





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
10601 370	03/07/2020 10:17	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Em caso de dúvida, 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 de Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desse 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/BIBLIO1:CAWEB/DOC/ORIGINAL.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 AUTÔNOMA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TLM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE 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 Sámsão Souza Júlio  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 037.930.763 / 42 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Detilson Da Silva Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.339.643 / 65  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Detilson Da Silva Alves  
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.339.643 / 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: Recluso Renda: Recluso e apresento os documentos comprobatórios  
 Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Francisco Félix Filho Número: 1802 Complemento:  
Bairro: Cristo Rei Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64014-320  
E-mail: (86)99970-3592

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

Alexandre De Jesus Sámsão Souza Júlio  
Assinatura do Declarante

A CORRETORA  
DE SEGUROS  
28 AGO 2019  
DPVAT

DCRI.001 v001/2017



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. 1





**COMPANHIA PNEUMÉTICA DO PIAUÍ**  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 08.240.746/0001-89 / Insc. Estadual: 10.321.333-5  
Nº Fone/Fax: Conta de Energia 2610-00 - Seção B;  
Regime especial: em Imprensa e literatura pela SEPLI 06/92

Para contactar con nosotros, llame al número:

SEU CÓDIGO

023734788

021730788

MAIO/2019 18-06-2019 216 TOTAL A PAGAR 209,38

JOSÉIMA DA SILVA ALVES RODRIGUES  
R. CABO AMADOR 348 348 B-URBANO  
CPF: 00000082276323

**TOTAL A PAGAR**

Atual		Última Atualização			
AnoAnt:	2540	Atual:	15/05/2019		
Constance da Multiplicação	2330	Anterior:	15-04-2019		
Consumo Médio:	1,000	Próxima Leitura:	13-06-2019		
Consumo Faturado:	210	Emissor:	14-05-2019		
Forma de Pagamento:	TETO de irregular ECAN	Apresentação:	15-05-2019		
Data de Consumo: 15-05-2019					
<b>NÓMERO BÁSICO DA UNIDADE DE CONSUMO:</b> 30					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Porta	Código Faz.	Média 32 meses
<b>MONO</b>	AZERNE 3 DESERÇÃO DA CONTABILIZADA				104

ABR/18	180	CONSUMO	210 A R\$ 0,927626 -	193,75
MAR/19	170	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CLOSP)		15,63
FEB/19	168	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 1,04	
JAN/19	137			
DFZ/18	136			
NOV/18	184			
OUT/18	262			
SET/18	167			
AGO/18	183			
JUL/18	138			
WATER SEB TR 3000:				
E.A. 23 - 1.650,00				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora suspeita à suspensão do fornecimento de serviços domésticos no mês de 04/2019, em função das contas 04/2019 173,73 revisadas neste período. O não pagamento pode ser considerado a indicação de que o consumidor não está mais informando a residência existente (cartões, vendidas) e já responde(a) ao valor de R\$ 173,73 (valor histórico). Caso fique encerrado o pagamento fique desconsiderar este aviso.

Declararemos automaticamente débitos desto UC no ano de 2018 (Lei 12007/09 LIGUE 0800 00 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Desejamos que todos os débitos da UC no ano de 2018 (Lei 12007/09) sejam paga e FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Vou para catar pelas ruas de vila, vendo dia sua feitura nova (das 1, 2, 3, 4, 5, 10, 20 ou 25), ou com ovelhas para chegar, não respeito nem um dia.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/Tributos - R\$	
Distribuição:		7949,6670,7648,0959 6674,3020,3FEA-ADAS	
Energia:		Alíquota CMS:	
Transporte:		Valor do CMS: 193,75 141,43	
Encargos:		Valor do IPI: 27,00%	
Tributos:		Valor do CIRNS: 52,31	
Total:		1.403 1.99	
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
Último:		Fim: 6,43% Últm.	
Média:		Média:	
PERÍODO			
Periodo:		Início:	
Referência:		Final:	
Período:		Último:	
Referência:		Média:	

176 11.11.2018

ERISTINA MARQUES

-equator-  
July 2013

EN HOJA  
*cariso*

**COMPANHIA ENERGÉTICA DO RIO GRANDE DO SUL**  
Av. Nossa Senhora das Graças, 739 - Centro/Guaíba - Rio Grande do Sul - CEP 91000-000

03/2019 59,30  
SEU CODIGO TOTAL A PAGAR - 45  
05405450 209,40  
MÊS FATURADO VENCIMENTO  
00000000

Nº da Nota Fiscal: 021750785 PCRM

SEQ.: 00160 UC: 0540343-0 DT,LEIT.: 15/05/2019 I.ENTR.: 02  
LET,FLRAI: 2540 NORMA TOTAL: 209,38 CARGA: 025

SEQ.: 00160 UC: 0540343-0 DT.LEIT.: 15/05/2019 T.ENTR.: 02  
LEIT/URAI: 2540 NORMAL TOTAL: 209,38 CARGA: 025  
DT.USCNC: 18/05/2019 USO: 00000000000000000000000000000000

FJ CORRETORA  
DE SEGUROS

78 AGO 2014



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007031017228560000010059359>  
Número do documento: 2007031017228560000010059359

Num. 10601370 - Pág. 3



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <b>4024</b>	02 Data do chamado <b>28/05/19</b>	03 PRO (código) <b>2304</b>	04 Saída do PA <b>22 20</b>	05 Chegada ao local <b>22 36</b>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>22 153</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>23 119</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço <b>AV. A 47 Fazto, 01</b>	11 Bairro <b>uxambinha</b>	12 Municipio-UF <b>the-PR</b>	Código IBGE <b>1</b>		
Tipo de Ocorrência	13 Ponta de referência <b>Frente Igreja Santa Joana De C SA</b>					
Acidente de Transporte	14 Nome <b>Denilson da Silva Alves</b>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado				
	16 Idade <b>27</b>	1-Dia <input checked="" type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 4-Ignorado <b>28/11/91</b>	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?  1-Sim 2-Não 9-Ignorado	28/05/2019	
	18 Tipo de ocorrência <b>HUT</b>	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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	18 - Outros 17 - JÁ removido 18 - Falso chamado	
	19 Vítima  1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	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 Cinto de segurança Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow = <b>15</b>	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	24 Sinal Vital  P脉so <b>88</b> Resp. <b>18</b> PA <b>120/90</b> TAX. <b>—</b> Sat2 <b>98%</b>	
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum			
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 P脉so Radial <b>7</b> Central <b>4</b> 1 - Chalo 2 - Fino 3 - Ausente	29 <b>7</b> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 Sem Dor	30 Fratura 1 - Sim <b>1</b> Exposta <b>1</b> Fechada <b>1</b> 2 - Não <b>0</b> 3 - Suspeito <b>0</b>	25 Local da lesão 	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)  Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização da extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	CONFERE COM O ORIGINAL  <i>Marcos Cunha</i> Marília Veloso Cunha Gorenta Administrativa SALVIA b) c)				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino <b>HUT</b>	<input type="checkbox"/> Não Removido				
Observações Interdisciplinares	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input checked="" type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
	<i>Vítima de colisão entre carro e moto, apresentando trauma com lesão em mandíbula, estriador em joelho "D" e lesão extensa em se "M". Consiu- ta, orientada, euplásica, normotensiva, faroce, imobilizada em prancha longa mega DM, NAS e alguma medicamentosa. Acompanhado por uma amiga, casti- ma do mesmo sob o nome da amiga que o acompanha.</i>					
	Responsável pela recepção 	Socorristas Médico AE/TE <b>Almeida 663984</b>	Enfermeiro Condutor <b>Edvaldo Pereira</b>			
	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 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
055.399.643-65 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:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: (989) CONTA: 95 055 9

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor na indenização/encargo 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.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento do atendimento ao meu pedido de indicação do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para a verificação da existência e quantificação de lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévio concordânciam com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ho 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:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar toze filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou nascituro (vainasca)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devies, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estandoidente, ainda, de que já quer ou não ou cer aração 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 o rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

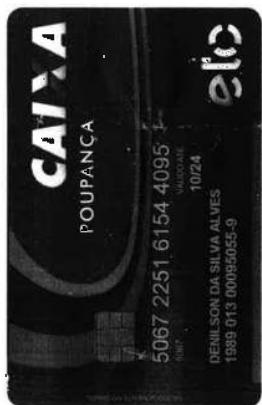
Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 VDD2/2019





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

Num. 10601370 - Pág. 6



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  
Pelo Registro: Almiralico Ribeiro Lebre Carlos

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

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

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 Envolve:** VITIMA/Noticiante

RG: 2992402

Mãe: JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES

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

Bairro: SÃO JOAQUIM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9666-3508

### 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 NIN-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 OQ QE TINHA A NOTICIAR.

Almiralico Ribeiro Lebre Carlos - Mat.

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralico Ribeiro Lebre Carlos  
Agente de Polícia

DENILSON DA SILVA ALVES - Noticiante

Responsável pela Informação

Delgado de Polícia





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
055.399.643-65 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:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: (989) CONTA: 95 055 9

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor na indenização/á receber 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.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento do atendimento ao meu pedido de indicação do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para a verificação da existência e quantificação de lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévio concordânciam com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ho 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:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar toze filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou nascituro (vainasca)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devies, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estandoidente, ainda, de que já quer ou não ouvir atração não veredicta 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Teresina - PI, 28 de agosto de 2019  
Denilson da Silva Alves

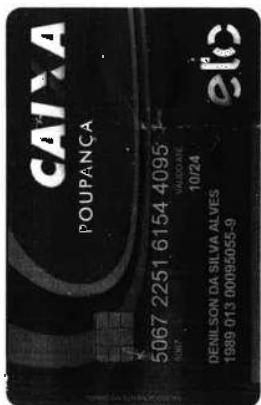
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 VDD2/2019





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

Num. 10601370 - Pág. 9



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 SANSAO SOUSA JUNIOR

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

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

Informamos que os pagamentos da i-

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Pag. 00213/00214 - carta\_01 - INVALIDEZ



00440107



# 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



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

Num. 10601370 - Pág. 12

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Denilson Da Silva Alves  
RG: 2992.402 Orgão 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 Soárez Souza Júnior  
RG: 2728865 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 037.930.763-42  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Administrador  
Endereço: Rua Francisco Félix Filho No 2801  
Bairro: Cristo Rei Cep: 64014-320 Cidade/UF: Teresina  
Telefone: (86) 99970-3592 ( ) ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constitui 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, assim 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

DPVAT  
CORRETORA  
DE SEGUROS  
28 AGO 2019

Teresina-PI, 07 de Junho de 2019

Local e data

Denilson da Silva Alves

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



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

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DENILSON DA SILVA ALVES  
EM TESTE. DA VERDADE. DOU FÉ. TERESINA. 07/06/2019 13:31:30  
SELO AAC-25747-LEPDS CONSULTE EM [www.tjpi.jus.br/borboleta](http://tjpi.jus.br/borboleta)

Kerman Lages Furtado Silva

KERMAN LAGES FURTADO SILVA - ESCREVENTE  
Emol. R\$ 3,65 TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Salto: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,60



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0295296/19

**Vítima:** DENILSON DA SILVA ALVES

**CPF:** 055.399.643-65

**CPF de:** Próprio

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

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

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

### 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 SANSAO 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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/08/2019

Nome: ALEXANDRE DE JESUS SANSAO SOUSA JUNIOR  
CPF: 037.930.763-42

Data do cadastramento: 28/08/2019

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

ALEXANDRE DE JESUS SANSAO SOUSA JUNIOR

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



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. 14



NOME DO PACIENTE: Denilson da Silva Filho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 512540



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

Joanna Luisa Mendes de Mesquita  
Matrícula 7750  
SAME / HUT  
CONFERE COM O ORIGINAIS





**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Olho Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5645  
TERESINA PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

Oftopedia

Bucomedio

cirurgia Geral - OK

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

**DADOS DO PACIENTE:**

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

User: EDUARDO SALVETTO

Matação: CONSULTA(P)

<b>Nome:</b> DENILSON DA SILVA ALVES		<b>Prontuário:</b> 512540
<b>Mãe:</b> JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES	<b>Pai:</b> ANTONIO JULIO RODRIGUES	
<b>End. Resid.:</b> QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - TERESINA - PI - CEP:		
<b>Nascimento:</b> 28/11/1991	<b>Idade:</b> 27a6m0d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-99561-7881
<b>Responsável:</b> GRECIA DA ROCHA		<b>CNS:</b> 706205566833068
<b>Profissão:</b> SEGURANCA		<b>Documento:</b> RG: 2992402 - SSP PI
<b>G. Instrução:</b> Não Informado		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Classificação:</b> TUMULADA COM COMPUTADORIZADA	<b>Cor:</b>
	EXAME: <i>Face</i> DATA: <i>28/05/18 9:23h32</i>	Indefinido
Breve História Clas. Risco:		
?		

**SSVV:** (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m<sup>2</sup> Pulso: bmp Pressão: mmHg

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

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM USO DE CAPACETE HÁ APROX 1H. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, VOMITOS, ODORRAGIA E RINORRAGIA. RELATA DOR EM MANDIBULA E PÉ D.  
A) VIAS AEREAIS PERVERIAS COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA  
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. SAT O2: 99%  
C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABOMO FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE NORMAL  
PULSO: 85  
D) GLASGOW 15. PUPILLAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVADA NOS MMSS E MMII  
E) ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII

**Diagnóstico Inicial:**

?

**Exames Complementares:**

- (1227641) - T.C. DE FACE
- (1227665) - PE OU PODODACTILO DIREITO
- (1227666) - PERNAS DIREITAS

**Prescrição Médica:**

Dra. Maria Callara Barroso e Soares  
MEDICA

**Vivo da Alta/Encerramento:**

•ão (Adulto) DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Tente ou Responsável

EDUARDO SALMITO SOARES  
6339 PI Em: 28/05/2019 23:26:14

José Luis Mendes 27390  
CONFIRME COM O PACIENTE





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

# **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

## **Centro Cirúrgico**

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO			
Centro Cirúrgico			
Nome do Paciente			
Diagnóstico pré-operatório			
Operação - Tipo			
Clíngião	1º Assistente		
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
<p><u>Fez fura</u></p>			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<p style="text-align: center;"><b>Descrição da Operação</b>          (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p><u>Abertura de alça vaginal</u>  <u>de fundo</u>  <u>com liga</u>  <u>fechamento</u>  <u>fecal</u>  <u>luz da bengala</u>  <u>Julio</u></p>			
			

Mod. 76 UNIT



ortogeste 29/05/19 00:35

Painis com fibra e ar obliterado  
restos dentais com traços em rugas  
Schmidts; entre elas e os ossos de mandíbula.  
Dentro deles, resíduos de tecido ósseo.  
Aproximadamente fundo com os dentes  
protrudindo para cima.

(V) Os ossos e os dentes de mandíbula  
de ambos lados em sua base fundo com um  
desenrolado em círculo.  
O bico é fechado e o bico está aberto.  
O bico é fechado e o bico está aberto.

~~~~~ (monograma) C.R. 477

BUCOMAX(LO 03:467P 29/05/2019

O exame clínico revela lesões em região submentiana  
e a instalação da obstrução bucal.  
Ao exame de imagem apresenta fratura favorecida em região  
de corpo mandibular e seu envolvimento.

H1: lesão na face / FRACTURA DE MANDIBULAR  
CO: INTERNASÃO E PLANEJAMENTO CIRURGICO PESSOAL BUCOMAX(LO APÓS ALTA DAS  
DEMAIS. ESPECIALIDADES

Dr. Caio César Silva França  
Esp. Cirurgia e Traumatologia  
Bucal Maxilo Facial  
CRO-4078 PI

04.70- CG 19, ev PROTO; Cracolito po C.C.  
PP-1977; P-97.

Judicializado de Mesquita  
Mandado 17390  
STANET P/L/T  
RECEBIDO COM O ORIGINAL





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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Denilson da Silva Abreu

Diagnóstico pré-operatório

FRACTURA DE MANDÍBULA

Operação - Tipo

Osteosíntese de mandíbula

Cirurgião

JV J. S. G. L. V.

1º Assistente

Maria Cândida de A. Lopes  
Cirurgia Buco Maxilo-Facial

2º Assistente

3º Assistente

CRG-PI 12121 CP 396-102-303-78

Instrumentador(a)

Iana

Anestesiista

Pedro Victor

Anestesia

Geral

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

PC + DDF + Autoseparador + enxertos + Alveolo  
Intubado + Sustentador de Teciotos +  
Abordagem da fratura + Redução  
e fixação com placas e parafusos  
do sistema 2.0 mm + sutura

José Luiz Mendes de Melo  
Matrícula 12390  
SAMU AUT  
CONFERE COM O ORIGINAIS

Dr. Juscilino Lopes da Silva  
Cirurgião Buco Maxilo Facial  
CRG-PI #61

Mod. 76 HUT





UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
IRGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| NOME DO PACIENTE               |                                            | PRONTO-ARQUIVO                                        | CLÍNICA    | ENF. OU AP | LEITO  | MÉDICO ASSISTENTE                                       |
|--------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|------------|--------|---------------------------------------------------------|
| Denilson Alves da Silva Alves  |                                            |                                                       | Ortopédica |            | 229/01 |                                                         |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO            | PRESCRIÇÃO MÉDICA                          | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM                               |            |            |        | OBSERVAÇÕES                                             |
|                                |                                            | HORÁRIOS                                              |            |            |        |                                                         |
|                                | Foxichol 1000 mg dia                       |                                                       |            |            |        | 1200 SSW P 84 bpm<br>PA 110x65 mmHg                     |
|                                |                                            |                                                       |            |            |        |                                                         |
| 1                              | DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO    | Edilane Nogueira<br>Visto Nutricionista<br>CRNPI 3316 |            |            |        | Celso Ribeiro C. Nunes<br>COREN-PI 00000000000000000000 |
| 2                              | SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN               |                                                       |            |            |        | 24.00h RA = 140x90 mmHg                                 |
| 3                              | RANITIDINA 50mg – 1 AMP + AD EV8/8 H       |                                                       |            |            |        | 18:00h RA = 110 bpm TE 01                               |
| 4                              | CEFALOTINA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6H         |                                                       |            |            |        |                                                         |
| 5                              | DIPIRONA 1G – 1 AMP + AD EV 6/6 H          |                                                       |            |            |        |                                                         |
| 6                              | TILATIL 20mg – 1 AMP + AD EV 12/12H        |                                                       |            |            |        |                                                         |
| 7                              | TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN |                                                       |            |            |        |                                                         |
| 8                              | CURATIVO                                   |                                                       |            |            |        |                                                         |
| 9                              | CCGG + SSVV                                |                                                       |            |            |        |                                                         |
| P- <del>Alta Boite</del>       |                                            |                                                       |            |            |        |                                                         |
| II- <del>Avaliação Bucal</del> |                                            |                                                       |            |            |        |                                                         |
| CONFIRMADO                     | DATA                                       | 18 AGO 2018                                           | DE SERVIÇO |            |        |                                                         |
| CONFERENCIA                    | DATA                                       | 18 AGO 2018                                           | DE SERVIÇO |            |        |                                                         |
| CONFERENCIA                    | DATA                                       | 18 AGO 2018                                           | DE SERVIÇO |            |        |                                                         |





## REQUISIÇÃO DE PARECER

|                                                                                                                                                                       |                            |            |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|---------|
| NOME                                                                                                                                                                  | Davilson Alves da Silveira | PRONTUÁRIO | 312 340 |
| DA CLÍNICA                                                                                                                                                            | Oncologia                  | LEITO      | 229 101 |
| À CLÍNICA                                                                                                                                                             |                            |            |         |
| MOTIVO DA CONSULTA                                                                                                                                                    |                            |            |         |
| <p>Fratura de face</p> <p>DATA: 30/05/2019</p> <p>DPVAT</p> <p>Dr. Ricardo Oliveira</p> <p>Ass. Médico Consultante</p> <p>18 AGO 2019</p> <p>CORRETORA DE SEGUROS</p> |                            |            |         |

### PARECER

Paciente vítima de acidente moto com trauma em face, escoriações em região da base do corpo da mandíbula, limitação de abertura bucal. Ao exame radiográfico paciente apresentava fratura de região da base da mandíbula lado esquerdo.

Conduta: Intervenção cirúrgica para redução e fixação de fratura.

José Luis Andrade de Andrade  
Matrícula 7300  
SAME  
COPIA ORIGINAL

Dr. Wesley Lima Andrade  
Especialista em Odontologia  
Busto Maxilar e Facial  
CRO-4033 PI

DATA: 30/05/2019

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA





**INDAÇAO MUNICIPAL DE SAÚDE /HOSPITAL RESINA - HUT**

ENDE

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**



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

Núm. 10601370 - Pág. 22



Nº de Autorização de Internação Hospitalar (A.I.H.)

2399b4

**AUDIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERAÇÃO HOSPITALAR**

209672

#### Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|            |                                                                               |               |              |                 |               |           |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|-----------------|---------------|-----------|
| 5-Nome:    | DENILSON DA SILVA ALVES                                                       |               |              | 6 - Prontuário: | 512540        |           |
| 7-CINS:    | 706205564833068                                                               | 8-Nascimento: | 28/11/1991   | 9-Sexo:         | Masculino     |           |
| 11-Mae:    | JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES                                               |               |              | 12-Fone:        | 86-99561-7881 |           |
| 13-Resp:   | GRECIA DA ROCHA                                                               |               |              | 14-Cor:         | Parda         |           |
| 15-Endres: | QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - 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:

TODS

Nuestro paciente se queja de  
desperdicio constante

21 - Condicoes que justificam a internacao:

Jeffrey

22 - Principais resultados de exames diagnósticos (Resultado de exames realizados):

- 1 -

#### -Diagnóstico Inicial:

2023 RELEASE UNDER E.O. 14176

- 10 - 2011-2012

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

|                                              |  |                                                                                                    |         |                      |
|----------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| 26-Cod. Proced.: 0413040178                  |  | 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA |         | Item 31<br>3         |
| 28-Clinica:                                  |  | 30-Caráter:                                                                                        | Ident.: | 31-Docum.:           |
|                                              |  | 02                                                                                                 | 01      | 32-Doc. Méd. Solic.: |
|                                              |  |                                                                                                    |         | CPF: 877.154.063-68  |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: |  | 34-Data Solicitação:                                                                               |         |                      |
| FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SCUSA           |  | 28/05/2019                                                                                         |         |                      |
| 35-Assy Cabimbo Med.Sci. (CRPH)              |  |                                                                                                    |         |                      |

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

|                                                              |                                         |                                       |                                           |                                         |                                           |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VINCULOS) |                                         |                                       |                                           |                                         |                                           |
| 36-( <input type="checkbox"/> ) Acidente de Trânsito         | 39-CNPJ Seguradora:                     | 40-No.Bilhete:                        | 41-Série:                                 |                                         |                                           |
| 37-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Típico     | 42-CNEI Empresa:                        | 43-CNAE Empresa:                      | 44-CD-R:                                  |                                         |                                           |
| 38-( <input type="checkbox"/> ) Acidente Trabalho Trajeto    |                                         |                                       |                                           |                                         |                                           |
| 45 - Vínculo com a Previdência:                              |                                         |                                       |                                           |                                         |                                           |
| ( <input type="checkbox"/> ) Empregado                       | ( <input type="checkbox"/> ) Empregador | ( <input type="checkbox"/> ) Autônomo | ( <input type="checkbox"/> ) Desempregado | ( <input type="checkbox"/> ) Aposentado | ( <input type="checkbox"/> ) Não Segurado |

AUTORIZACAO

|                                        |  |                        |                            |                      |                                                                                                                                        |
|----------------------------------------|--|------------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizado:  |  | 47 - Data Autorização: | 48 - Documento:            | 49 - Núm. Documento: | 50 - Ass. Carimbo (Nº. Conselho):                                                                                                      |
| : : :                                  |  | 04/08/69               | ( ) CNIS ( ) CPF           |                      | Celso Pires Ferreira Filho<br>Assessor de Administração<br>CRM-MT 1099 - CRM-TO 33337-9<br>CRM-PI 1099 - CRM-CE 50149-9<br>CRF-PI 1099 |
| 51 Assinatura Paciente ou Responsável: |  |                        | Oscarini: ISOLMAR GREGORIO |                      |                                                                                                                                        |

51 Assinatura Recinto ou Detentorável:

Gymnophyllum

Oscárii: 190100000000000000  
Consulta Local: 123014  
Consulta SJS:  
Impressão: 29/05/2019 04:58:46



|                                                                |                    |  |
|----------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE<br>INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR | Nº LAUDO: 209672   |  |
|                                                                | AIH: 2219100424145 |  |

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                                                             |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | CNES<br>SR28856 |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT  | CNES<br>SR28856 |

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                |                         |                                 |               |            |
|----------------|-------------------------|---------------------------------|---------------|------------|
| CARTÃO SUS     | NOME DO PACIENTE        | NASCIMENTO                      | SEXO          | PRONTUÁRIO |
| 70620564833068 | DENILSON DA SILVA ALVES | 28/01/1991                      | M             | 512540     |
| DOCUMENTO CPF  | TELEFONE                | NOME DA MÃE                     | RESPONSÁVEL   |            |
|                | 8695541497              | JOELMA DA SILVA ALVES RODRIGUES | 512540        |            |
| CEP            | ENDEREÇO - LOGRADOURO   |                                 | NUMERO / LOTE |            |
|                | RUA 04                  |                                 | 348           |            |
| BAIRRO         | COMPLEMENTO             | MUNICÍPIO                       | UF            |            |
| SAO JOAQUIM    | VILA CARLOS FEITOSA     | TERESINA                        | PI            |            |

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

##### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM USO DE CAPACETE HÁ APROX 1H, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, VOMITOS, OTORRAGIA E RINORRAGIA. RELATA DOR EM MANDÍBULA E PÉ(DA) VIAS AERIAS PERTURBADAS COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA(B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. SAT O2: 99% C) SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDÔME FLACIDO, INDOLAR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE ESTAVEL. PULSO: 85D) GLASGOW 13. PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES. SENSIBILIDADE PRESERVATIVA NOS MMSS E MMIE ESCORIACOES EM MMSS E MMIE

##### CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

TRATAMENTO CIRURGICO

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

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

##### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

8413040178 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA

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

#### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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))<br><br>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES<br>CPF: 10334812391 CRM: | NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE E AValiação / AUDITORIA<br><br>CRM DATA ANÁLISE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

José Luis Melo de Melo  
Matrícula 10334812390  
SAME OUT  
CONFERE COM O CRF





## FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

| NOME DO PACIENTE                                                                                   |                                                                                               |                           |                |              | Nº DE REGISTRO                             |                                                                                                                           |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------|--------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <i>Denilson da Silva Alves</i>                                                                     |                                                                                               |                           |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |
| DATA:<br><i>29/05/19</i>                                                                           | P. ARTERIAL                                                                                   | PULSO                     | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA  | PESO                                       | ALTURA                                                                                                                    |        |
| EXAMES DE SANGUE                                                                                   | GR. SANGUÍNEO                                                                                 | HEMATIMETRIA              | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | GLICEMIA                                   | DOS. URÉIA                                                                                                                |        |
| EXAMES DE URINA                                                                                    |                                                                                               |                           |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA                                                                                |                                                                                               |                           |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |
| SISTEMA CRICULATÓRIO<br><i>ASA I, nego alergias</i>                                                |                                                                                               |                           |                |              | ELETROCARDIOGRAMA                          |                                                                                                                           |        |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                                                               |                                                                                               |                           |                |              | ASMA                                       | BRONQUITE                                                                                                                 |        |
| SISTEMA DIGESTIVO                                                                                  |                                                                                               |                           |                |              | SISTEMA URINÁRIO                           |                                                                                                                           |        |
| ESTADO MENTAL                                                                                      |                                                                                               |                           |                |              | CORTICOIDES                                | ATARAXICOS                                                                                                                | OUTROS |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OBERTÓRIO                                                                          |                                                                                               |                           |                |              | FÍSICOS                                    |                                                                                                                           |        |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)                                                                      |                                                                                               |                           |                |              | APLICADO AS                                | EFEITOS                                                                                                                   |        |
|                                                                                                    | <i>04:40</i>                                                                                  |                           |                |              | TOTAL DE DOSES                             |                                                                                                                           |        |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                                                                | OXIGÉNIO<br>1<br>2<br>3                                                                       | <i>[Handwritten grid]</i> |                |              |                                            | <i>Cefazilin 2g<br/>Bromo 100 mg<br/>Pextrel FR<br/>Dipirona 2g<br/>Docometarane 1 amp</i>                                |        |
| LÍQUIDOS                                                                                           | SO-UTO 500<br>400<br>SANGUE 300<br>200<br>OUTROS 100                                          | <i>[Handwritten grid]</i> |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |
| TEMPERATURA T                                                                                      | 260<br>240<br>2<br>38<br>200<br>180<br>160<br>140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10 | <i>[Handwritten grid]</i> |                |              |                                            | <i>SEQUÊNCIA</i>                                                                                                          |        |
| P. ARTERIAL V O PULSO                                                                              | <i>[Handwritten grid]</i>                                                                     | <i>[Handwritten grid]</i> |                |              |                                            | <i>1. Ropivacaine 1 ml<br/>2. c. Guanabenz<br/>3. G L3-L4<br/>4. líquor cloro<br/>5. bupivacaine<br/>6. percal 1,3 mg</i> |        |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X                                                                           | <i>[Handwritten grid]</i>                                                                     |                           |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO                                                                              | <i>[Handwritten grid]</i>                                                                     |                           |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |
| RESPIRAÇÃO O                                                                                       | <i>[Handwritten grid]</i>                                                                     |                           |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |
| SÍMBOLOS                                                                                           |                                                                                               |                           |                |              | DURAÇÃO                                    |                                                                                                                           |        |
| TÉCNICAS                                                                                           | <i>Raios X anestesia</i>                                                                      |                           |                |              | INCIDENTE - ACIDENTE<br><i>18 AGO 2018</i> |                                                                                                                           |        |
| OPERAÇÕES                                                                                          |                                                                                               |                           |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |
| CIRURGIÕES                                                                                         |                                                                                               |                           |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |
| ANESTESISTAS                                                                                       | <i>DR. J. A. Soares<br/>Anestesiologista<br/>CRM 4923</i>                                     |                           |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |
| PARITULARIDADES                                                                                    |                                                                                               |                           |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |
| CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS                                                                 |                                                                                               |                           |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |
| <i>José Luis Mendes de Almeida<br/>Matrícula: 47390<br/>SAMU - HUT<br/>CONFIRME COPIA ORIGINAL</i> |                                                                                               |                           |                |              |                                            |                                                                                                                           |        |

MOD 76 - HUT





## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

## Fundação Municipal de Saúde

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA: 29 / 05 / 2019

|                   |                                |                |                    |
|-------------------|--------------------------------|----------------|--------------------|
| NOME DO PACIENTE: | <i>Romilda de Sálio eteles</i> | PRONTUÁRIO N°: | 512540             |
| DIAGNÓSTICO:      | <i>Neonatal prematuro</i>      | CIRURGIA:      | <i>Terapêutica</i> |
| ANESTESIA:        | <i>Almir + Fernanda</i>        | N° DA SALA:    |                    |
| CIRURGÃO:         | <i>Desconhecido</i>            | CPF N°:        |                    |
| AUXILIAR:         | <i>Leanaldo</i>                | CPF N°:        |                    |
| ANESTESIA:        | <i>Rogel</i>                   | CPF N°:        |                    |
| INSTRUMENTADORA:  | <i>Flovie</i>                  | CPF N°:        |                    |

## 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 N° 75                                                      | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     |       | LUVA N° 70                                                      | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO                                            | PAR    | 08     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 100    |       | 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    | 50     |       | SERINGA 5CC                                                     | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE N°              | UNID. |        |       | SERINGA 3CC                                                     | UNID.  |        |       |
| FORMOL                  | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO                                                | FRASCO | 07     |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL                                                   | UNID.  |        |       |
| JELCO N°                | 30    | UNID.  | 01    |                                                                 |        |        |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA<br>Bolhas: 05<br>Cupom: 05<br>algodão c/antiplástico |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       |                                                                 |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                                                                 |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                                                                 |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                                                                 |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                                                                 |        |        |       |
| MONONYLON               | 20    |        |       | ENFERMARIA: Rosiane                                             |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       |                                                                 |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE: Ronna                                               |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                                                                 |        |        |       |



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

NOME Genilson da Silva Sales IDADE anos DATA 29/05/2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 05 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA(  )GERAL(  )RAQUE(  )BLOQUEIO(  )PERIDURAL(  )SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA LMC CIRURGIÃO 

| SINAIS VITAIS                   | HORÁRIO       |  |               |
|---------------------------------|---------------|--|---------------|
|                                 | ADMISSÃO      |  | SAÍDA         |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)         | <u>136/42</u> |  | <u>120/57</u> |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)       | <u>84</u>     |  | <u>74</u>     |
| SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%) | <u>98</u>     |  | <u>100</u>    |
| TEMPERATURA AXILAR (°C)         | <u>—</u>      |  |               |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)   | <u>—</u>      |  |               |
| NOME/ MATRÍCULA                 | <u>Paulo</u>  |  |               |

| ÍNDICE DE ALDRETTES KROLIK |                                                                                             |       | ADMISSÃO                              |                            | SAÍDA                                 |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| ATIVIDADE MUSCULAR         | Movimenta os quatro membros                                                                 | 2     | 2 <input type="checkbox"/>            | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                            | Movimenta dois membros                                                                      | 1     | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                            | É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                                | 0     | 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 checked="" type="checkbox"/> |
|                            | Apresenta dispneia ou limitação da respiração                                               | 1     | 1 <input type="checkbox"/>            | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                            | Tem apneia                                                                                  | 0     | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| CIRCULAÇÃO                 | PA em 20% do nível pré-anestésico                                                           | 2     | 2 <input checked="" 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"/>            |
|                            | PA em 50% do nível pré-anestésico                                                           | 0     | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| CONSCIÊNCIA                | Está lúcido e orientado no tempo e espaço                                                   | 2     | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                            | Desperta, se solicitado                                                                     | 1     | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>            |
|                            | Não responde                                                                                | 0     | 0 <input type="checkbox"/>            | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/>            |
| SATURAÇÃO O <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 checked="" type="checkbox"/> |
|                            | Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%                             | 1     | 1 <input checked="" 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"/>            |
| ESCALA DE DOR ADMISSÃO     |                                                                                             | TOTAL | <u>09</u>                             |                            | <u>10</u>                             |
| ESCALA DE DOR SAÍDA        |                                                                                             | ASS.  |                                       |                            |                                       |

| SONDA VESICAL | ( <input type="checkbox"/> )DRENO DE SUÇÃO | ( <input type="checkbox"/> )DRENO TORACICO | ( <input type="checkbox"/> )DVE | ( <input type="checkbox"/> )COLOSTOMIA | SONDA ( <input type="checkbox"/> )NASOG ( <input type="checkbox"/> )NASOE |
|---------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| hs            | mL                                         | hs                                         | mL                              | hs                                     | mL                                                                        |
| hs            | mL                                         | hs                                         | mL                              | hs                                     | mL                                                                        |

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:**  
05:30 Admitido na EPA no pós de LMC de fármaco exp. de tonsílio, sob efeito de injeção de lidocaina, ond. todos, esp. cervical, auxiliar, intubado, paral.

07:15 Desligados curativos na região submamária, que apresentava hérnia.

08:00 Ptos cl. de SRPA.

**PREScrição MÉDICA**

ALTA SEM COMPARECIMENTO  
HORÁRIO

Dra. Regine Bezerra  
CRM 445930  
ANESTESIOLOGISTA

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

**PROTOCOLO** [  ] 2 [  ] 3 [  ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [  ] PED [  ] NEURO [  ] GERAL [  ] 4 [  ] QUEIM. CLÍNICA: [  ] PEDI [  ] ORT [  ] NEU [  ] CIR [  ] MÉD





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29/05/2019

|                   |                                   |                |                       |
|-------------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------|
| NOME DO PACIENTE: | <u>Renilton da Silveira efeus</u> | PRONTUÁRIO N°: | <u>512540</u>         |
| DIAGNÓSTICO:      | <u>Intubação laringea</u>         | CIRURGIA:      | <u>Tendinoplastia</u> |
| ANESTESIA:        | <u>Ketamina + Fentanyl</u>        | Nº DA SALA:    |                       |
| CIRURGÃO:         | <u>Diléguas</u>                   | CPF Nº:        |                       |
| AUXILIAR:         | <u>Lorenato</u>                   | CPF Nº:        |                       |
| ANESTESIA:        | <u>Roque</u>                      | CPF Nº:        |                       |
| INSTRUMENTADORA:  | <u>Flavia</u>                     | CPF Nº:        |                       |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                                                | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|--------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 01     |       | LÂMINA DE BISTURI                                            | 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- GOTAS     | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC                                                 | UNID.  | 01     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 50     |       | SERINGA 5CC                                                  | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. |        |       | SERINGA 3CC                                                  | UNID.  |        |       |
| FORMOL                  | ML    |        |       | SORO FISIOLÓGICO                                             | FRASCO | 07     |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL                                                | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº                | UNID. | 01     |       |                                                              |        |        |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA<br>bulletins/05<br>coton/05<br>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: <u>Josiane</u>                                   |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE: <u>Romme</u>                                     |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                                                              |        |        |       |





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

240216

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

210801

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                                                 |                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 5-Nome: <b>DENILSON DA SILVA ALVES</b>                                                          | 6 - Frontuário: <b>512540</b>                                        |
| 7-CNS: <b>706205564833068</b>                                                                   | 8-Nascimento: <b>20/11/1991</b>                                      |
| 9-Sexo: <b>Masculino</b>                                                                        | RG: <b>2992402 - SSP PI</b>                                          |
| 10-Mae: <b>JOSIMA DA SILVA ALVES RODRIGUES</b>                                                  | 12-Fone: <b>86-99561-7881</b>                                        |
| 11-Resp: <b>GRECIA DA ROCHA</b>                                                                 | 14-Cor: <b>Parda</b>                                                 |
| 12-Endere: <b>QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - CEP: 64000-010</b> |                                                                      |
| 16-Município: <b>TERESINA</b>                                                                   | 17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-010</b> |

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

pt se refatou su intum. da orelha ote  
moto com trauma da face

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:

Fratura de mandíbula

24-CID Princ:

25-CID Secu.:

26-CID C.ass.:

S026

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                        |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 27-Cod.Proced.: <b>0404020500</b>                                                                                                                                                                                                                                      | 27-Procedimento Solicitado: <b>OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA</b>      | Tabela SUS<br>3                                                                     |
| 29-Clinica:                                                                                                                                                                                                                                                            | 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:<br><b>02 01 CPF 181.004.063-91</b> | <b>Dr. Juscelino Lopes da Silva</b><br>Cirurgião-Dentista Facilitador<br>CRM-PB 361 |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:<br><b>JUSCELINO LOPES DA SILVA</b>                                                                                                                                                                                        | 34-Data Solicitação:<br><b>01/06/2019</b>                                              | 35-Ass.Carimbo Med.Sec.:<br>CRM-PB 361                                              |
| 45 - Vínculo com a Previdência:<br><input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado |                                                                                        |                                                                                     |

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

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 45 - Vínculo com a Previdência:<br><input checked="" type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### AUTORIZAÇÃO

|                                                                                    |                                         |                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizado:                                              | 47-Data Autorização:<br><b>04/06/19</b> | <b>Caio Pires Ferreira Filho</b><br>Assessor de Auditoria FCA/FMS<br>CRM-PB 361 CPF 181.004.063-91<br>Assessoria de Consulta |
| 48-Documento: <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | 49-Num. Documento:                      |                                                                                                                              |

|                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):<br><b>ANTONIO EIRIVAN</b><br>Consultor Socio: 772914<br>Consulta SUS: 772914<br>Impressão: 01/06/2019 10:24:40 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                                                        |                         |  |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE<br/>INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b> | <b>Nº LAUBO: 210801</b> |  |
| <b>AIH: 2219100424156</b>                                              |                         |  |
| FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO                              |                         |  |

#### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| CARTÃO SUS      | NOME DO PACIENTE        |                                 | NASCIMENTO    | SEXO | PRONTUÁRIO |
|-----------------|-------------------------|---------------------------------|---------------|------|------------|
| 706205564833668 | DENILSON DA SILVA ALVES |                                 | 28/11/1991    | M    | 512540     |
| DOCUMENTO CPF   | TELEFONE                | NOME DA MÃE                     | RESPONSÁVEL   |      |            |
| 8695541497      |                         | JOÉLMA DA SILVA ALVES RODRIGUES | 512540        |      |            |
| CEP             | ENDEREÇO - LOGRADOURO   |                                 | NUMERO / LOTE |      |            |
|                 | RUA 04                  |                                 | 348           |      |            |
| BAIRRO          | COMPLEMENTO             |                                 | MUNÍCPIO      |      | UF         |
| SAO JOAQUIM     | VILA CARLOS FEITOSA     |                                 | TERESINA      |      | PI         |

#### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO APRESENTANDO TRAUMA EM FACE

**CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
TF: FLC+RX

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| CID 10 PRINCIPAL /DIAGNÓSTICO INICIAL | CID 10 SECUNDÁRIO | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| S026 - FRATURA DE MANDÍBULA           |                   |                          |

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
4404020300 - OSTEOSÍTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

|                                   |                                                               |                          |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|
| LEITO/CLÍNICA                     | PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) |                          |
| ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA            |                                                               |                          |
| CARÁTER<br>URGÊNCIA               | DATA SOLICITAÇÃO<br>01/06/2019                                |                          |
| DATA ADMISSÃO<br>01/06/2019 10:25 | DATA ALTA<br>02/06/2019 08:00                                 | MOTIVO ALTA<br>MELHORADO |

#### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

**TIPO ACIDENTE**   **CNPJ SEGURADORA**   **Nº DO BILHETE**   **SÉRIE CNPJ DA EMPRESA**   **CNAE EMPRESA**   **CBOR NATUREZA DA LESÃO**

#### AUTORIZAÇÃO

|                                                                                                                                      |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b><br><br>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES<br>CPF: 00834632391 CRM: | <b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO / AUDITORIA</b><br><br>CRM: |
| DATA ANÁLISE: 01/06/2019 10:51:41                                                                                                    | DATA ANÁLISE:                                                                   |

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

José Carlos Mendes de Oliveira  
Matrícula: 4700  
SAMU 192  
CONFIRA COM O SAMU





## FOLHA DE ANESTESIA

### UNIDADE DE SAÚDE

|                                                                                                                                                                                             |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE <i>Verdson da Silva Oliveira</i>                                                                                                                                           |                                                       |                                    |                          |                            | Nº DE REGISTRO <i>51-2540</i>                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| DATA: <i>01/06/19</i>                                                                                                                                                                       | P. ARTERIAL <i>121 x 74 mm Hg</i>                     | PULSO <i>90 ppm</i>                | RESPIRAÇÃO <i>14 ppm</i> | TEMPERATURA <i>35,8 °C</i> | PESO <i>80 kg</i>                                                                                                                                              | ALTURA                                                                                                                                                                                                                                           |
| EXAMES DE SANGUE                                                                                                                                                                            | GR. SANGUÍNEO                                         | HEMATOMETRIA                       | HEMOGLOBINEMIA           | HEMATOCRITOS               | GLICEMIA                                                                                                                                                       | DOS. URÉIA                                                                                                                                                                                                                                       |
| EXAMES DE URINA <i>Nega comitóvelas (ASA I)</i>                                                                                                                                             |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Nega alergias</i>                                                                                                                                                    |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Soprum completo de 8 horas</i>                                                                                                                                      |                                                       |                                    |                          |                            | ELETROCARDIOGRAMA                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                                                                                                                                                        |                                                       |                                    |                          |                            | ASMA                                                                                                                                                           | BRONQUITE                                                                                                                                                                                                                                        |
| SISTEMA DIGESTIVO                                                                                                                                                                           |                                                       |                                    | SISTEMA URINÁRIO         |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ESTADO MENTAL                                                                                                                                                                               |                                                       |                                    | CORTICOIDES              | ATARAXICOS                 | OUTROS                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO                                                                                                                                                                   |                                                       |                                    | FÍSICOS                  |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)                                                                                                                                                               |                                                       |                                    | APLICADO AS              | EFEITOS                    |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                                                                                                                                                         | OXIGÉNIO<br>1 Serepax 400<br>2                        | 05-140 10-140 15-140 21-140        |                          |                            |                                                                                                                                                                | TOTAL DE DOSES                                                                                                                                                                                                                                   |
| LÍQUIDOS                                                                                                                                                                                    | SO-UOTO 500<br>400<br>SANGUE 300<br>200<br>OUTROS 100 | 500 ml 300 ml                      |                          |                            |                                                                                                                                                                | <i>1. Serepax 400 mg<br/>2. Serepax 400 mg<br/>3. Venoso 30 ml<br/>4. Pantamol 300 mg<br/>5. Glicorilina 5x 60 mg<br/>6. Propofol 300 mg<br/>7. Secundulina 100 mg<br/>8. Cloracef 40 mg<br/>9. Ciprofloxacin 2 g<br/>10. Dexametasona 15 mg</i> |
| TEMPERATURA T                                                                                                                                                                               | 260<br>240<br>etc...<br>38                            | 240 220 200 180                    |                          |                            |                                                                                                                                                                | SEQUÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                        |
| P. ARTERIAL V O PULSO                                                                                                                                                                       | Satpaix                                               | 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10 |                          |                            |                                                                                                                                                                | <i>1. Diprivan 2 g<br/>2. Rombum 500<br/>3. Fensulam 30 mg<br/>4. Cetipene 4 mg<br/>5. Metocarbamol 2 mg<br/>6. Nitroglycerina 2 mg<br/>7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.</i>                                                                     |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X                                                                                                                                                                    |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                | DURAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                          |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO                                                                                                                                                                       |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| RESPIRAÇÃO O                                                                                                                                                                                |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| SÍMBOLOS ANESTESIA : INÍCIO : 05-140 ; FIM : 11-140                                                                                                                                         |                                                       |                                    |                          |                            | INCIDENTE - ACIDENTE                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| TÉCNICAS <i>Anestesia geral bolusseca</i>                                                                                                                                                   |                                                       |                                    |                          |                            | <i>Até anestesia sem intubação rúncia Jair Luiz Mendes de Oliveira<br/>Matrícula: 47300<br/>SAE-HUT<br/>CONSELHO<br/>ESTADUAL<br/>DE MEDICINA<br/>CAMPANHA</i> |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| OPERAÇÕES <i>Extratorrto cirúrgico de fratura de mandíbula</i>                                                                                                                              |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| CIRURGIOS <i>Jair L.</i>                                                                                                                                                                    |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ANESTESISTAS <i>Primo Victor</i> <i>Paulo Ricardo Souza Kapp</i>                                                                                                                            |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| MEDICO <i>CRA-PI 5625</i>                                                                                                                                                                   |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| NOTA: TOT 3,0 crômico marina esquerda com tubo envolto em gel; valvulas metálicas certas, de extintores arancio e particularidades de pintar de marcas; porcos rompido revestido e contorno |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS                                                                                                                                                          |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| A SRPA estável, sem pressão em AA; sem queimaduras na pele AA: 99%                                                                                                                          |                                                       |                                    |                          |                            |                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |

MOD 76 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 01/06/2019

|                   |                                 |                |               |
|-------------------|---------------------------------|----------------|---------------|
| NOME DO PACIENTE: | <u>D. milson da Silva Alves</u> | PRONTUÁRIO Nº: | <u>542540</u> |
| DIAGNÓSTICO:      |                                 | CIRURGIA:      |               |
| ANESTESIA:        | <u>Pedro Victor.</u>            | Nº DA SALA:    | <u>09</u>     |
| CIRURGIAO:        | <u>José Lelino</u>              | CPF Nº:        |               |
| AUXILIAR:         | <u>Randiolo</u>                 | CPF Nº:        |               |
| ANESTESIA:        | <u>Orval</u>                    | CPF Nº:        |               |
| INSTRUMENTADORA:  | <u>Sana</u>                     | CPF Nº:        |               |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT.     | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                                                                                  | UNID.  | QUANT.     | PREÇO |
|-------------------------|-------|------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | <u>02</u>  |       | LÂMINA DE BISTURI                                                                              | 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>04</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>useo ua</u>                                                                                 | UNID.  | <u>05</u>  |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT.     | PREÇO | OCORRÊNCIA                                                                                     |        |            |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |            |       | JORNAL LUSA NOTÍCIAS DE SANTA MARIA<br>Matrícula: 47390<br>SAU PO HUY<br>CONFERENCIAL ORIGINAL |        |            |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |            |       |                                                                                                |        |            |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |            |       |                                                                                                |        |            |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |            |       |                                                                                                |        |            |       |
| ALCOFIL                 |       |            |       |                                                                                                |        |            |       |
| MONONYLON <u>2.0</u>    | UN    | <u>01</u>  |       | ENFERMARIA: <u>Klenio</u>                                                                      |        |            |       |
| FITA UMBILICAL          |       |            |       | ENFERMERA: <u>Klenio</u>                                                                       |        |            |       |
| VICRYL <u>4.0</u>       | UN    | <u>02</u>  |       | CIRCULANTE: <u>Jeyney</u>                                                                      |        |            |       |
| PROLENE                 |       |            |       |                                                                                                |        |            |       |



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA *ANESTESIA NEW*

| NOME <i>Denilson da Silva Alves</i>                                                                                                                                                                                      | IDADE _____ anos                                                                                                                                                                                 | DATA <i>01/06/2019</i>                  |                              |                                     |                                                                    |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| HORÁRIO DE ADMISSÃO <i>11 hs20 min</i>                                                                                                                                                                                   | TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO |                                         |                              |                                     |                                                                    |                                       |
| CIRURGIA REALIZADA _____                                                                                                                                                                                                 | CIRURGIÃO _____                                                                                                                                                                                  |                                         |                              |                                     |                                                                    |                                       |
| SINAIS VITais                                                                                                                                                                                                            | HORÁRIO                                                                                                                                                                                          |                                         |                              |                                     |                                                                    |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                          | ADMISSÃO                                                                                                                                                                                         |                                         | SAÍDA                        |                                     |                                                                    |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                          | PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) <i>146/66(84)</i>                                                                                                                                                        | <i>96</i>                               | <i>163/87</i>                |                                     |                                                                    |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                          | FREQUÊNCIA CARDIACA (bpm) <i>79</i>                                                                                                                                                              |                                         | <i>96</i>                    |                                     |                                                                    |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                          | SATURAÇÃO DE O2 (%) <i>92%</i>                                                                                                                                                                   |                                         | <i>97</i>                    |                                     |                                                                    |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                          | TEMPERATURA AXILAR (0°C) <i>—</i>                                                                                                                                                                |                                         | <i>—</i>                     |                                     |                                                                    |                                       |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (pmi) <i>—</i>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                  |                                         |                              |                                     |                                                                    |                                       |
| NOME/ MATRÍCULA <i>Paulo</i>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                  |                                         | <i>Paulo</i>                 |                                     |                                                                    |                                       |
| ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                  |                                         |                              | ADMISSÃO                            |                                                                    | SAÍDA                                 |
| MOVIMENTAÇÃO 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"/>            |
| RESPIRAÇÃO                                                                                                                                                                                                               | 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"/> |
|                                                                                                                                                                                                                          | 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 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                                                                                                                                                                                                              | Está lucido e orientado no tempo e espaço                                                                                                                                                        | 2                                       | 2 <input type="checkbox"/>   | 2 <input type="checkbox"/>          | 2 <input type="checkbox"/>                                         | 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                          | Desperga, 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 O2                                                                                                                                                                                                             | 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"/> |
|                                                                                                                                                                                                                          | 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.                                    |                              |                                     |                                                                    |                                       |
| <input type="checkbox"/> SONDA VESICAL                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> DRENO DE SUÇÃO                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> DRENO TORACICO | <input type="checkbox"/> DVE | <input type="checkbox"/> COLOSTOMIA | SONDA <input type="checkbox"/> NASO <input type="checkbox"/> NASOE |                                       |
| hs                                                                                                                                                                                                                       | mL                                                                                                                                                                                               | hs                                      | mL                           | hs                                  | mL                                                                 |                                       |
| hs                                                                                                                                                                                                                       | mL                                                                                                                                                                                               | hs                                      | mL                           | hs                                  | mL                                                                 |                                       |
| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:<br><i>11:30h Adm. Deltomito na EPA no P.OJ de fratura de mandíbula. Sob efeito de anestesia geral - consciente. Respirando espontaneamente. Bom estado geral.<br/>cpr pressao bypass 17990 —</i> |                                                                                                                                                                                                  |                                         |                              |                                     |                                                                    |                                       |
| 13:00 Paciente inconsciente. Morte ?.                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                         |                              |                                     |                                                                    |                                       |
| PRSCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                                         |                              | ALTA SRPA                           |                                                                    |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                  |                                         |                              | HORÁRIO                             | <i>SRPA 13:00h</i>                                                 |                                       |
| 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]                                                                           |                                                                                                                                                                                                  |                                         |                              |                                     |                                                                    |                                       |





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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                                                                                |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 5-Nome: <b>DENILSON DA SILVA ALVES</b>                                                         | 6 - Prontuário: <b>512540</b>   |
| 7-CNS: <b>706205564833068</b>                                                                  | 8-Nascimento: <b>28/11/1991</b> |
| 9-Sexo: <b>Masculino</b>                                                                       | 10-CPF: <b>- - -</b>            |
| 11-Mae: <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-Endor: <b>QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBIKHO I - CONJ. MOCAMBIKHO - 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**

|                                                   |                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| -Cod.Proced.Prncip.<br><b>0404020500</b>          | 30 - Procedimento Principal / Descrição:<br><b>OSTEOSSÍNTSE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA</b>                    |
| 31-Cod.Procedimento Especial<br><b>0702050482</b> | 32 - Descrição do Procedimento Especial:<br><b>PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)</b> |

Quant. Solici-dade:  
**1**

Fornecedor da OEM: **BIOSINTÈSE**

|                                                                 |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 38-Profissional Responsável:<br><b>JUSCELINO LOPES DA SILVA</b> | 40-Tp. Documento:<br>CPF                         |
| 41-Data Solicitação:<br><b>01/06/2019</b>                       | 42-No.Doc. Méd. Solic.:<br><b>181.004.063-91</b> |

*Dr. Juscelino Lopes da Silva*  
Juscelino Lopes da Silva  
Carimbo: 01/06/2019

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Paciente com Fratura da Mandíbula  
necessário o Ambulatório*

**AUTORIZAÇÃO**

|                                        |                                    |             |
|----------------------------------------|------------------------------------|-------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização:<br><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:<br><b>04/07/19</b> | 52-CNS/CPF:<br><b>Celso Pires Ferreira Filho<br/>Assessor de Auditoria DRC/MPF/PI<br/>CRP-PI 1639 - CPF: 163.563.537-9<br/>CRM-PI 0156000003797-9</b> |
| 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):                                    |                                         | <i>Jucá Luis Monteiro de Melo<br/>Matrícula: 47390<br/>SAME: 1477<br/>CNPJ: 07.333.222/0001-01</i>                                                    |

**TANTONIO RORIVAN**





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Edificação - 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: 27a6m14d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 723914  
Requisição: 959445 Solicitação: 28/05/2019 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES  
Controle: 1227664 Convênio: SUS

### 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 PARANASAIOS 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 - Pore: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CNPJ: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

|             |                                                                                             |                          |                                    |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Paciente:   | <b>DENILSON DA SILVA ALVES</b> (Prontuário: <b>512540</b> )                                 |                          |                                    |
| Endereço:   | QUADRA 47, CASA 11, SETOR A, MOCAMBINHO I - CONJ. MOCAMBINHO - TERESINA - PI CEP: 64000-010 |                          |                                    |
| Nascimento: | 28/11/1991                                                                                  | Idade:                   | 27a6m3d                            |
| Requisição: | 960651                                                                                      | Solicitação:             | 01/06/2019                         |
| Controle:   | 1230537                                                                                     | Convênio:                | S U S                              |
|             |                                                                                             | Solicitante:             | FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA |
|             |                                                                                             | 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 ESFENOÏDAIS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOÏDAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOÏDAIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

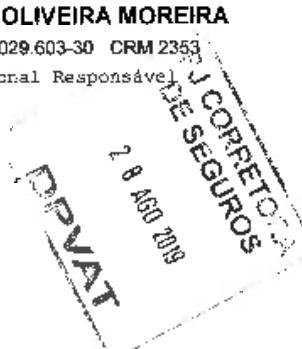
(FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA)

TERESINA - PI 01/06/2019

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



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. 36



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. 37



**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS DURANTE O SEGURO OBMAT**

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.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br)  
SAC DPFAT 0800 022 1204

|                                                |                    |                      |                       |                                |  |
|------------------------------------------------|--------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------------|--|
|                                                |                    | EXERCÍCIO<br>2018    |                       | DATA EMISSÃO<br>2/8/2018       |  |
| VIA                                            | OFF / INPU         |                      | PLACA                 |                                |  |
| 1                                              | 18096280325        |                      | HTR-0367              |                                |  |
| PERÍODO                                        |                    | MÁRCA / MODELO       |                       | CHASSI                         |  |
| 270211390                                      |                    | HONDA/CG 150 FAM ESI |                       | 9C2KC1670BR306974              |  |
| ANO FAB.                                       | VALORES            |                      |                       |                                |  |
| 2010                                           | 09                 |                      |                       |                                |  |
| PRÉMIO TARIFÁRIO                               |                    |                      |                       |                                |  |
| EMB (R\$)                                      | DEPARTAMENTO (R\$) |                      | CUSTO DO SEGURO (R\$) |                                |  |
| 81,28                                          | 9,03               |                      | 90,31                 |                                |  |
| CUSTO DO PRÉMIO (R\$)                          |                    | VAT (R\$)            |                       | CUSTO DO PRÉMIO DESEGURO (R\$) |  |
| 4,15                                           |                    | 0,70                 |                       | 185,50                         |  |
| PAGAMENTO                                      |                    |                      |                       | DATA DE OUTAÇAO                |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA |                    |                      |                       | 02/08/2018                     |  |
| <input type="checkbox"/> PARCELADO             |                    |                      |                       |                                |  |

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

2011-09-24 14:02:58 07-04

**2<sup>a</sup> SÉRVENTIA EXTRAJUDICIAL DÉ NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS  
RUA BARROSO, CENTRO - N° 1009 - TERESINA - PIAUÍ**

**KERIAN LAGES FURTADO SILVA - ESCRIVENTE**  
Email: R\$ 2.48 TJ; R\$ 0,50 MP; R\$ 0,06 Selv; R\$ 0,26 Total; R\$ 3,30

A white rectangular ticket stub with black printed text. The text reads "DPYAT" at the top left, "PJ CORRETORA DE SEGUROS" in large letters, and "18 AGO 2003" at the bottom.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/07/2020 10:17:23  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007031017228560000010059359>  
Número do documento: 2007031017228560000010059359

Num. 10601370 Pág. 38

## 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  
sequelas: 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          |





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

Num. 10601370 - Pág. 40



## 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 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 027 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: (86) 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 Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Cabo Amador 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 ISO FANESI Ano: 2010/2011

Placa: NIR-0367 Chassi: 9C2KC1670BR306974

Data do Acidente: 28/05/19

2º OFÍCIO DE  
NOTAS E PROTESTO

Local e Data:

Teresina - PI, 07 de Junho de 2019

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
18 480 209

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 - N° 100 TERESINA - PIAUÍ

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO JULIO RODRIGUES  
EM TESTIMÔNIO DA VERDADE, DOU FÉ, TERESINA, 07/06/2019 13:22:36  
SELO 04072019-0155V CONSULTE EM [www.tjpi.jus.br/painelextra](http://tjpi.jus.br/painelextra)

Kerman Lages Fortado Silva  
KERMAN LAGES FORTADO SILVA - ESCRIVENTE  
Email: R\$ 0,55 TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selos: R\$ 0,28 Total: R\$ 4,98

