



Número: **0800034-34.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **02/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10327641	18/06/2020 11:35	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190562542 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO OMBRO DIREITO. P7
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA DIREITA. P20
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

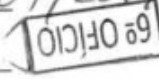


PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: Erick Ronielson Rodrigues de Moura			
RG: 3.874.361	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 11/06/18	
CPF: 071.184.76307	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Estudante	
ENDEREÇO: Conj. Bom Sucesso 05			Nº: 004
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: colorado		
CIDADE: Teresina	ESTADO: PI	CEP: 64083130	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: Nelly Foz de Soares Marques			
RG: 4.189.262	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 13/09/14	
CPF: 840.173.17391	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Reclamante	
ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro			Nº: 544
BAIRRO: Centro Norte	CIDADE: Teresina	UF: PI	CEP: 64000235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Erick Ronielson Rodrigues de Moura
 Data do acidente de trânsito: 01/07/19
 Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina Piauí 29/07/2019
x Erick Ronielson Rodrigues de Moura 

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



Cartório 8º Ofício de Notas de Teresina

ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FREITAS SILVEIRA - TABELA INTERINA
CNPJ: 20.362.748/0001-05 - CNIS: 79891
RUA JOAQUIM NEVES, QUADRA 29, ITAIPÉ - N.º 17, TERESINA - PIAUÍ, TEL: (86) 3661-5425

INSCRIÇÃO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ERICK RONIELSON RODRIGUES D
JA NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR EM TEST. DA VERDADE
12 TERESINA, 29/07/2019 10:40:18
AAH13641 - IG4F CONSULTE EM www.tpijus.br/notalexta

JOSE DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE
R\$ 0 95 T, R\$ 0 77 MP, R\$ 0 10 R4C, R\$ 0 26 TOM, R\$ 4 95



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340807/19

Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

CPF: 071.184.763-07

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 01/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERICK RONIELSON
RODRIGUES DE MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA : 071.184.763-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior





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, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190562542

Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

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

Carta nº 14840493

Pag. 00499/00500 - carta_01 - INVALIDEZ





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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190562542

Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.050,00

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 3389

Conta: 0000046010-5

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 3389 CONTA: 46010 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

atura do Representante Legal (se houver)



CAIXA
POUPANÇA

6277 8017 6954 1255

6277

VÁLIDO ATÉ

10/24

ERICK RONIELSON R MOURA

3389 013 00046010-5





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003368/2019-06

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa
Data/Hora: 03/09/2019 - 10:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

550801

Data/Hora
01/07/2019 - 09:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Bairro
CENTRO

Município
TERESINA

Endereço
AV. FREI SERAFIM C/ RUA MATO GROSSO, Nº:
Complemento

Ponto de Referência
COLEGIO CEV

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3874361 PI

Mãe: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA

Pai: RONILSON SOUZA DE MOURA

Endereço: QD-E, CS-04, RESID. BOM SUCESSO, Nº

Bairro: COLORADO

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 TITAN MIX ES, PLACA NUM-9066-PI, COR VERMELHA, RENAVAL 00252260546, PROP. DE LEONARDO RODRIGUES MAGALHÃES JUNIOR, E QUE TRAFEGAVA PELA RUA MATO GROSSO, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 515584). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POL

ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

071.184.763-07

4 - Nome completo da vítima:

Enick Ronielson Rodrigues de Moura

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Enick Ronielson Rodrigues de Moura

6 - CPF:

071.184.763-07

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Bom Sucesso Q- E com 004

9 - Número:

004

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Colorado

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64083-130

15 - E-mail:

eduanseguros2@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

3389

CONTA:

46010

5

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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.

34

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 27/09/19

x Enick Ronielson Rodrigues de Moura

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ura do Representante Legal (se houver)





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	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	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	16 - Outros			
	19 Acidente de transporte	17 - Já removido			
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança		
	23 Glasgow =	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
Exame Físico	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento		
	29 Escala de Dor	30 Fratura	31 Procedimentos realizados		
Assistência	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito		
	Observações Interdisciplinar				

São: 27.11.2011

DADOS DO CHAMADO	Nº do chamado	0047	Data do chamado	04/07/2020	PRO (código)	930	Saída do PA	9:30	Chegada ao Local	10h	Saída do Local	Chegada ao Hospital	
	Endereço	Rua Mato Grosso						Ponto de Referência: próximo ao CEV					
	Nome	Eric Romelton Rodrigues de Moura						Sexo	M () F ()		DN:	10/04/2001	
	Idade:	19 anos											
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	Tipo de ocorrência: 01- Acidente de Transporte 06- Tentativa de Suicídio 11- Queda 16- Já removido 02- Espancamento 07- Envenenamento 12- Urgência Clínica 17- Falso Chamado 03- Ferimento por Arma de Fogo 08- Afogamento 13- Urgência Obstétrica 18- Outros 04- Ferimento por Arma Branca 09- Queimadura 14- Transferência 05- Urgência Psiquiátrica 10- Choque Elétrico 15- Exames Complementares												
	A - VIAS AÉREAS			☒ Pérvias () Guedel () Cricotireoidostomia ☐ Parcialmente obstruídas () Aspição ☐ Obstruídas () Intubação			☒ Colar cervical () KED ☒ Protetor lateral () Talas ☒ Prancha longa/curta						
	B - RESPIRAÇÃO			☒ Eupneia () Bradpneia ☒ Ar Ambiente () Ambú ☐ Dispneia () Apneia () Catéter () VM ☐ Taquipneia () Gasping () Máscara () Tubo nº			Módulo ventilatório FIO2 Volume corrente PEEP Pressão inspiratória						
	C - CIRCULAÇÃO			☒ Normocorado ☒ EC < 2 seg. ☒ Normocárdico ☒ Cheio () FV ☐ Pálido ☐ EC > 2 seg. () Taquicárdico () Fino () TVSP ☐ Cianose () Hemorragia () Bradicárdico () Ausente () AESP ☐ Úmida, fria () Assist			☐ Curativo Compressivo ☐ Reposição Volêmica ☐ Torniquete ☐ RCP						
	D - NEUROLÓGICO			GLAGOW 15			RASS			PUPILAS () Fixas () Reagentes ☐ Isocóricas () Midríaticas ☐ Mióticas () Anisocóricas D___E___			
	E - EXPOSIÇÃO			Fraturas () Exposta () Sim ☒ Fechada ☒ Não			Local da Lesão:  ☐ Cortante ☐ Perfurante ☐ Transfixante ☐ Penetrante ☐ Escoriações ☐ Amputação						
	ESCALA DE DOR DE 0 A 10			() Sem dor () Dor									
	S - SINAIS VITAIS PA 150x90 FC 82 FR SpO2 99 TAX GLI 140												
	A - ALERGIAS () NÃO ☒ SIM Paracetamol												
	M - MEDICAÇÕES Naó												
P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ													
L - LÍQUIDO E ALIMENTOS () Zero ☒ VVO ☐ Gastrostomia ☐ SNE ☐ SNG ☐ Parenteral													
ENTRADAS Ringer ml SF 0,9% 500ml ml SG 5% ml Sedação ml DVA ml													
SAÍDA Sangue Diurese esp. SVD Vômito () + () ++ () +++ Evacuação () + () ++ () +++													
A - AMBIENTE													
DIAGNÓSTICOS	☐ Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Risco de Aspição ☐ Risco de Choque ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Envenenamento/Intoxicação ☒ Dor Aguda CONFERE COM O ORIGINAL ☐ Confusão Aguda ☐ Glicemia Instável ☒ Mobilidade Física Prejudicada ☐ Risco de Trauma/Quedas ☒ Risco de Infecção ☐ Transtorno psicológico												
	INTERVENÇÕES ☒ Monitorar Nível de Consciência /Sedação () ☐ Aspirar Vias Aéreas () ☐ Manter Cabeceira Elevada em Graus () ☐ Administrar/Controlar Oxigênio () ☒ Puncionar Acesso Venoso () ☐ Realizar Curativo/Compressivo () ☐ Realizar Sondagem / Lavagem Gástrica () ☒ Realizar Imobilização Padrão () ☐ Realizar Reanimação Cardiopulmonar () ☐ Realizar Contenção Prescrita () ☐ Proteger Contra Hipotermia () ☒ Administração segura de medicamentos () ☐ Outros ()												

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM
 Vítima de colisão moto x carro com fratura fechada de tíbia e fíbula. Consciente, orientado, ponto, normocorado, PA ↑
 em tempo, provável lesão de clavícula D.

Hospital de destino: HUT

Recebido POR:

ENFERMEIRO(A) Cássio

Nº COREN: 157457

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:	14/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	4.050,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000046010-5

Nr. da Autenticação 968BC01FD8BF6B49



MATRICOLA	151168330
03345381-4	4/2018

NOME / ENDEREÇO MORADOR EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA					
COM BOM SUCESSO, Q -E-CASA-004-COLORADO-TERESINA-P1-cep:64083130					
LOCALIZAÇÃO VIA-PAUILL-008435		GRUPO 013	NÚMERO DO HIDRÔMETRO VI4W139118		
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS/ANO TIPO LQD. FUTURO 11-12-17 177 177 177 12-01-18 177 177 177 01-02-18 177 177 177 02-03-18 177 177 177		ECONOMIAS - CATEGORIA/TIPO TÁBUA 1 Residencial 1 Normal			
ANTERIOR 21/09/2018 177 ATUAL 26/04/2018 172		CONSUMO MÊS M3 10	LIT 12,74/100LIT PENALIDADE COPIN		
TABELA DE TAXAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA			
RESIDENCIAL TAIXA DE CONSUMOS/M3 R(\$) NÃO RESIDENCIAL TAIXA DE CONSUMO RS/M3 E (%)		DESCRIÇÃO VALOR REFERENTE ÁGUA - 26,51 > Residencial-Normal 20,0 m3 26,51			
		VENCIMENTO 04/05/2018	TOTAL A PAGAR 26,51		
REGULARIDADES / ANORMALIDADES					
NOTIFICAÇÃO: ARQUIVOS ACUSA(M) 2 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A COITA. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.					
NOTIFICAÇÃO					
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 6.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.					
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)					
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2,149	5,073	1,75	1,16	0,5 a 5,0 mg/L
COR APARENTE	2,659	2,279	3,80	8,78	Inferior a 15
PH	7,97	7,773	7,77	7,57	6,5 a 8,5
TURBIDEZ	3,367	3,066	3,36	3,26	Inferior a 5,0
CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)					
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	819	819	0	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI					
DATA DA EMISSÃO: 26/04/2018 HORA DA EMISSÃO: 10:28					

Aguas de Teresina

MATRICULA	23345381-4	ENTRADA Nº	151168530
		MÊS/ANO	4/2018
VENCIMENTO	04/05/2018	VALOR A PAGAR	26,51



*** AVISO DE DÍEITO ***

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

MES/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)	MES/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)
03/2018	02/04/18	27,29			





Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 027701998

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	368	395,64

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		21430	Atual:	24/09/2019
Anterior:		21062	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:		368	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:		368	FCAM	Apresentação:
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:		Dias de Consumo:
				29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pat. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 204

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/19	285	CONSUMO 368 A R\$ 0,974683 =	358,68
JUL/19	222	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	28,94
JUN/19	205	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,04
MAI/19	204	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00	0,53
ABR/19	178	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,44
MAR/19	243	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,11
FEV/19	297	MULTA POR ATRASO 08/19-00	5,52
JAN/19	365	JUROS POR ATRASO 08/19-00	1,38
DEZ/18	57	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	14,71
NOV/18	0		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 368 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode obter mais detalhes de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio das nossas canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 4301.D09F.B1CB.2C70.B985.A944.44S8.D4F6	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Distribuição:	70,54
Energia:	136,30
Transmissão:	23,05
Encargos:	11,28
Tributos:	117,51
IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Base de Cálculo:	358,68
Aliquota ICMS:	27,00%
Valor do ICMS:	96,84
Valor do PIS:	1,40%
Valor do COFINS:	6,49%
INDICADORES DE CONTINUIDADE	
DIC	
Mensal	Trimestral
Limites	5,31 10,63 21,25
Realizado	0,00
FIC	
Mensal	Trimestral
Limites	3,11 6,23 12,45
Realizado	0,00
DMIC	
Mensal	0,00
DICI	
Mensal	0,00
Conjunto	
TERESINA - MACAUBA	78,61

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



0051869-7

395,64

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2019

01/10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal:

027701998

FCAM

836600000003 5 95640017000 0 000000000051 3 86970919008 4



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21430 NORMAL TOTAL: 395,64 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 11:35:00

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181134594150000009807042

Número do documento: 2006181134594150000009807042

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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rozz Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Erick Romelson Rodrigues de Moura inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.184.763/07, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Erick Romelson Rodrigues de Moura inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.184.763/07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 27 de Setembro de 2019
Local e Data

Nelle Rozz Soares Marques
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Leonardo Rodrigues Magalhães Júnior
RG nº 4.160.040, data de expedição 17/12/14
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 960.592.223-15
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Conj Bem Sucesso QE 004, nº _____
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Erick Ronielson Rodrigues de Moura cujo o condutor era
Erick Ronielson Rodrigues de Moura.
Veículo: motocicleta Modelo: Honda / CG 150 Titan Ano: 2010
MIXES
Placa: NUM 9066 Chassi: 9C2K C1 620A R059608
Data do Acidente: 01/07/19

Local e Data: Teresina, Piauí 29/07/2019

Leonardo Rodrigues Magalhães Júnior 
Assinatura do Declarante

Erick Ronielson Rodrigues de Moura
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório 6º Ofício de Notas de Teresina

ANNA BARBARA ALENCAR DE SA E FREITAS SILVEIRA - TABELA INTERNA
CNPJ: 32.062.740/000176-03S 70981
AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 139, TARAPÉ - N° 17, TERESINA - PIAUÍ, TEL: (86) 38697-8428

FIZO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LEONARDO RODRIGUES MAGALHÃES
EM DOCUMENTO DECLARAÇÃO EM TEST. DA VERDADE DOU F
INA: 29/07/2019 10:56:07

AH13642 - KVCN CONSULTE EM www.tjpijus.br/dados/extra

JOSE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE
3,88 TJ, R\$ 0,77 MP, R\$ 0,10 REIO, R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98





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	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Acidente de Transporte	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
Exame Físico	ABERTURA OCULAR	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 90 Resp. 16 PA 150/90 TAX. 90% SatO2 90%	
	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não	1 - Igual 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 1 - Sim 2 - Não
Paciente vítima de acidente automobilístico com fratura exposta fechada do membro inferior direito e lesão cutânea distal. Ferimentos, pele e estruturas intactas.					
Socorristas Médico AE/TE Enfermeiro Condutor					

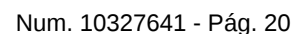
11.2011



FMS Prefeitura Municipal de Teresina

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

ENFERMEIRO(A) Carine
Nº COREN: 157457





NOME DO PACIENTE: Erick Ronielson Rodrigues de Moura
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 515584

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





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

Ortopedia
cir geral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 01/07/2019 10:19:50
(User: EDUARDO SALMITO)
(Estação: CONSULPA03)

Nome:	ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA	Prontuário:	515584
Mãe:	EDVANTO RODRIGUES ROCHA DE MOURA	Pai:	RONILSON SOUZA DE MOURA
End. Resid.:	QUADRA E CASA 04: - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	10/04/2000	Idade:	19a2m21d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99581-7295
Responsável:	CONCEICAO NERES	CNS:	708605582739585
Profissão:	ESTUDANTE	Documento:	CPF: 071.184.763-07
G. Instrução:	Médio Completo	E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	728976	Entrada:	01/07/2019 10:10:50	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condicion:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Síntoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve história das. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
Paciente vítima de acidente automobilístico (colisão moto-carro) há aproximadamente 1 horas. Veio trazido pelo SAMU em uso de capacete. Nega perda de consciência, náuseas, vômitos, epistaxe ou sangramento pelo ouvido. Veio em uso de colar cervical e prancha rígida. Nega dor cervical e dor à mobilização passiva do pescoço, retirado colar cervical. Vias aéreas pervias. Refere dor em clavícula direita e em perna direita, provável fratura em clavícula e perna direita. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Abdomen indolor à palpção, sem sinais de peritonite. Sem alteração de sensibilidade e motricidade. ECG 15. Sem escoriações pelo corpo.

Exames Complementares:	CID:
------------------------	------

Exames Complementares:
(123456) - TORAX - RPA
(123456) - CLAVÍCULA DIREITA - RPA
(123456) - PERNA DIREITA - RPA
COM O USO ORIGINAL

Prescrição Médica:	DATA 01/07/2019 TÉCNICO: [Assinatura]
--------------------	--

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
------------------------------	----------------------	-----------------

Observação (Opcional):
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 11:35:00
Assinatura Paciente ou Responsável: *Ednair Rodrigues Rodnei de Moura*
Eduardo Salmito Soares
6339 PI Em: 01/07/2019 10:19:48





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

221383

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	242558

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA	6 - Prontuário: 515584		
7-CNS: 708605582739585	8-Nascimento: 10/04/2000	9-Sexo: Masculino	CPF: 071.184.763-07
1-Mãe: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA	12-Fone: 86-99581-7295		
13-Resp: CONCEICAO NERES	14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: QUADRA E CASA 041 - CONJ. RENASCENCA - CEP: 64000-010	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010	
6-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Do no ombro ?

21 - Condições que justificam a internação:

Ex fmo

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

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prin: **S420** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

Fratura da clavícula

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408010150	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA	Tempo SUS: 2	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 001.663.217-61
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: YURI JIVAGO FELIX	34-Data Solicitação: 06/07/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

46 - Nome do Profissional Autorizador: Ednan Soares Coutinho	47-Data Autorização: 06/08/19	
48-Docum.: () CNS () CPF	49-Num. Documento: 0060053260002	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: [Assinatura]	Usuário: (KARLA BATISTA)	Consulta Local: 728976
	Consulta SUS:	Impressão: 06/07/2019 11:57:04



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 221383
	AIH: 2219101739030
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA	NASCIMENTO 10/04/2000	SEXO M	PRONTUÁRIO 515584
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE EDIVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA	RESPONSÁVEL ERICK
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 0000
BAIRRO RENACENSA III	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO CPF: 62238426353 CRM:	
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 06/07/2019		
DATA ADMISSÃO 06/07/2019 11:58	DATA ALTA 07/07/2019 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO	

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)) FABIANNE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJÁ CPF: 20171471334 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Jone Simone Lopes de Souza Matrícula: 041467 SAÚDE HUT CONFERE COM O ORIGINAL CRM: DATA ANÁLISE
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente			Erick Rômulo de Moraes		
Diagnóstico pré-operatório			Tumor Cerebral D		
Operação - Tipo			Ressecção Cerebral D		
Cirurgião		1º Assistente			
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
Diagnóstico pré-operatório					

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Expor - e até nível de J1
- 2) fazer a dissecção de Cerebral D
- 3) Ressecção + fazer a sutura Cerebral D
- 4) a fazer a sutura e suturas
- 5) fazer a lavagem final/dermatosses
- 6) fechamento por plano
- 7) curativo

JOÃO SOARES COUTINHO
Médico de Urgência
SAÚDE PÚBLICA
CONFERE COM O ORIGINAL

Yuri Juago Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2503





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/07/19

NOME DO PACIENTE: Erick. Pontes R	PRONTUÁRIO Nº: 515584
DIAGNÓSTICO: Fratura Fechada D	CIRURGIA: Fratura Fechada D
ANESTESIA: Bloqueio	Nº DA SALA: 03
CIRURGIÃO: Dr. Felix	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: Dra. Milena	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Benedita	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		CREPON	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	UNID.	01	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		cateter nasal	UNID.	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—		agulha anestésica local	UNID.	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG		—					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		—					
ALCOFIL		—					
MONONYLON Nº 3.0	UNID.	02					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 0	UNID.	01		CIRCULANTE: Genildo			
PROLENE		—					





0581

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ: 63607790000198	
FABRICANTE :		CNPJ:	
PACIENTE: ERICK RONIELSON RODRIGUES DEMOURA		COD.SIG TAP: 0702030929	
RG.HOSPITAL: 242558		USADO: 06/07/19	
DATA: ALTA:			
PROCEDIMENTO: 0408010150		CRM:	
MEDICO: DR. VURI		CPF:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento: _____

Data: ____/____/____

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento

DECRETO Nº 10.000 DE 1967
Matrícula Nº 1467
SANEAMENTO
CONFERE COM O ORIGINAL





**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

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

242558

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA**

6 - Prontuário: **515584**

7-CNS: **708605582739585**

8-Nascimento: **10/04/2000**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **071.184.763-07**

1-Mãe: **EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA**

12-Fone: **86-99581-7295**

13-Resp: **CONCEICAO NERES**

14-Fone: **86-99581-7295**

15-Ender: **QUADRA E CASA 041 - CONJ. RENASCENCA - CEP: 64000-010**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

16-Munic: **TERESINA**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0408010150

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702030929

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-
cidata:

1

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável:

YURI JIVAGO FELIX

40-Tp. Documento:

CPF

40-No.Doc. Méd. Solic.:

001.663.217-61

41-Ass.Carimbo Méd.Sol.(CRM)

9-Data Solicitação:

06/07/2019

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Soluto Lubnag de Fexa e Infus
e Lente (Growth)*

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

06/08/19

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 11:35:00
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181134594150000009807042
Número do documento: 2006181134594150000009807042





PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL DE SÊNC.

IDÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

TERESINA - HUT

MÉDICO ASSISTENTE

ENF. OU AP

47

LEITO

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

239

CLÍNICA

Ortopédica

IDADE

19

DATA NASC

10/04/2000

PRONTUÁRIO

515584

DO PACIENTE

K RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

A/HORA

DIÁRIO

FRAT. TIBIA + CLAVICULA D

11/07/2019

11/07/19

1 Dieta oral livre

2 Jelco salinizado

3 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h

4 Dipirona 01 amp + AD EV 6/6hs

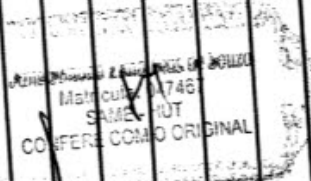
5 Tramadol 100mg 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN

6 Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN

7 Ranitidina 50mg 01 amp + AD EV 8/8hs

8 Curativos diários

9 Cuidados gerais e sinais vitais



Dr. Glordiano Cronembregger / Dr. Yuri Jivago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho

Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia

CRM3766-TEOT-11305 / CRM3766-TEOT-11305 / CRM3766-TEOT-11305 / CRM3766-TEOT-11305



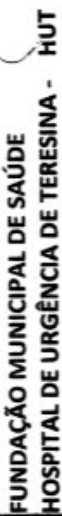
PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RONIELSON RODRIGUES DE MOURA		515584	10/04/2000	19	Ortopédica	239	47	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA							
06/07/19	FRAT. TÍBIA + CLAVÍCULA D							
1	Dieta oral livre							
2	Jeito salinizado							
3	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h							
4	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs							
5	Tramadol 100mg _01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN							
6	Bromoprida 10mg/ml -1amp + AD EV 8/8 hs SN							
7	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs							
8	Curativos diários							
9	Cuidados gerais e sinais vitais							
Dr. Giordano Cronembregger / Dr. Yuri Jhago Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho								
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia								
CRM3415-TEOT0029 / CRM12308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3367								

FOLHA DE ANESTESIA



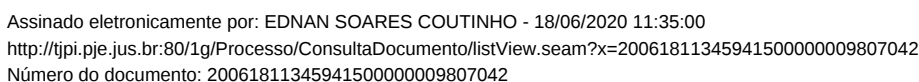
UNIDADE DE SAÚDE								
DATA:	PA	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OBS:	
06/07/19	150x70	70	12					
EXAME DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMAT CRÍTOS	GLICEMIA	DOS. URÉRIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA				
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARAXICOS OUTROS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						FÍSICO		
PRÉ-MEDICAÇÃO				APLICADO ÀS		EFEITOS		
						TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					1. BPR via intercostal ca c/ anest cateter e) npr vacuín 9758 20ml + hidrocarb 20ml 20ml SEQUÊNCIA 1. Cefazolin 3g 2. Dipirona 3g 3. Bex lu 100g 4. Rauvolidin 5mg 5. Midazolam 5mg		
LÍQUIDOS	SO - UTO							500
	SANGUE							400
	OUTROS							300
								200
								100
TEMPERATURA T	C°							260
								240
								220
P ARTERIL V O PULSO	38							200
		180						
		160						
		140						
		120						
		100						
		80						
		60						
		40						
		20						
		10						
		0						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X								
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO								
RESPIRAÇÃO O								
SIMBOLOS						DURAÇÃO		
TÉCNICAS		Bloqueio Péso Braquial ①				INCIDENTES - ACIDENTES		
OPERAÇÕES		BPR ca ci + tat da tucula ②						
CIRURGIÕES		Dr. Yuri						
ANESTESISTAS		Dra. Milena						
PARTICULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS		





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Matrícula: 017481
SABIE-MUT
CONFERE COM O ORIGINAL



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

Nome: Enrick Ronielson Rodrigues de Moura **Idade:** _____ **anos** **DATA:** 08/07/2019
Horário de Admissão: 9h **hs** 00 **min** **TIPO DE ANESTESIA:** () GERAL () RAQUE (X) BLOQUEIO () PERIDURAL (X) SEDACÃO
Procedimento Realizado: Exat. fíbica D **Cirurgião:** _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>123/60</u>	<u>133/98</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>70</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Eleane</u>	<u>Eleane</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			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	☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☒	2	☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☐	1	☐
	Tem apnéia	0	0	☐	0	☐
RECUPERAÇÃO	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	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☒	2	☒
	Desperta, se solicitado	1	1	☐	1	☐
	Não responde	0	0	☐	0	☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☒	2	☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☐	1	☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☐	0	☐

ESCALA DE DOR		TOTAL				10
ESCALA DE DOR		ASS:	<u>me</u>			<u>me</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:
09:00 Permitido na SRPA com PUF de 100% e 100% de oxigênio para manter uma taxa de saturação de 92%. Submetido a um teste de conversão, com sucesso, apresentando um nível de saturação de 92% com oxigênio líquido.

10:55 Retirado da SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA
ALTA SRPA
HORÁRIO
ANESTESIOLOGISTA
CRM - F 139.744



ESCALAS DE GRAU DE DEPENDENCIA E AVALIAÇÕES DE RISCO

NOME: Guek Ronielson PRONTUÁRIO: _____ IDADE: _____
 ENFERMARIA/LEITO: _____
 DATA: 01/07/2019

SINAIS VITAIS					ENTRADAS		SAÍDAS			
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO ORAL	DIURSE	DRENO
12										
18		66			145/90					
24										
06										

ESCALA DE BRADEN:		MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	
PONTOS:	CONTROLE:		
4	ALTO RISCO AR: <12		
4	MEDIO RISCO MR: 12 a 14		
3	BAIXO RISCO BR: > 14		
3			
3			
2			
TOTAL:			

ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):		PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0		00	SEM RISCO SR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0		0	BAIXO RISCO BR: 25-50
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilidade Freada - 30 / Múltipla/Bangalor/Andador - 15 / Nenhum/Acamado - 0		20	ALTO RISCO AR: 51-100
4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM - 20 NÃO - 0		0	
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Firme - 15 / Normal / Sem deambulação: caminado, cadeira de rodas - 0		0	
6. ESTADO MENTAL: Superaestima capacidade / Esquece limitação - 15 / Orientado / Cansa quanto a sua capacidade / Limitação - 0		0	
TOTAL:		20	



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

CONGRATULATIONS

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE:				
DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
Sara Nonato				239	47	
MÉDICO ASSISTENTE		ALERGIAS:				
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO				
Fus. chiquinho						
Fus. + BIA						
Dipirona - 01 g (08) 66c						
Tetracina - 01 g (08) 12/11m						
Jane Simões de Souza Matr. 147467 SAÚDE RUT CONFERE COM O ORIGINAL		Carla Jorge Gerente do Centro Integrado				
CC Analisa						
H. CMT						
MÉDICO / CRM:						

MÉDICO / CRM:

Dr. Carlo Vaz de Oliveira Neto
Médico Cirurgião
CRM-PR-3124



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

242204

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

219544

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	242204

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA	6 - Prontuário: 515584
7-CNS: 708605582739585	8-Nascimento: 10/04/2000
9-Sexo: Masculino	CPF: 071.184.763-07
11-Mãe: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA	12-Fone: 86-99581-7295
13-Resp: CONCEICAO NERES	14-Cor: Sem Informação
15-End: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - 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: Parto e parto de domicil - + FIBLA (D)
21 - Condições que justificam a internação:
2 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise da tíbia
24-CID Prin: S822
25-CID Sec.:
26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050500	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	Tempo SUS 4
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.: CPF	622.384.263-53
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO	34-Data Solicitação: 01/07/2019	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM) Dr. Paulo Henrique L. Pessoa Filho Ortopedia/Traumatologia CRM - 1367

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 31/7/19	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Apoio ao ORCAAFMS CRM - PI 4638 - CPF: 01.561.572-1 CNS 25260000000000000000
48-Documento:	49-Num. Documento:	
() CNS () CPF		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Edvanir Rodrigues Rocha de Moura	Usuário: (VALDENICE MENDES)	
	Consulta Local: 728976	
	Consulta SUS:	
	Impressão: 01/07/2019 11:26:53	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 219544
	AIH: 2219100469575
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA	NASCIMENTO 10/04/2000	SEXO M	PRONTUÁRIO 515584
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE EDIVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA	RESPONSÁVEL ERICK
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 0000
BAIRRO RENACENSA III	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA MTD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA	
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO CPF: 62238426353 CRM:
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 01/07/2019
DATA ADMISSÃO 01/07/2019 10:10	DATA ALTA 06/07/2019 11:58
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)) CELSON PIRES FERREIRA FILHO CPF: 76356353791 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA JENÉ DOS SANTOS LOPES PESSOA FILHO Matrícula: 627457 DATA ANALISE: 01/07/2019 12:11:56 CPF: 62238426353 CRM:
---	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Erick Privalon Rodrique de Sousa</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Furto Buro (D)</i>		
Operação - Tipo <i>RAP - Osteomielite</i>		
Cirurgião <i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</i> Médico Ortopedista CRM-P1 3054 / RQE 2425	1º Assistente <i>Ala J. Almeida</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>02/07/19</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>0 unhas + # Clavícula (D)</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>✓</i>		
Acidente Durante a Operação <i>✓</i>		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<i>- Paciente sob anestesia - Ampicilina e Antibiótica</i>		
<i>- Acesso cutâneo medial Buro (D)</i>		
<i>- clavo brio - Redução do fratura e fixação</i>		
<i>de 4.5 - Remoção - Enxerto</i>		
<i>- Aluno - Clavo brio</i>		
<i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</i> Médico Ortopedista CRM-P1 3054 / RQE 2425		
<i>Dr. Nilton Luiz Dias de Souza</i> Médico Patologista MAT-P1 047467 HUT CONFERE E ASSINA ORIGINAL		

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02, 07 19

NOME DO PACIENTE:	Givik Ravelson Rodryg de Menezes		
DIAGNÓSTICO:	Festup do fêmur D		
CIRURGIA:	Osteotomia		
ANESTESIA:	Bogum		
Nº DA SALA:	02		
CIRURGIÃO:	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto		
CPF Nº:			
AUXILIAR:	CRM-PI 3054 / RQE 2425		
CPF Nº:			
ANESTESIA:			
CPF Nº:			
INSTRUMENTADORA:			
CPF Nº:			

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	2		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	1	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 7,5	PAR	2	
AGULHA 40X12	UNID.	1		LUVA Nº 7,0	PAR	2	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	8	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	50		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	2		SERINGA 20CC	UNID.	1	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	1		SERINGA 10CC	UNID.	1	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	1	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	3	
GASES	PAC.	5		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	-						
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	-						
CAT. GUT. CROMADO C/AG	-						
CAT. GUT. CROMADO S/AG	-						
ALCOFIL	-						
MONONYLON Nº 2	-						
FITA UMBILICAL	-			ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 0	-			CIRCULANTE: Katia			
PROLENE	-						



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 11:35:00

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811345941500000009807042>

Número do documento: 20061811345941500000009807042



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
E PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
E 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: 242204
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA	6 - Prontuário: 515584
CNS: 708605582739585 8-Nascimento: 10/04/2000 9-Sexo: Masculino CPF: 071.184.763-07	
11-Mãe: EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA	12-Fone: 86-99581-7295
13-Resp: CONCEICAO NERES	14-Fone: 86-99581-7295
15-End: QUADRA E CASA 041 - CONJ. RENASCENCA - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

1-Cod.Proced.Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030902	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTREITA (INCLUI PARAFUSOS)
Quant. Soli- cidada: 1	
Fornecedor da OPM: SPINE	

38-Profissional Responsável: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054 / RQE 2425 41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 02/07/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 622.384.263-53	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

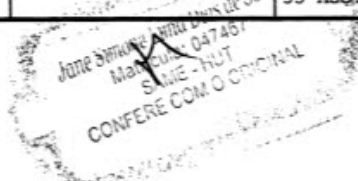
FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DA PERNA DIREITA

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)	

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 31/07/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria (OCAMPA) CRM-PI 3054 / RQE 2425 53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
---	---	--

(CAIO VAZ)





FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Enick Romilson Rodrigues da Moura</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>02/06/19</i>	P. ARTERIAL <i>130x90 mmHg</i>	PULSO <i>70 bpm</i>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Paciente hemodinamicamente estável com guelx</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Relato abgeio e paracetamol</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Nega comorbidades</i>					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 400 300 200 100	<i>500ml 500ml</i>			
TEMPERATURA T		Cº 260 240 2				
P. ARTERIAL V O PULSO		38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	<i>V V V V V</i>			SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						1 Glauclina 2g 2 Dugivacomo 15mg 3 Mafina 80mg 4 Midazolam 5mg 5 6 Dignona 2g 7 8 Dexametasona 10g 9 10 Ondansetrona 4mg 11 12 Bupivacaina 40mg 13 14 15
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS <i>Propofol</i>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <i>Int. cirurg. feto de 1.º</i>						
CIRURGIÕES <i>Dr. Carlos</i>						
ANESTESISTAS <i>João Filho CRM-5826</i>						
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 11:35:00

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181134594150000009807042

Número do documento: 2006181134594150000009807042



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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976
Requisição: 971455 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1251559 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 01/07/2019

PERNA DIREITA

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

- Fraturas transversas completas recentes desalinhas na diáfise proximal da tíbia e fíbula.
- Aumento do volume das partes moles.

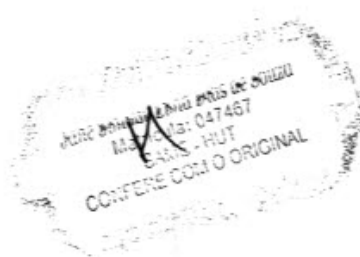
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976
Requisição: 971455 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1251558 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 01/07/2019

CLAVICULA DIRETA

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

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976
Requisição: 971455 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1251557 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 01/07/2019

TORAX PA

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

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976
Requisição: 971470 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1251610 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 01/07/2019

PE OU PODODACTILO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles.

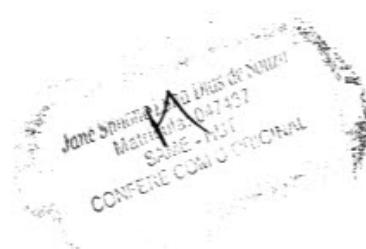
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976
Requisição: 971470 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1251609 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 01/07/2019

PERNA DIREITA

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

- Fraturas transversas completas recentes desalinhadas na diáfise proximal da tibia e fibula.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENÇA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 242204
Requisição: 971789 Solicitação: 02/07/2019 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO
Controle: 1252243 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 239 LEITO 47

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 02/07/2019

CLAVICULA DIRETA

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

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavicula.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

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: **ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA** (Prontuário: 515584)
Endereço: QUADRA E CASA 04 - CONJ. RENASCENCA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/04/2000 Idade: 19a3m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 242204
Requisição: 971789 Solicitação: 02/07/2019 Solicitante: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO
Controle: 1252242 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 239 LEITO 47

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 02/07/2019

PERNA DIREITA

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

- Fraturas recentes alinhadas na diáfise dos ossos da perna com presença de placa e parafusos metálicos.
- Aumento do volume das partes moles.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

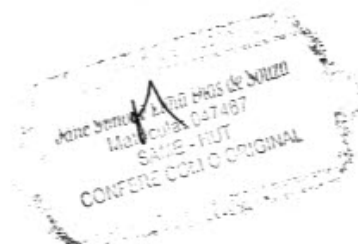
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




Erick Ronielson Rodrigues de Moura.
1302535

ASSINATURA DO TITULAR,

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.874.361 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/06/18

NOME ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

FILIAÇÃO EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA
RONILSON SOUZA DE MOURA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 10/04/2000

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 1986 L A05 F 186

CPF EXP TERESINA-PI 26/05/00
071.184.763-07

1302535

Assinatura do titular: Francisco das Chagas Pinheiro Martins

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340807/19

Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOUI

CPF: 071.184.763-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/07/2019

Titular do CPF: ERICK RONIELSON
RODRIGUES DE MOURA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA : 071.184.763-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190562542 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO OMBRO DIREITO. P7
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA DIREITA. P20
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

