

Controle de docum x Audiências x Upload x Consulta processo: x 0800571-30.2020.8 x Merge PDF files on x (1) WhatsApp x + -

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=418727&ica=5db8e4df4409f1272af6e35e... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0800571-30.2020.8.18.0140 DENILSON DA SILVA ALVES X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

10601368 - CONTESTAÇÃO (2731333 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/07/2020 10:17:24

03 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10601365 - CONTESTAÇÃO
  - 10601368 - CONTESTAÇÃO (2731333 CONTESTACAO 01)
  - 10601370 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 10601374 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 10601377 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
  - 10601378 - PROCURAÇÕES

Microsoft Word - 2731333\_CONTESTACAO 1 / 10

2731333- C3/ 2020-02422/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

Ativar o Windows

PR0T + PROC ADM.pdf PROT + CONT.pdf PA.pdf C.pdf prot + pç.pdf Exibir todos

10:18 03/07/2020



Número: **0800571-30.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **11/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DENILSON DA SILVA ALVES (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10601370	03/07/2020 10:17	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

### 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/DOCDORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ANUÍTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, ILM 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 Alexandre De Jesus Samão Sousa Júnior  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.930.763 / 42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Dehilson Da Silva Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.339.643 / 65  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Dehilson Da Silva Alves  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.339.643 / 65 conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão Recusou Renda Recusou e apresento os documentos comprobatórios  
☒ Recusa 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: Rua Francisco Félix Filho  
Bairro: Cristo Rei Cidade: Teresina  
E-mail:

Número: 1801 Complemento:  
Estado: PI CEP: 64014-320  
Tel (DDD): (86) 99970-3592

Local e Data: Teresina-PI, 28 de agosto de 2019

Alexandre De Jesus Samão Sousa Júnior  
Assinatura do Declarante



DECLAR.001 V001/2017



TIM S.A.  
Rua Usina, s/n - Nogueira, 1914  
CENTRO - TERESINA - PI  
CNPJ: 02.421.421/0001-06 - I.E.: 194445895  
CNPJ da Matr.: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

**R\$ 39,99**

**VENCIMENTO**

**20/07/2019**

**EMIÇÃO: 02/07/2019**

**POSTAGEM: 09/07/2019**

**FATURA: 3881657166**

ALEXANDRE DE JESUS SANSO SOUSA JUNIOR  
FRANCISCO FELIX FILHO, 1801  
CRISTO REI  
64034-320 - TERESINA - PI

CLIENTE: 145374706

CPF/CNPJ: 03793076342

ACESSO: 86 99970-3592

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000145374706014

### IMPORTANTE PARA ALEXANDRE

Participe do Conselho de Usuários da TIM. Mais informações: [www.tim.com.br/conselhodeusuarios](http://www.tim.com.br/conselhodeusuarios).

### RESUMO DA SUA CONTA DE 01/JUN A 30/JUN

Serviços TIM S.A.

VALOR



TIM Controle A Plus

R\$ 39,99

### VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

#### MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

TIM Controle A Plus: 86999703592 (088/PÓS/SMP)

TIM Backup 5GB

TIM Banca Jorais

Desconto TIM Backup 5GB

Desconto TIM Banca Jorais

Desconto Franquia

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	-	-	49,99
-	-	1	-	-	Incluído
-	-	1	-	-	Incluído
-	-	2/12	-	-	-0,78
-	-	2/12	-	-	-2,50
-	-	2/12	-	-	-6,72
Total de Mensalidades					39,99

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

INFO: TIM S.A.

NOVA  
RENOVAÇÃO - Serviços Telecom  
RENOVAÇÃO - Serviços Não Telecom

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUST (TV) e FUMTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

VALOR  
R\$ 28,27  
R\$ 0,06  
R\$ 0,28

VALOR  
R\$ 0,18  
R\$ 0,06  
R\$ 0,28

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

Franquia(s) R\$ 3,58

SVA R\$ 18,46

Descontos Franquia R\$ -6,72

Descontos SVA R\$ -3,28



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar e bancar em débito automático e ainda ganha um bônus de Internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br) ou ligue para a Central de Atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ALEXANDRE DE JESUS SANSO SOUSA JUNIOR

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

00000000145374706014

MÊS DE REFERÊNCIA

JUL/2019

DATA DE EMISSÃO

02/07/2019

DATA DE VENCIMENTO

20/07/2019

VALOR

R\$ 39,99

VIA BANCO

846400000000-2 39990109011-4 00388165716-3 80093655491-6

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310172285600000010059359>

Número do documento: 20070310172285600000010059359

Num. 10601370 - Pág. 2





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 4024	02 Data do chamado 28/05/19	03 PRO (código) 9904	04 Saída do PA 22/20	05 Chegada ao local 22/36
	06 Saída do local 22/53	07 Chegada ao 1º hospital 23/12	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. 02 47 Frente, 01				
	11 Bairro Mociminho		12 Município-UF Tê-Pi		Código IBGE
	13 Ponto de referência Frente Igreja Santa Joana Desc. S. A				
Dados do Paciente	14 Nome Denilson da Silva Alva		15 Sexo Masculino		
	16 Idade 27 28/11/19		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 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta		21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta		22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 88 Resp. 18 PA 120/90 TAX. 16 SatO2 98%
Exame Físico	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente		25 Local da lesão
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 Intensa 5 Intensa 6 Intensa 7 Intensa 8 Intensa 9 Intensa 10 Intensa		
Assistência	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>		32 Hospital de Destino HUT
	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>		
Observações Interdisciplinar	35 Observações Vítima de colisão entre carro e moto apresentando trauma com lesão em mandíbula, escoriações em joelho e lesão extensa em pé. Consciente, orientado, expulso, normotensor, ferido, imobilizado em prancha longa e mega DM, HAS e alergias medicamentosas. Acompanhado por uma amiga. Lesão na do mesmo lado para da amiga do mesmo que o acompanhante.				
	Responsável pela recepção Socorristas Médico AEITE Almas 663984 Enfermeiro Conductor Edivaldo Pereira				

Versão: 27.11.2011





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 055.399.643-65 4 - Nome completo da vítima: Denilson Da Silva Alves

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

5 - Nome completo: Denilson Da Silva Alves 6 - CPF: 055.399.643-65  
7 - Profissão: Ricuseu 8 - Endereço: Rua Cabo Aradon 9 - Número: 398 10 - Complemento:  
11 - Bairro: São Joaquim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - GER: 64005-340  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 99970-3592

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: 1989 CONTA: 95055 9 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/compensação 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 acidente.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento do processo 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 do 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Nome legível de quem assina a roça/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina-PI, 28 de agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PS-001 V002/2019



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
28 AGO 2019  
DPVAT







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

392 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002781/2019-53

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resposta pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 23/07/2019 - 14:46

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

28/05/2019 - 21:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

MOCAMBINHO

Endereço

RUA DA QUADRA 47, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: DENILSON DA SILVA ALVES

Tipo Envolvido: VITIMA/Notificante

RG: 2992402

Mãe: JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES

Endereço: RUA CABO AMADOR, VILA CARLOS FEITOSA, Nº 348

Bairro: SÃO JOAQUIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3556-3508

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 FAN, ANO 2010/11, PLACA N1R-0367, PROPRIETÁRIO ANTONIO JULIO RODRIGUES, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO NUM CRUZAMENTO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, ONDE FOI LESIONADO. SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT. PRONTUÁRIO 512540, RELATA QUE O CONDUTOR DO VEICULO NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA. ERA CO QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos  
Agente de Polícia

Denilson da Silva Alves

DENILSON DA SILVA ALVES - Notificante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 055.399.643-65 4 - Nome completo da vítima: Denilson Da Silva Alves

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

5 - Nome completo: Denilson Da Silva Alves 6 - CPF: 055.399.643-65  
7 - Profissão: Ricusson 8 - Endereço: Rua Cabo Aradon 9 - Número: 398 10 - Complemento:  
11 - Bairro: São Joaquim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - GER: 64005-340  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 99970-3592

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: 1989 CONTA: 95055 9 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/compensação 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 assinado, solicito o prosseguimento do processo 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 do 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Nome legível de quem assina a roça/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina-PI, 28 de agosto de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PS-001 V0D2/2019



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
28 AGO 2019  
DPVAT





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

**Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190501711**

**Vítima: DENILSON DA SILVA ALVES**

**Data do Acidente: 28/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DENILSON DA SILVA ALVES**

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

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

**Recebedor: DENILSON DA SILVA ALVES**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000001989**

**Conta: 0000095055-9**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501711

Vítima: DENILSON DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 28/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE DE JESUS SANSÃO SOUSA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DENILSON DA SILVA ALVES

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 14913471



# 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:	05/09/2019
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

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

CLIENTE: DENILSON DA SILVA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000095055-9

---

---

Nr. da Autenticação 228D31FEB7C7580



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Denilson Da Silva Alves  
 RG: 2.992.402 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 055.399.643-65  
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Autônomo  
 Endereço: Rua Cabo Amador No 348  
 Bairro: São Joaquim Cep: 64005-340 Cidade/UF: Teresina-PI  
 Telefone: (86) 99555-3508 ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: Alexandre de Jesus Sampaio Sousa Júnior  
 RG: 2728865 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 037.930.763-42  
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Administrador  
 Endereço: Rua Francisco Félix Filho No 1801  
 Bairro: Cristo Rei Cep: 64014-320 Cidade/UF: Teresina  
 Telefone: (86) 99970-3592 ( ) ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, tratar, assinar, requerer e retirar prontuários junto à rede hospitalar pública, privada e municipal: HUT, HPM E UPA- DPVAT. Incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Denilson Da Silva Alves

CPF: 055.399.643-65 Data do Acidente: 28 / 05 / 2019

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) MORTE



Teresina-PI, 07 de Junho de 2019

Local e data

Denilson da Silva Alves

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

2º OFÍCIO DE  
TÍTULOS E PROTESTOS



2º SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS  
RUA BARROSO, CENTRO - Nº 1009, TERESINA - PIAUÍ

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DENILSON DA SILVA ALVES  
EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. TERESINA, 07/06/2019 13:31:30  
SELO AAB 2577 - LED3 CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portalextra

Kerem Lages Furtado Silva  
KEREM LAGES FURTADO SILVA - ESCRIVENTE  
Emol. R\$ 3,85 TJ - R\$ 0,77 MP - R\$ 0,10 Sel. R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS  
Kerem Lages Furtado Silva  
Escriturante



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295296/19

**Vítima:** DENILSON DA SILVA ALVES

**CPF:** 055.399.643-65

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 28/05/2019

**Titular do CPF:** DENILSON DA SILVA ALVES

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### 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  
DUT

#### ALEXANDRE DE JESUS SANSO SOUSA JUNIOR : 037.930.763-42

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

#### DENILSON DA SILVA ALVES : 055.399.643-65

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2019  
Nome: ALEXANDRE DE JESUS SANSO SOUSA JUNIOR  
CPF: 037.930.763-42

ALEXANDRE DE JESUS SANSO SOUSA JUNIOR

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL







HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Demilson da Silva Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 512540

**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".

Josim Lúcio Mendes de Mesquita  
Matriculado em 1980  
SAME - HUT  
CONFERE COM ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otilio Tito 1823 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Ortopedia

Bucmaxilo

Cirurgia Geral - OK

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

Nome:	DENILSON DA SILVA ALVES	Prontuário:	512540
Mãe:	JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES	Pai:	ANTONIO JULIO RODRIGUES
End. Resid.:	QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento:	28/11/1991	Idade:	27a6m0d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99561-7881
Responsável:	GRECIA DA ROCHA	CNS:	706205564833068
Profissão:	SEGURANÇA	Documento:	RG: 2992402 - SSP PI
G. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Solteiro(a)

Imp: 28/05/2019 23:26:14

(Usuário: EDUARDO SALMITO)

(Estação: CONSULTA)

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código:	723914	Entrada:	28/05/2019 23:14:43	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Ativo da Procura							
(Conforme Paciente/Acomp):	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
	EXAME: <i>Tomografia Computadorizada</i>	Indefinido
Breve História Clas. Risco:	DATA: <i>28/05/19 23:32</i>	

HUT DR. ZENON ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: *João*DATA: *28/05/19 23:32*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

SSVV: (Hora: : )

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM USO DE CAPACETE HÁ APROX 1H. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, OTORRAGIA E RINORRAGIA. RELATA DOR EM MANDÍBULA E PÉ D.

A) VIAS AERIAS PÉRVIAS COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. SAT O2: 99%

C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE

PULSO: 85

D) GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS FOTOREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII

E) ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII

Diagnóstico Inicial:

?

**Exames Complementares:**

(1227664) - T.C. DE FACE

(1227665) - PE OU PODODACTILO DIREITO

(1227666) - PERNAS DIREITAS

**Prescrição Médica:****Ativo da Alta/Encerramento:**

Assinatura (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura do Responsável

EDUARDO SALMITO SOARES  
6339 PI Em: 28/05/2019 23:26:14Dra. Maria Dallara Barroso e Silva  
MÉDICA  
CONFIRMAR COM O PACIENTE

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310172285600000010059359>

Número do documento: 20070310172285600000010059359



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Adesão da parede abdominal superior  
Ligadura e sutura  
Cura da ferida  
Suturas da parede abdominal  
Fechamento da ferida  
Fim

2020-07-03 10:17:23  
EDNAN SOARES COUTINHO  
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23

João Lucas Mendes de Mesquita  
Médico - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Mod. 76 HUT



Ortopedia 29/05/19 00:35

Faixa com Hbaco anel  
motociclismo com trauma em região  
Schmerzhals; ombro E; Joelho D, tornozelo  
Direito; nexo Perna e/ou Perna...  
apresentar Ferimento com contusão  
Profundo Tornozelo Direito

(1) - Bo ombro E; Tornozelo D, P, Joelho  
di articulação com trauma profundo com hematoma  
CD = encasilhado a espessura após  
lesão femur direita especial

BUCOMAXILO 09:46 29/05/2019

Ao exame clínico nota-se laceração em região submentual  
e limitação da abertura bucal

Ao exame de imagem apresenta fratura favorável em região  
de corpo mandibular e bem alinhada

H.D: laceração na face / FRATURA DE MANDIBULAR

CD: INTERNAÇÃO & PLANEJAMENTO CIRÚRGICO DE BUCOMAXILO APÓS ALTA DAS  
DEMAIS ESPECIALIDADES

Dr. Caio César Silva França  
Esp. Cirurgia e Traumatologia  
Bucco Maxilo Facial  
CRQ-4078 PI

04:70 CC 12, EV PRO, E-COM-10 ao CC.  
PP-1977; P-93.

Assinada eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310172285600000010059359  
Número do documento: 20070310172285600000010059359





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>Denilson da Silva Albuquerque</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>FRATURA DE MANDÍBULA</i>		
Operação - Tipo <i>Osteomítese de mandíbula</i>		
Cirurgião <i>Jose B. Lino</i>	1º Assistente <i>Maria Cândida de A. Lopes</i> <i>Cirurgia Buco Maxilo-Facial</i> <i>CRQ-PI 1212/09 396.102.503-78</i>	
2º Assistente.	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Lana</i>	Anestesista <i>Pedro Victor</i>	Anestesia <i>geral</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
DPVAT 28 AGO 2018 PJ CORRETORES DE SEGUROS		
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<i>placa DDA + Autossorção + campos + drenagem intracavitária + suture do tecido + abertura da fratura + redução e fixação com 1 placa e parafusos do sistema 2.0mm + sutura</i>		
<i>Joana Lúcia Mendes de Mesquita</i> Matrícula 47390 SABER-ALTO CONFERE COM O ORIGINAL		
<i>Dr. Juscelino Lopes da Silva</i> Cirurgião Buco Maxilo Facial CRQ-PI 861		

Mod. 76 HUT





FUND. MUNICIPAL DE SAÚDE  
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

*celso*

NOME DO PACIENTE <i>Denilson Alves da Silva Alves</i>		PRONTUÁRIO	CLÍNICA Ortopédica	ENF. OU AP 229/01	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
	<i>faça o exame de sangue</i>					<i>1200 SSV 7 24 bpm</i> <i>PA: 115x65 mmHg</i>
						<i>Celia R. C. M. Nunes</i> COREN-PA 16787-E
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO		<i>Adriana Nogueira</i> Visto Nutricionista CRN-PA 3216			
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN					<i>24:00h PA = 140x90 mmHg</i> <i>18 = 112 bpm TC 97</i>
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H					
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H					
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN					
8	CURATIVO					
9	CCGG + SSV					
10	<i>tal Bo 1a</i>					
11	<i>Aracelis B. B. B.</i>					
CONF. FMS Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23						





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Devilson Alves da Silva	PRONTUÁRIO	812340
DA CLÍNICA	OTZ	LEITO	229101
À CLÍNICA	Bugs		
MOTIVO DA CONSULTA			
fratura de queixo			
DATA: 30/05/2019			
PARECER			
<p>Paciente vítima de acidente motorístico com trauma em face, escoriação em região de corpo de mandíbula, limitação de abertura bucal. Ao exame panorâmico paciente apresenta fratura de região de ângulo de mandíbula lado esquerdo.</p> <p>Conduta: Intervenção cirúrgica para redução e fixação do fratura.</p>			
Dr. Wesley Lima Andrade Esp. Clínica Odontológica Bucco Maxilo-facial CRO-4033 PI			

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA: 30/05/2019





ENC DE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA







239964

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

209672

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executor: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>239964</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	DENILSON DA SILVA ALVES			6 - Prontuário:	512540
7-CNS:	706205564833068	8-Nascimento:	28/11/1991	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	JORLMA DA SILVA ALVES RODRIGUES			RG:	2992402 - SSP PI
13-Resp:	GRECIA DA ROCHA			12-Fone:	86-99561-7881
15-End:	QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - CEP: 64000-010			14-Cor:	Parda
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:  
T009 *Nautil com lesões de pele*

21 - Condições que justificam a internação:  
*feridas*

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):  
*2*

Diagnóstico Inicial:  
Traumatismos superficiais múltiplos não especificados

24-CID Prim: T009

25-CID Sec: 26-CID C-As: 1

27-Processo Solicitado: 0413040178

28-Cod. Proced.: 27-Processo Solicitado: 0413040178

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Mod. Solic.: 02 01 CPF: 877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

34-Data Solicitação: 28/05/2019

35-Ass. Capimbo Med. Sol. (CRM):

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CB-R:

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

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

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização: 04/07/19

48-Docum.: 49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

## AUTORIZAÇÃO

51 Assinatura Paciente ou Responsável: *Ednan Soares Coutinho*

52-CNS: 53-CPF:

54-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

55-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

56-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

57-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

58-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

59-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

60-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

61-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

62-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

63-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

64-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

65-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

66-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

67-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

68-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

69-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

70-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

71-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

72-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

73-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

74-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

75-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

76-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

77-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

78-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

79-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

80-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

81-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

82-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

83-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

84-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

85-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

86-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

87-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

88-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

89-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

90-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

91-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

92-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

93-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

94-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

95-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

96-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

97-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

98-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

99-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):

100-Ass. Carimbo (Rq. Conselho):



<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>	Nº LAUDO: 209672 AIH: 2219100424145
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b> 706205564833068	<b>NOME DO PACIENTE</b> DENILSON DA SILVA ALVES	<b>NASCIMENTO</b> 28/11/1991	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 512540
<b>DOCUMENTO CPF</b> 8695541497	<b>TELEFONE</b> 8695541497	<b>NOME DA MÃE</b> JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES	<b>RESPONSÁVEL</b> 512540	
<b>CEP</b> RUA 04	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b> RUA 04			<b>NUMERO / LOTE</b> 348
<b>BAIRRO</b> SAO JOAQUIM	<b>COMPLEMENTO</b> VILA CARLOS FEITOSA	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM USO DE CAPACETE HA APROX 1H, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, VOMITOS, OTORRAGIA E RINORRAGIA, RELATA DOR EM (MANDIBULA E PE D.A) VIAS AERIAS PERVIAS COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILÓS. SAT O2: 99% C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME FLACIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITACAO PERITONEAL. PELVE ESTAVEL. PULSO: 85D) GLASGOW 13. PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII) ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRURGICO

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

EF

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> T009 - TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
---	--------------------------	---------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0113040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LISOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA CPF: 87715406368 CRM:
<b>CARATER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 28/05/2019
<b>DATA ADMISSÃO</b> 28/05/2019 23:14	<b>DATA ALTA</b> 01/06/2019 10:25
<b>MOTIVO ALTA</b> PERMANENCIA POR REOPERACAO	

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

<b>TIPO ACIDENTE</b>	<b>CNPJ SEGURADORA</b>	<b>Nº DO BILHETE</b>	<b>SÉRIE</b>	<b>CNPJ DA EMPRESA</b>	<b>CNAE EMPRESA</b>	<b>CBOR</b>	<b>NATUREZA DA LESÃO</b>

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 0383482391 CRM:	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROL E AVALIAÇÃO : AUDITORIA</b> DATA ANALISE: 29/05/2019 09:50:35
<b>CPF</b>	<b>CRM</b>
<b>DATA ANALISE</b>	

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

João Luiz Mendes de Mesquita  
Matrícula 47390  
SAME HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Demilson da Silva Alves</i>				Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>29.05.19</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>ASA I, nega alergias</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
				TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	<i>* 04:40</i>				<i>Cefazolin 2g</i>
	1					<i>Bromopride 1 conf</i>
	2					<i>Rextro 1 FR</i>
	3					<i>Dipirone 2g</i>
LÍQUIDOS	SO-UTO 500					<i>Documetazena 1 amp</i>
	400					
	SANGUE 300					
	200					
	OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C°					260
		240				
		2				
P. ARTERIAL	38	200				
V O		180				
PULSO		160				
		1				
		140				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120				
		100				
		80				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60				
		40				
RESPIRAÇÃO O		20				
		10				
SÍMBOLOS						DURAÇÃO
TÉCNICAS <i>Rayui anestesia</i>						INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES						

MOD 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310172285600000010059359>

Número do documento: 20070310172285600000010059359

Num. 10601370 - Pág. 25

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

F/s, N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29 / 05 / 2019

NOME DO PACIENTE: <i>Amilton de Siqueira</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>51 2540</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Infarto do miocárdio</i>	CIRURGIA: <i>Pericardiectomia</i>
ANESTESIA: <i>Alvil + Fentanyl</i>	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <i>Dr. Aguiar</i>	CPF Nº:
AUXILIAR: <i>Leonilda</i>	CPF Nº:
ANESTESIA: <i>Raque</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>Flávia</i>	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	120		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	10		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	07	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 30	UNID.	01					
<b>FIOS</b>	<b>UNID.</b>	<b>QUANT.</b>	<b>PREÇO</b>	<b>OCCORRÊNCIA</b>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Exatidão: 05			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Expor: 05			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Atividade ortopédica			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 20							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: Jorlene			
VICRYL				CIRCULANTE: Renne			
PROLENE							



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23

<http://tjpi.pje.ius.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310172285600000010059359>

Número do documento: 20070310172285600000010059359

Num. 10601370 - Pág. 26

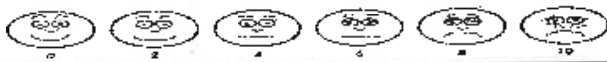
## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Denilson de Silva Alves IDADE        anos DATA 29/05/2019  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 05 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO  
 CIRURGIA REALIZADA LMC INTE CIRURGIÃO       

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>136/42</u>	<u>120/57</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>84</u>	<u>71</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>98</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>—</u>	<u>—</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>—</u>	<u>—</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Paula</u>	<u>      </u>

ÍNDICE DE ALDRETTES KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



TOTAL

09

10

ESCALA DE DOR SAÍDA



ASS.

09

10

SONDA VESICAL

( ) DRENO DE SUÇÃO

( ) DRENO TORACICO

( ) DVE

( ) COLOSTOMIA

SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

CONCLUSÃO DE ENFERMAGEM:

05:30 Admitido na EPA no pós de LMC de natureza exp.  
de torção, sob efeito de sedação profunda, consciente, orien-  
tado, eufórico, após punção, intubação e sedação.

07:15 Realizados curativos na região submandibular, que  
apresenta laceração.

08:00 Alta da SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

COMPR

HORÁRIO

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

EMERGÊNCIA PED. UTI ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( ) MÉD ( )



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007031017228560000010059359

Número do documento: 2007031017228560000010059359

Num. 10601370 - Pág. 27



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29 / 05 / 2019

NOME DO PACIENTE:	Amilton de Siqueira Alves	PRONTUÁRIO Nº:	512540
DIAGNÓSTICO:	Varicela	CIRURGIA:	Varicela
ANESTESIA:	Almiv + Fentanyl	Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	Dr. Aguiar	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Leonardo	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Roque	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Flavia	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	120		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	10		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	07	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 30	UNID.	01					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Blisters: 05 Eupom: 05 Algodão ortopédico			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 20							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	Jonas		
VICRYL				CIRCULANTE:	Ronne		
PROLENE							

Joana Maria de Almeida  
Matrícula: 7390  
SALA: 1117  
CONFERE COM O DOUTOR



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310172285600000010059359>

Número do documento: 20070310172285600000010059359



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

240216

210801

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>240216</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

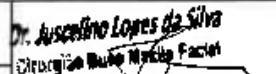
## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-NOME:	DENILSON DA SILVA ALVES			6 - Prontuário: 512540			
7-CNS:	706205564833068	8-Nascimento:	28/11/1991	9-Sexo: Masculino	RG: 2992402 - SSP PI		
10-Mãe:	JOSIMA DA SILVA ALVES RODRIGUES			12-Fone:	86-99561-7881		
11-Resp:	GRECIA DA ROCHA			14-Cor:	Parda		
15-End:	QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINO I - CONJ. MOCAMBINO - 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:			
pele edematosa suavizada, pele acinzentada, pele morna com turgor de pele			
21 - Condições que justificam a internação:			
fratura da face			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
TC face mostra fratura mandibular			
Diagnóstico Inicial:	24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:
Fratura de mandíbula	S026		

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0404020500		27-Procedimento Solicitado: OSTEOSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA		Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 181.004.063-91	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JUSCELINO LOPES DA SILVA			34-Data Solicitação: 01/06/2019	
			35-Ass. Carimbo Med. Soc. (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-CBOB:
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: 04/07/19	48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52-Data de Assinatura: 04/07/19	53-Local de Assinatura: SAME - HUT	54-Confirmação: CONFERE COM O ORIGINAL	55-Usuário: ANTONIO EUSIVAN Consulta Local: 722414 Consulta SUS: Impressão: 01/06/2019 10:24:40





<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>		Nº LAUDO: 210801	
		AIH: 2219100424156	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO			

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828856
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b> 706205564833068	<b>NOME DO PACIENTE</b> DENILSON DA SILVA ALVES	<b>NASCIMENTO</b> 28/11/1991	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 512540
<b>DOCUMENTO CPF</b> 8695541497	<b>TELEFONE</b> 8695541497	<b>NOME DA MÃE</b> JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES	<b>RESPONSÁVEL</b> 512540	
<b>CEP</b> RUA 04	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>			<b>NUMERO / LOTE</b> 348
<b>BAIRRO</b> SAO JOAQUIM	<b>COMPLEMENTO</b> VILA CARLOS FEITOSA	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<b>PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTANDO TRAUMA EM FACE
---

<b>CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> TRATAMENTO CIRURGICO
--

<b>PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)</b> TFC+RX
--

<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>
-----------------------------------

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S026 - FRATURA DE MANDIBULA	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
--	--------------------------	---------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

<b>COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> 4404020500 - OSTEOSINTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA
---

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> FRANCISCO DAS CILAGAS BARROSA SOUSA CPF: 87715406368 CRM:
<b>CARÁTER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 01/06/2019
<b>DATA ADMISSÃO</b> 01/06/2019 10:25	<b>DATA ALTA</b> 02/06/2019 08:00
<b>MOTIVO ALTA</b> MELHORADO	

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

<b>TIPO ACIDENTE</b>	<b>CNPJ SEGURADORA</b>	<b>Nº DO BILHETE</b>	<b>SÉRIE</b>	<b>CNPJ DA EMPRESA</b>	<b>CNAE EMPRESA</b>	<b>CBOR</b>	<b>NATUREZA DA LESÃO</b>

### AUTORIZAÇÃO

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> JOSE CARLOS DE OLIVEIRA COMES CPF: 00834832591 CRM:	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b> DATA ANALISE: 09/06/2019 09:51:41 CPF: CRM: DATA ANALISE:
--	---

<b>ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:</b>
---

Joana Lúcia Mendes de Sá  
Médica - Hut  
SAMA - HUT  
CONFERE COM O CONTINENTE





## FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Demilson da Silva Silveira</i>					Nº DE REGISTRO <i>512540</i>	
DATA: <i>01/06/19</i>	P. ARTERIAL <i>124 x 74 mmHg</i>	PULSO <i>80 bpm</i>	RESPIRAÇÃO <i>14 rpm</i>	TEMPERATURA <i>35,9 °C</i>	PESO <i>80 kg</i>	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA <i>Nega com contagem de ASA I</i>						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Nega alergias</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Sigum completo de 8 horas</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
1. <i>Sufentanil 200 mcg</i>		<i>09:40 10:40 10:40 11:10</i>				<i>INALADOR</i>
2. <i>Sufentanil 200 mcg</i>						<i>Sufentanil 200 mcg 30ml</i>
3. <i>Sufentanil 200 mcg</i>						<i>VERO 300</i>
LÍQUIDOS		<i>300 ml</i>				<i>Pantanol 300 mcg</i>
SO-UTO 500						<i>Brufen 500 mg</i>
SANGUE 300						<i>Propofol 300 mg</i>
OUTROS 100						<i>Sufentanil 200 mcg</i>
TEMPERATURA						<i>Atarax 40 mg</i>
T						<i>Propofol 200 mg</i>
P. ARTERIAL						<i>Dexametasona 4 mg</i>
V O						
PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA						
X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO						
O						
SIMBOLOS <i>ANESTESIA: INIC: 09:40h; FIM: 11:10</i>						
TÉCNICAS <i>Anestesia geral balanceada</i>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <i>Exatamento cirúrgico de fratura de mandíbula</i>					<i>Cito anestésico sem</i> <i>antecedentes</i> <i>Dr. João Mendes de Menezes</i> <i>Matrícula: 67380</i> <i>SAÚDE - HUT</i> <i>CONFERE: 01/06/19</i>	
CIRURGIÕES <i>João Mendes</i>						
ANESTESISTAS <i>Paulo Victor</i> <i>Paulo Victor dos Santos</i>						
MÉDICO <i>CRM-M 5625</i>					CONDIÇÕES POS-OPERATÓRIO	
<i>107 nasal TOT 7,0 crânio: nariz esquerda com labirinto</i> <i>gel; valipados potassio celular, de extremidades ancas e</i> <i>particularidades</i> <i>de potassio de nariz; potassio comunitário revascular e contêmpor</i>					<i>A SRPA estável, supressão</i> <i>em AA, sem queimas</i> <i>107 pda AA: 99%</i>	

MOD 76 - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310172285600000010059359

Número do documento: 20070310172285600000010059359

Num. 10601370 - Pág. 31



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 04 / 06 / 2019

NOME DO PACIENTE: <u>Dimiten da Silva Alves</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>542540</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Pedro Victor.</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Jusselino</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Randolfo</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Oral</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Jana</u>	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>03</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>06</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>50</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>02</u>	
JELCO Nº <u>14</u>	UNID.	<u>03</u>		<u>uso na</u>	<u>un</u>	<u>05</u>	
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 <u>2.0</u>	<u>un</u>	<u>01</u>		ENFERMARIA: <u>Klénia</u>			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>feijun</u>			
VICRYL <u>4.0</u>	<u>Un</u>	<u>02</u>					
PROLENE							

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310172285600000010059359  
Número do documento: 20070310172285600000010059359



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

Nº 11/2019

NOME Danielson da Silva Alves IDADE        anos DATA 01/06/2019  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA (X) GERAL ( ) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDACÃO  
 CIRURGIA REALIZADA        CIRURGIÃO       

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>146/66(84)</u>	<u>94/63/87</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>79</u>	<u>96</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>92%</u>	<u>97</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	<u>      </u>	<u>      </u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>      </u>	<u>      </u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Paula</u>	<u>Paula</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL			
ESCALA DE DOR			ASS.			

( ) SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORÁCICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOGÁSTRICA ( ) NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:20h - Paciente em RPA no PO de fratura de mandíbula. Sob efeito de anestesia geral - consciente. Respirando espontaneamente. Bom estado geral. em pausa Cirurg 17h30

13:00 - Paciente aquecida - Mante 9.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

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

POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) ORT ( ) NEU ( ) CIR ( ) MÉD



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310172285600000010059359

Número do documento: 20070310172285600000010059359

Num. 10601370 - Pág. 33



**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: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>240216</b>
3-Nome do estabelecimento executor: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>DENILSON DA SILVA ALVES</b>	6 - Prontuário: <b>512540</b>
7-CNS: <b>706205564833069</b>	8-Nascimento: <b>26/11/1991</b>
9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>-</b>
10-Mãe: <b>JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES</b>	12-Fone: <b>86-99561-7881</b>
13-Resp: <b>GRECIA DA ROCHA</b>	14-Fone: <b>86-99561-7881</b>
15-End: <b>QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - CEP: 64000-010</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod. IBGE: <b>221100</b>
	18-UF: <b>PI</b>
	19-CEP: <b>64000-010</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

30-Cod.Proced.Princip. <b>0404020500</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA</b>
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702050482</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)</b>
	Quant. Soli- cidada: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>BIOSÍNTESE</b>	

33-Profissional Responsável: <b>JUSCELINO LOPES DA SILVA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	 <b>Dr. Juscelino Lopes da Silva</b> Médico - Fonoaudiólogo CRM-PI 267
40-Data Solicitação: <b>01/06/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>181.004.063-91</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

**Placa com fratura da mandíbula  
implante da Ambulo (E)**

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>/ /</b>	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: <b>04/07/19</b>	52-CNS/CPF: <b>Celso Pires Ferreira Filho</b> Assessor de Auditoria ORCAPIFMS CRM-PI 1638 - CPF: 163.563.537-9 CNS 201200409317-9
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

ANTONIO RORIVENI

**Josana Luiza Mendes de Albuquerque**  
Matriculada em 2010  
SAME HUT  
Assessor de Auditoria



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070310172285600000010059359

Número do documento: 20070310172285600000010059359



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 3465  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **DENILSON DA SILVA ALVES** (Prontuário: 512540)  
 Endereço: QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 28/11/1991 Idade: 27a6m14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723914  
 Requisição: 959445 Solicitação: 28/05/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
 Controle: 1227664 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 28/05/2019

### T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

### RELATÓRIO:

- FRATURA ALINHADA NA PORÇÃO INFERIOR DO RAMO MANDIBULAR ESQUERDO, COM EXTENSÃO AO OSSO ALVEOLAR.
- PEQUENO CISTO DE RETENÇÃO MUCOSO NO SEIO MAXILAR DIREITO, INFERIORMENTE.
- DEMAIS SEIOS PARANASAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTIOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDIAIS LIVRES.
- DESVIO DO SEPTO NASAL PARA A DIREITA.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

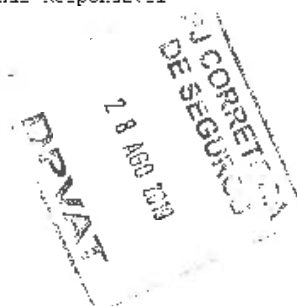
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/06/2019

**CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES**

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

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: **DENILSON DA SILVA ALVES** (Prontuário: 512540)  
 Endereço: QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 28/11/1991 Idade: 27a6m3d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 239964  
 Requisição: 960851 Solicitação: 01/06/2019 Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA  
 Controle: 1230537 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 01

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 01/06/2019

### T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

### RELATÓRIO:

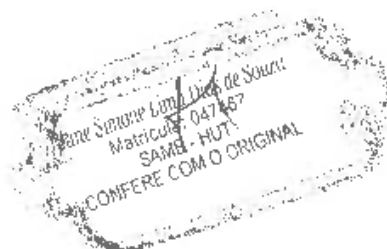
- FRATURA NO RAMO ESQUERDO DA MANDÍBULA, FIXADA CIRURGICAMENTE.
- SEIOS MAXILARES, FRONTAIS E ESFENOIDAIIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOIDAIIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 01/06/2019

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353  
 Profissional Responsável





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PI 9020170279945 Nº 013227339403**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 1 CDD: RENAVAL: 2018 EXERCÍCIO: 2018

1 270211390 2018

ANTONIO JULIO RODRIGUES

18096280325 MIR-0367

9C2KC1670BR306974

PAS/NOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL: ALC0/6ASOL

HONDA/CG 150 FAN ESI 2010 2011

002P/149CC PARTIO VERMELHA

1ª IPVA 2ª 3ª PAID

PREMIO TARIFARIO (R\$) 81,28 9,03 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 0,70 185,50

DATA DE OUTRAGO 02/08/2018

TERESINA 2/8/2018

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT**

**PI Nº 013227339403 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

**www.seguradoralider.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 2/8/2018

VIA: 1 CDD: RENAVAL: 2018 EXERCÍCIO: 2018

1 18096280325 MIR-0367

270211390 HONDA/CG 150 FAN ESI

2010 09 9C2KC1670BR306974

PREMIO TARIFARIO

81,28 9,03 90,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 0,70 185,50

DATA DE OUTRAGO 02/08/2018

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.882/0001-04

**2ª SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS**  
RUA BARROSO, CENTRO - N° 1009, TERESINA - PIAUÍ

CERTIFICO QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM O ORIGINAL EXIBIDA NESTAS NOTAS, EM TESTE DA VERDADE. DOU FE TERESINA, 07/06/2018 13:34:03

SELO AAD13749 - 1ª CONSULTA EM [www.tjpi.jus.br/pjcorretora](http://www.tjpi.jus.br/pjcorretora)

**KERMAN LAGES FURTADO SILVA - ESCRIVENTE**  
Emai: R\$ 2,48 TJ: R\$ 0,50 MP: R\$ 0,06 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 3,30





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190501711 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DENILSON DA SILVA ALVES **Data do acidente:** 28/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 30/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA MANDÍBULA Á ESQUERDA.  
FRATURA NO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO MANDÍBULA (PLACA E PARAFUSOS).  
TRATAMENTO CIRÚRGICO TORNOZELO (LIMPEZA MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA).  
ALTA. (P2/3FC/5FC/10/11/13/15/17/21/22)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA ESTRUTURA CRÂNIO FACIAIS.

**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 RESIDUAL DA ESTRUTURA CRÂNIO  
FACIAIS.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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, Antonio Julio Rodrigues  
RG nº 365777, data de expedição 09/03/18  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 180.962.803-25  
com domicílio na cidade de Terresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Cabo Amodor São Joaquim, nº 348  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Denilson Da Silva Alves, cujo o condutor era  
Denilson Da Silva Alves  
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda CG 150 FANESI Ano: 2010/2011  
Placa: NIR-0367 Chassi: 9C2KC1670BR306974  
Data do Acidente: 28/05/19

2º OFÍCIO DE  
NOTAS E PROTESTOS

Local e Data:

Terresina-PI, 07 de Junho de 2019

Antonio Julio Rodrigues

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



2º SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS  
RUA BARROSO, CENTRO - Nº 1008 - TERRESINA - PIAUÍ

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO JULIO RODRIGUES  
EM TEST. DA VERDADE, DOU.FE. TERRESINA, 07/06/2019 13:22:36  
SELO AAC73944 - 9W3V CONSUL. TE EM: [www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra)

Kerman Lages Furtado Silva  
KERMAN LAGES FURTADO SILVA - ESCRIVENTE  
Emol. R\$ 3,55 TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,38

