

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 COAF²**.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rêze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Erick Ronelson Rodrigues inscrito
(a) no CPF sob o Nº 071.184.763/07, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Erick Ronelson Rodrigues 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>
Email				Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
					<u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 27 de Setembro de 2019
Local e Data

Nelle Rêze Soares Marques
Assinatura do Declarante

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 Junior,
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 Bom 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: 9C2K01620A R059608
Data do Acidente: 01/07/19

Local e Data: Teresina Piauí 29/07/2019

Leonardo Rodrigues Magalhães Junior
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 BÁRBARA ALENCAR DE SA E FRETAS SILVEIRA - TABELA INTERNA

CNPJ: 32.262.747/0001-75 FONE: 79981

AVENIDA JOAQUIM NELSON, 200 - GRÁFICA, TERESINA - PIAUÍ, TERESINA - PIAUÍ, TEL: 86.388.97.8428

FEITO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LEONARDO RODRIGUES MAGALHÃES
DO DOCUMENTO DECLARAÇÃO EM TEST. DA VERDADE DOU P
NA 29/07/2019 10:56:07

AH13642 - KVCM CONSULTE EM www.toljus.org.br/pt/6xtra

DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE

3,98 7,17 R\$ 0,77 MP R\$ 0,10 Teto R\$ 0,26 Total R\$ 4,98





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 0047	02 Data do chamado 01/07/2019	03 PRO (código) 29103	04 Saida do PA 430	05 Chegada ao local 430
	06 Saida do local 1010	07 Chegada ao 1º hospital 1011	08 Saida do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Frei Serafim 16 Muro guapo	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Oskito Curv				
Dados do Paciente	14 Nome Eric Kanielson Rodrigues de Moura	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 40.44.2000 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	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				
Acidente de Transporte	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança A - Capacete B - Airbag C - Cinto de segurança D - Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		
	24 Sinais Vitais Pulso 90 Resp. 16 PA 150/90 TAX SatO2 98%		25 Local da lesão 		
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica		32 Hospital de Destino HUT		
	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não		
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar Paciente vítima de acidente motorista com anterior quando expulso, avulsões; com fratura exposta fechada da perna D e clavícula direita. Tórax, abdome e membros inferiores.				
Responsável pela recepção Dr. Felipe José M. Raulino		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Conductor	

DADOS DO CHAMADO		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE				FMS Fundação de Medicina de São Paulo Teresita	
Nº do chamado	0047	Data do chamado	04/07/2023	PRO (código)	9.30	Saída do Local	9.30
Endereço	Rua Mato Grosso	Ponto de Referência	Proximo ao CEV	Saída do Local	10h	Chegada ao Hospital	
Nome	Eric Romelton Rodrigues de Moura	Sexo	M () F ()	DN:	10/04/2004	Idade:	19 anos
Tipo de ocorrência	01- Acidente de Transporte 02- Espancamento 03- Ferimento por Arma de Fogo 04- Ferimento por Arma Branca 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- Já removido 17- Falso Chamado 18- Outros			
A - VIAS AÉREAS		B - RESPIRAÇÃO		C - CIRCULAÇÃO		D - NEUROLÓGICO	
CONTROLE DA COLUNA		GLADGOW 15		RASS		PUPILAS () Fixas () Reagentes	
E - EXPOSIÇÃO		Fraturas () Exposta () Fechada		Pele íntegra () Sim () Não		Local da Lesão	
ESCALA DE DOR DE 0 A 10		() Sem dor () Dor		Escoriações MSD		() Cortante () Perfurante () Transfixante () Penetrante () Escoriações () Amputação	
S - SINAIS VITAIS		PA 150x90 FC 87 FR		SpO2 99 TAX		GLU 140	
A - ALERGIAS		() NÃO () SIM		Paracetamol		ESCALA TRIPS	
M - MEDICAÇÕES		Não		TRIPS Inicial		TRIPS Final	
P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ				ENTRADAS		SAÍDA	
L - LÍQUIDO E ALIMENTOS		() Zero () VO () Gastrostomia () SNE () SNG () Parenteral		Ringer SF 0,9% SG 5% Sedação DVA		Sangue Diurese esp. SVD Vômito Evacuação	
A - AMBIENTE		() Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas () Padrão Respiratório Ineficaz () Risco de Aspiração () Risco de Choque () Integridade da Pele Prejudicada () Envenenamento/Intoxicação () Dor Aguda () Confusão Aguda () Glicemia Instável () Mobilidade Física Prejudicada () Risco de Trauma/Quedas () Risco de Infecção () Transtorno psicológico		CONFERE COM O ORIGINAL		INTERVENÇÕES	
		Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU		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

1º trauma de coluna móvel + cervic com fratura fecho de tibia e fíbula. consciente, orientado, em tempo, provável lesão de clavícula D.

Hospital de destino: HUT.

Recebido POR:

ENFERMEIRO(A) Carine

Nº COREN:

167457



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 BOCHA 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)			
Condiciona: ATENDIMENTO DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve história des. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 65,00 Kg	Altura: 1,60 M	IMC: 25,38 Kg/m ²	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente vítima de acidente automobilístico (colisão moto-carro) há aproximadamente 1 hora. 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. Abdome indolor à palpação, sem sinais de peritonite. Sem alteração de sensibilidade e motricidade. ECG 15. Sem escoriações pelo corpo.

Exames Complementares:	CID:
(1251507) - TORAX	
(1251513) - CLAVÍCULA DIREITA	
(1251514) - PERNA DIREITA	

Prescrição Médica:	DATA REALIZADO	582.2
	DATA 01/07/2019	
	TÉCNICO:	

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: / /	HORA: : :
Assinatura Paciente ou Responsável		

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO SALMITO SOARES
6339 PI Em: 01/07/2019 10:19:48



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

221383

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-Ende: **QUADRA E CASA 041 - CONJ. RENASCENCA - CEP: 64000-010**6-Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010****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:

Fratura da clavícula

24-CID Prim:

S420

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408010150

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULATempo SU
2

29-Clinica:

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

02

01

CPF

001.663.217-61

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

YURI JIVAGO FELIX

06/07/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No.Bilhete:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

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 URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

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

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

RENACENSA III

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 CLAVICULA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO

CPF: 62238426353

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

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))

FABIONE CAMILO DA SILVEIRA PIRAJÁ

CPF: 20171471334

CRM:

DATA ANALISE: 18/07/2019 11:35:20

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

Jorge Simone Lages de Souza

Matrícula: 041467

SAÚDE HUT

CONFERE COM O ORIGINAL

CRM

DATA ANALISE

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 <i>Erick Rômulo de Souza</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Tratamento Cirúrgico</i>		
Operação - Tipo <i>Tratamento Cirúrgico</i>		
Cirurgião <i>Yuri Juago Félix</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador	Anestesiologista	Anestesia
Anestésico(a)		
Local da Operação	Início	Fim
Diagnóstico pré-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Exame - e até mesmo no JTD
- 2) Exame à Noite de Cirurgia
- 3) Redução + fixação interna Cirurgia
- 4) - a pele e perfuro
- 5) Exame a todo momento/observação
- 6) fechamento por pontos
- 7) curativo

Yuri Juago Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2503

Yuri Juago Félix
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2503



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

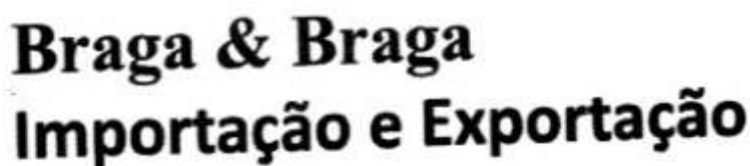
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/07/19

NOME DO PACIENTE: Erick Romilson R	PRONTUÁRIO Nº: 515584
DIAGNÓSTICO: Fratura Clavícula D	CIRURGIA: fratura clavícula
ANESTESIA: Bloqueio	Nº DA SALA: 03
CIRURGIÃO: Dr. Yuri Augusto Felício	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.	—		CREPOM	UNID.	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA	UNID.	QUANT.	PREÇO
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		—		cateter nasal	UNID.	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		—		agulha anestesia loco	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: Genilda			
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.HOSITAL: 242558		USADO: 06/07/19					
DATA: ALTA:							
PROCEDIMENTO: 0408010130		CRM:					
MEDICO: DR. VURI		CPF:					
Produtos Utilizados/Implantados:							
NOME	MODELO	TIPO	<table border="1"> <tr> <td>Serie Lote</td> <td></td> <td>QTD</td> <td></td> </tr> </table>	Serie Lote		QTD	
Serie Lote		QTD					

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento:

Data:----/----/----

WERE ABOUT 100 YARDS OR SO
MAYBE 104 167
SAME HUT
CONFERS COMO ORIGINAL

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento



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 04; - 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-
cidada:

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

9-Data Solicitação:

06/07/2019

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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)

CONFERE COM O ORIGINAL



UN
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

DO PACIENTE

K RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

A/HORA
DÍGITO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FRAT. TIBIA + CLAVICULA D

/07/19

1 Dieta oral livre

2 Jelco salinizado

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

4 Dlpirona _ 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

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
SAMES HUT
Módulo 1746

Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho

Dr. Yuri Ijuaga Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho

Dr. Giordano Crocembregger / Dr. Yuri Ijuaga Félix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho

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

CRM/PI 2308

CRM/3766-TEOT/1305

CRM/3567

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
RICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA		515584	10/04/2000	19	Ortopédica	239	47	
PRESCRIÇÃO MÉDICA								
DATA/HORA	OBSERVAÇÕES							
06/07/2019	1: 01/07/2019 FRAT. TIBIA + CLAVICULA D 06/07/19 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							
RADIO REALIZADO DATA 06/07/19 HORA TECNICO: <i>[assinatura]</i> 16:40' Retomada do cc em PO ele ho- unido unguia ele pos. clareu <i>[assinatura]</i> GRUPO CARIÓTIPO GRUPO CARIÓTIPO GRUPO CARIÓTIPO								

CONFERE COM O ORIGINAL

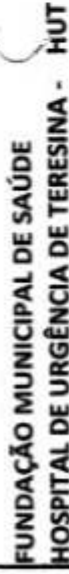
CONFERE COM O ORIGINAL

CONFERE COM O ORIGINAL

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

DATA: 06/07/19	PA: 150x70	PULSO: 70	RESPIRAÇÃO: 12	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OBS:
EXAME DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉRIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						FÍSICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO				APLICADO AS		EFEITOS	
						TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					1. BPR via intubação com c/ amon. 20ml + hidocort 20ml 2. Cefazolin 3g 3. Dipirone 3g 4. Bexlu 100mg 5. Rivotril 5mg 6. Midazolam 2mg	
QUANTIDADE							
LIQUIDOS	SO - UTO						
	SANGUE						
	OUTROS						
TEMPERATURA T	C°						
P ARTERIL V O PULSO							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS				INCIDENTES - ACIDENTES			
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS			



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Erick Bourdieu			Ortopédica	239	147	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
02/07/19	POI # 7400 (D)		OBSERVAÇÕES			
			DATA 02.07.19 TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
	1 Dieta oral livre após efeito anestésico		18-PA=150x90mmkg 1-2			
	2 SG 5% 500ml + SF 0,9% 500 ml EV EM 24H		246g			
	3 Cefalotina 1g EV 6/6H		23:15 Vinicado PA=14			
	4 Dipirona 01 amp + AD EV 6/6h		77 mmHg			
	5 Tenoxicam 20mg 01 amp + AD EV 12/12h		Técnico Enfermagem COREN-PA 00000016			
	6 Tramadol 50mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS					
	7 Plasil 10 mg 1 amp EV 8/8h SOS					
	8 CCGG					
	9					
	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PA 30547 REG 2425					
	Realizar monitorização					
	Clamula a mulheres B. C. C. C.					

Nome: ERICK RANIELSON RODRIGUES DE MOURA IDADE: _____ anos DATA: 08/07/2019
 HORA DE ADMISSÃO: 08h 00 min TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQU (x) BLOQUEIO () PERIDURAL (x) SEDAÇÃO
 CIRURGIÃO: Dr. Fábio D

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>eliane</u>	<u>eliane</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	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 ☐
RESPIRAÇÃO	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 ☐
CIRCULAÇÃO	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 ☐
CONSCIÊNCIA	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 ☐
SATURAÇÃO O ₂	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					10
ASS: <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:
08:00 Permitido na SRPA em PUF de 100% de
recuperação para retornar ao trabalho. Submetido a
exame físico, com boa evolução, apresentando-se bem
satisfeito. Foi com evolução limpa.

10:55 Reto da SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

Thiago Mendes

CRM - RJ 200517 - ENE

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 11 () 12 () 13 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 14 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () NEU () CIR () MÉD

ESCALAS DE GRAU DE DEPENDÊNCIA E AVALIAÇÕES DE RISCO

NOME: Guek Ronielson

PRONTUÁRIO: _____

IDADE: _____

ENFERMARIA/LEITO: 239/47

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () ALTA DEPENDÊNCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 01/07/2019

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

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:	CONTROLE:
PERCEÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1-Totalmente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma		4	ALTO RISCO BR: <12
ATIVIDADE (Limitação): 1-Totalmente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma		4	MEDIO RISCO BR: 12 a 14
MOBILIDADE (Limitação): 1-Totalmente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma		3	BAIXO RISCO BR: > 14
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO: 1-Problema / 2-Problema Potencial / 3-Nenhum Problema		3	
TOTAL:		14	

ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):		PONTOS:	CONTROLE:
HISTÓRICO DE QUEDAS: SM - 25 / NÃO - 0		0	SEM RISCO BR: 0-24
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SM - 15 / NÃO - 0		0	BAIXO RISCO BR: 25-26
AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilidade / Paredes - 30 / Muletas / Banqueta / Andador - 15 / Nenhum / Acamado / Ausente Profissional Saúde - 0		20	ALTO RISCO BR: 27-30
TERAPIA ENDOVENOSA: SM - 20 / NÃO - 0		0	
MARCHELA: Comprometida / cambaleante - 30 / Firme - 15 / Normal / Sem deambulação / acamado, cadeira de rodas - 0		0	
ESTADO MENTAL: Superstina capacidade / Esqueça limitação - 15 / Consciente / Capaz quanto a sua capacidade / Limitação - 0		20	
TOTAL:		40	

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: ☒ Consciente ☐ Orientado () Torporoso () Glasgow: AO / RV / RM =	
2. Locomoção: ☒ Deambula () Acamado ☒ Restrito ao leito por orientação () Paratética () Plegia () Hemiparesia	
3. Respiração: ☒ Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () () Sem O ₂ () Com O ₂ :	
4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () 2T ☒ Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:	
5. Dieta: ☒ SVO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()	
6. Abdômen: ☒ Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:	
7. Pele e mucosas: ☒ Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integro () Edema/Anasarca ☒ Hidratado () Lesões Bolhosas	
() Escoriações () JLPs	
8. Hidratação: ☒ JAVP ☒ JAVC () Outros:	
9. Drenos: () Suctor () Torácico () JDVE () Kher	
() Penrose () Outros:	
10. Diurese: ☒ Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros:	
11. Evacuações: () Presentes () Constipado dias () Diarréia dias () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:	
12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais? <u>Penicilina</u> 12.2: Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais? <u>Quiloma</u> 12.3: Comorbidades: <u>Diabetes</u> () DM () HAS () Outros, Quais? 12.4: Medicamentos de uso contínuo:	
<u>Paciente admitido no leito 239/47 com diagnóstico de doença de Alzheimer, com alteração da consciência e deambulação.</u>	
<u>20:00 - Paciente no 1º bloco de observação, com alteração da consciência e deambulação.</u>	
<u>20:00 - Paciente no 1º bloco de observação, com alteração da consciência e deambulação.</u>	
<u>20:00 - Paciente no 1º bloco de observação, com alteração da consciência e deambulação.</u>	



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CORREGIDOR

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE

SARCA NOVIKSON

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

ENF. OU APT

LEITO

DATA DE NASCIMENTO

MÉDICO ASSISTENTE

ALERGIAS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Fus. ch. 1000 mg
Fus. 7.500 mg
Dipirona - 500 mg
Tetrac. - 500 mg

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

6:30 - Sucesso ao C.C. 11

Controle
Gerente do C.C. 11

João Simão
Médico
SAÚDE
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. João Simão
Médico
Ortopedia

CC Analisa

Dr. CMV

Dr. João Simão
Médico
Ortopedia

MÉDICO / CRM:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

242204

219544

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO 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
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-Ender: 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: Lesão ap. prox. de distal - t. tibia (D)
21 - Condições que justificam a internação:
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise da tibia
24-CID Prim: 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
	CPF: 622.384.263-53	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO	34-Data Solicitação: 01/07/2019	Dr. Paulo Henrique L. Pessoa Filho Ortopedia/Traumatologia CRM - 1367
		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-CNRE 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: 31/07/19	48-Documento: () CNS () CPF
49-Num. Documento:		50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

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 URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA	10/04/2000	M	515584
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
			EDIVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA	ERICK
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				9000
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
RENACENSA III		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA MID

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S822 - FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO
CPF: 62238426333

CRM:

CARÁTER
URGÊNCIADATA SOLICITAÇÃO
01/07/2019DATA ADMISSÃO
01/07/2019 10:10DATA ALTA
06/07/2019 11:58MOTIVO 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: 7635633791

CRM:

DATA ANALISE: 01/07/2019 12:11:56

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

JOSÉ EDUARDO LOPES PESSOA DE MOURA
MATRÍCULA: 017457
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Erick Perivalton Rodolpho de Sousa</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Folho Branco (D)</i>		
Operação - Tipo <i>RAT - Osteomielite</i>		
Cirurgião <i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</i> Médico Ortopedista CRM-PI 3054 / RQE 2425	1º Assistente <i>Ally Paume</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 unho + # Clavícula (D)</i>		

Relatório Imediato do Patologista

✓

Acidente Durante a Operação

✓

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

- Paciente sob anestesia - Cefepime e antibiótica
- Anestesia controlada com folho (D)
- Flutuação - Redução do fratura e fixação
de 4.5 - Placa - Enxerto
- Placa - Enxerto

Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRM-PI 3054 / RQE 2425

Dr. Simone Lima Dias de Sousa
Médico RQE 047467
HUT
CONFERE O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 02, 07 19

NOME DO PACIENTE:	Gilda Ravelly Rorup de Oliveira		
DIAGNÓSTICO:	fechura do fêmur D	CIRURGIA:	Ortopedia
ANESTESIA:	bloqueio	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista	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	-						

NOTA: Este formulário deverá ser emitido em 3 vias: 1ª via - Prontuário, 2ª via - Fornecedor; 3ª via - Processo de pagamento.



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

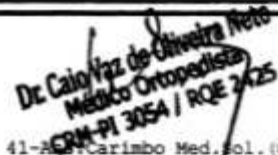
1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 242204
3- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

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-Ender: 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- cidata: 1
Fornecedor da OPM: SPINE	

18- Profissional Responsável: PAULO HENRIQUE LOPES PESSOA FILHO	40-Tp. Documento: CPF	
3- Data Solicitação: 02/07/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 622.384.263-53	
	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

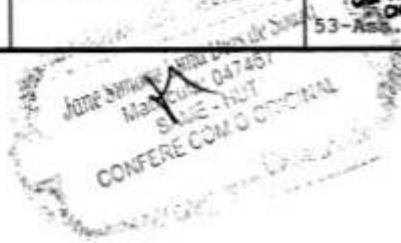
FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DA PERNA DIREITA
--

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 (CAAFUS) CRM-PI 1531/CPF 15.303.584-9
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(CAIO VAZ)



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Enicki 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 queixas</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Pulso alongado e paroxismal</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Negs 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				TOTAL DE DOSES
		1				
		2				
		3				
LÍQUIDOS		SO-UTO 500	<i>500ml</i>			
		400	<i>500ml</i>			
		SANGUE 300				
		200				
		OUTROS 100				
TEMPERATURA T		38				
P. ARTERIAL V O PULSO		200				
		180				
		160				
		140				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120				
		100				
		80				
		60				
		40				
		20				
		10				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						SEQUÊNCIA
						1 Glauina 2g
						2 Diprivan 15mg
						3 Midazolam 5mg
						4 Morfina 80mg
						5 Midazolam 5mg
						6 Diprivan 2g
						7 Diprivan 2g
						8 Diprivan 2g
						9 Diprivan 2g
						10 Diprivan 2g
						11 Diprivan 2g
						12 Diprivan 2g
						13 Diprivan 2g
						14 Diprivan 2g
						15 Diprivan 2g
DURAÇÃO						
TÉCNICAS <i>Apneustica</i>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <i>Tot. anestes. paciente livre</i>						
CIRURGIÕES <i>Dr. Costa</i>						
ANESTESISTAS <i>João Filipe CRM-5826</i>						
PARITICULARIDADES						


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: 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 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: 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

CLAVÍCULA DIREITA

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. RENASCENÇA - 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. RENASCENÇA - 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

Pag: 1 de 1

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: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 728976
Requisição: 971470 Solicitação: 01/07/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1251609 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 01/07/2019

Cod. SIA: 0204060168

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.

TERESINA - PI 20/07/2019

(JOAO ANTONIO)

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 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. 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: 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

VALIDA 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

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Assessor de Identificação

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

120

0476263

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

0476263

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORDEM CERT. NASC. 529 L 81/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 01/07/2019

Titular do CPF: ERICK RONIELSON
RODRIGUES DE MOURA

CPF de: Próprio

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

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 AE		Nº: 002
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: colorado	
CIDADE: Teresina	ESTADO: PI	CEP: 64083130 TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelly Foz de Sousa Marques		
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 13/09/14
CPF: 840.173.17391	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Recepcionista
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

6º OFÍCIO

(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 INTERNA
CNPJ: 20.262.740/01-14 - CNPJ: 70891

AVENIDA JOAO DOMINGUES N.º 117 - TERESINA - PIAUÍ - TEL: (86) 3364-5428

TESTE POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ERICK RONIELSON RODRIGUES D
A NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR EM TESTE DA VERDADE

DE TERESINA - 29/07/2019 10:40:16
AAH13647 - IG4E CONSULTE EM www.tpi-piaui.org.br/portal/eletrone

JOAO DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE
R\$ 3,25 T. R\$ 5,17 NR. R\$ 0,10 S. R\$ 0,26 T. 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

Titular do CPF: ERICK RONIELSON
RODRIGUES DE MOURA

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior

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

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: 071.184.763-07 4 - Nome completo da vítima: Erick 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: Erick Ronielson Rodrigues de Moura 6 - CPF: 071.184.763-07
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Bom Sucesso Q-E 600-004 9 - Número: 004 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Colorado 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64083-130
15 - E-mail: eduardoseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6545

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)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 460105

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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) ☐ Divorçado ☐ 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, Teresina - PE 27/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA
POUPANÇA

6277 8017 6954 1255

6277

VALIDO ATÉ

10/24

ERICK RONIELSON R MOURA

3389 013 00046010-5

8100



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

Município
TERESINA

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

Bairro
CENTRO

Ponto de Referência
COLEGIO CEV

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: ERICK RONIELSON RODRIGUES DE MOURA

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

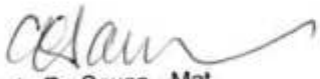
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

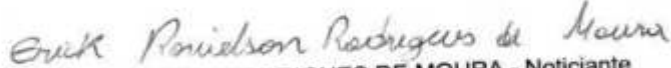
Natureza(s) da Ocorrência

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 Katko Leal Paraflo
Delegado Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.333-7

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 071.184.763-07 3 - CPF da vítima: 071.184.763-07 4 - Nome completo da vítima: Erick 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: Erick Ronielson Rodrigues de Moura 6 - CPF: 071.184.763-07
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Bom Sucesso Q-E Lote 004 9 - Número: 004 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Colorado 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 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)

AGÊNCIA: 3389 CONTA: 460105

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 (val 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 a aqueles 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, Teresina - PE 27/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 N° do chamado 0047	02 Data do chamado 01/07/2019	03 PRO (código) 29103	04 Saída do PA 430	05 Chegada ao local 432
	06 Saída do local 1010	07 Chegada ao 1° hospital 1011	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Frei Serafim 1A Muro verde	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Oleiro Curv				
Dados do Paciente	14 Nome Eric Hamilton Rodrigues de Moura	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 40-44-1000	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				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança ☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 90 Resp. 16 PA 150/90 TAX. 90% SatO2 98%	25 Local da lesão 		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Glicemia 140 mg/dL ☐ Acesso Venoso SFO, V. - 500 e 8V ☒ Medicamentos a) Fentanyl 1mg/kg - 2mg ☐ b) CONFERE COM O ORIGINAL ☐ c) Não Removido ☐				
	32 Hospital de Destino HU1				
Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐	35 Gerente Administrativo SAMU Marília Velloso Cantanhede		
Observações Interdisciplinar	36 Observações Interdisciplinar Paciente vítima de acidente motorista com um carro pequeno expulso, acionou o SAMU com fratura suspeita fechada da perna D e clavícula direita. Tórax, abdome e membros inferiores.				
37 Responsável pela recepção Dr. Felipe José R. Raulino Neto		38 Socorristas Médico Anna Kelly AE/TE		39 Enfermeiro Conductor	

DADOS DO CHAMADO	Nº do chamado	Data do chamado	PRO (código)	Saída do PA	Chegada ao Local	Saída do Local	Chegada ao Hospital
	Endereço			Ponto de Referência			
	Nome					Sexo	DN:
	Tipo de ocorrência					Idade:	
AVALIAÇÃO PRIMÁRIA	A - VIAS AÉREAS		B - RESPIRAÇÃO		C - CIRCULAÇÃO		D - NEUROLÓGICO
	CONTROLE DA COLUNA		GLAGOW		RASS		PUPILAS
	E - EXPOSIÇÃO		ESCALA DE DOR DE 0 A 10		Local da Lesão		
	S - SINAIS VITAIS		A - ALERGIAS		M - MEDICAÇÕES		ESCALA TRIPS
	P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ		L - LÍQUIDO E ALIMENTOS		ENTRADAS		SAÍDA
	A - AMBIENTE		INTERVENÇÕES				
	DIAGNÓSTICOS						

Última de colégio moto + cavalo com fratura fechada de tibia e fíbula. Consciente, orientado, bom, normotensas, PA ↑ em tempo, provável lesão de clavícula D.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Fentanil 2 + PAD = 2m

Hospital de destino: HUT

Recebido POR:

ENFERMEIRO(A) Carine
Nº COREN: 187457

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

NOME/ENDEREÇO
MORADOR EDVANIR RODRIGUES ROCHA DE MOURA
CONDOMÍNIO SUCESSO, Q. 1 - E-CASA 004 - COLORADO - TERESINA - PI - CEP: 64083130

LOCALIZAÇÃO
Bairro: 11-008435 **GRUPO** 013 **NÚMERO DO HIDRÔMETRO** Y14N139118

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS / ANO TIPO LÍQUIDO FUTURO

MÊS / ANO	TIPO	LÍQUIDO	FUTURO
03/2018		172	

ECONOMIAS - CATEGORIA / TIPO TÁBUA
1 - Residencial - Normal

ANTERIOR 21/03/2018 **LEITURA** 172
ATUAL 20/04/2018 **CONSUMO MÊS/M3** 10 **PERÍODO** 12/24/2018
CONFIRMAR

TABELA DE TARIFAS **DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA**

DESCRIÇÃO	VALOR REFERENTE ÁGUA	REF.	VALOR
> Residencial - Normal	26,51	10,0 m3	26,51

RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (M3/M3) (%)

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO (M3/M3) (%)

VENCIMENTO 04/05/2018 **TOTAL A PAGAR** 26,51

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOTAÇÃO
ARQUIVOS ACUSA(M) 2 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2.659	2.279	380	8,78	inferior a 5,00 mg/l
COR APARENTE	3.707	3.773	77	6,47	inferior a 15,00
PH	3.367	3.366	396	3,00	inferior a 12,00
TURBIDez					

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: 20/04/2018 **HORA DA EMISSÃO:** 10:28

MATRICULA 23345381-4 **MÊS/ANO** 03/2018

VENCIMENTO 04/05/2018 **VALOR** 26,51

5.760.000.000-0-26541535000-0 48201035130-2-35408100004-4



***** AVISO DE DÉBITO *****
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.

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-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 2003.

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	Apresentação: 24/09/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	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 OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode obter detalhes sobre o vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO	4301.D09F.B1CB.2C70.B985.A944.4458.D4F6
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 70,54	Base de Cálculo: 358,68 261,83
Energia: 136,30	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 23,05	Valor do ICMS: 96,84
Encargos: 11,28	Valor do PIS: 3,68
Tributos: 117,51	Valor do COFINS: 16,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Linha	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACAUBA						Período de aplicação:	EUSD: 78,61

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

