAS, 5872 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 25/09/1985 Idade: 33a2m19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226577
Requisição: 889890 Solicitação: 07/11/2018 Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
Controle: 1103301 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 07/11/2018

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no maléolo medial fixada com dois parafusos metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 14/12/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Jane Simone Lima Dias de Souza
Matrícula: 027467
SAME - HUT
CONFERE COM ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JORGIVAM LOPES DA SILVA** (Prontuário: 493216)
Endereço: RUA GONCALVES DIAS, 5872 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 25/09/1985 Idade: 33a2m19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226388
Requisição: 888978 Solicitação: 04/11/2018 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES
Controle: 1102175 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 04/11/2018

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

O estudo radiológico do pé esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas transversas completas recentes desalinhadas no 3º e 4º metatarsos.
- Aumento de volume das partes moles.

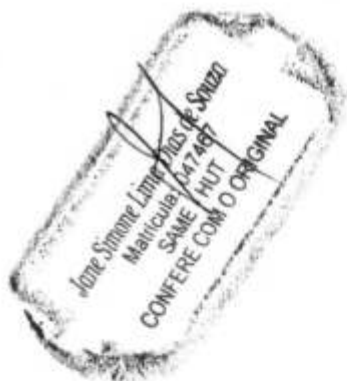
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 14/12/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável




HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JORGIVAM LOPES DA SILVA** (Prontuário: 493216)
 Endereço: RUA GONCALVES DIAS, 5872 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 25/09/1985 Idade: 33a2m19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 226577
 Requisição: 889890 Solicitação: 07/11/2018 Solicitante: DURVAL TERCIO NUNES LEAL
 Controle: 1103302 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 234 LEITO 241

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 07/11/2018

PE OU PODODACTILO ESQUERDO

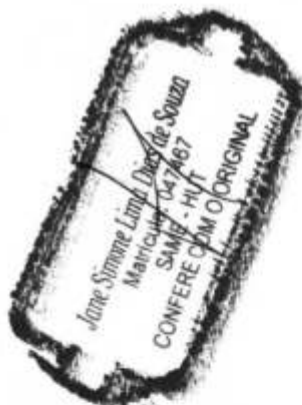
O estudo radiológico do pé esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes alinhadas no 3º e 4º metatarsos fixadas com fios metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 14/12/2018


CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável