

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Jose De Jesus Da Silva Nunes
 RG: 1.448.746 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 28/08/13
 CPF: 758.321.433-53 ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Motorista
 ENDEREÇO: R5 Francisco Trindade s/n Box C-23 Nº:
 COMPLEMENTO: casa BAIRRO: Urbano
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelly Roze Soares Marques
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Recusado
 ENDEREÇO: Rua 24 De Janeiro Nº: 544
 BAIRRO: Centro CIDADE: Teresina UF: PI CEP: 64000-235

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

Jose De Jesus Da Silva Nunes

Data do acidente de trânsito: 28/08/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: TERESINA PI 13.9.2019

Jose De Jesus Da Silva Nunes

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

VITORIO THEMISTOCLES SAMPAIO
 3º Ofício de Notas
 Alessandro Alves de Sousa
 Escrevente Autorizado
 Teresina - PI

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTE O SELO
 DIGITAL

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSE DE JESUS DA
 SILVA NUNES, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE
 Teresina-PI, 13/09/2019.
 www.tjpi.jus.br/portaleletr.
 ALESSANDRO ALVES DE SOUSA-ESCREVENTE AUTORIZADO
 Enot: 3,85 Tc: 0,77 Fmfp/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - 09:117
 Procuração Particular

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		Prontuário: 134436	
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai:		
End.Resid.: QD. X, CS. 23, RES. FRANCISCA TRINDADE - SANTA MA. COOPI - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99963-1428
Responsável: WILDA - ESPOSA	CNS:		
Profissão:	Documento: Reg.Nasc: SEM DOCUMENTAÇÃO		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 176634	Entrada: 18/08/2019 20:47:14	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): Queda de moto			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
--------------------------------	----------------	-----------------

Breve História Clas. Risco:

HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES
ENTREGUE
Documento Comiss. Exame Ocular
THE 02/09/19
Sala de Exame

SSVV:

(Hora: ____:____)

peso: Kg Altura: m IMC: Kg/m² Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

- Paciente vítima de acidente motorciclístico há 40 minutos. Refere ter se chocado contra montanhão de areia. Ausente escoriações em face, apresenta ausência confusão mental. Ao exame JCG=14. Eucórego, eufórico. Abdomen inocente.

Exames Complementares:

Exames Complementares:

- RX do Tronco.
- Fratura de mandíbula, costela e omósteo.

TC de crânio + envia para neurologista no HVS.

Prescrição Médica:

1. Tramadol 50mg + 100mg + 50mg x 4x ao dia
= 80pts/min. Preenchida solicitação de vaga no HVS (sem urgência).

Dr. Aderson Aragão Moura
Gastroenterologista e Coloproctologista
CRM - PI 4115

Motivo da Alta/Encerramento:

alta dominical

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: JOANA LUISA MONTES DE MESQUITA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 47390

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

Joana Luisa Montes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

- Neurologia: OK
- Buco-Maxilo: OK
* Cirurgia Cardíaca: OK

Imp: 19/08/2019 00:03:44

(User: GILBERTO)

- Cirurgia Cardíaca

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		Prontuário: 341441	
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA		Pai: RAIMUNDO DA SILVA NUNES	
End.Resid.: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m24d	Sexo: Masculino	Fone: 86 3218 5445
Responsável: MILDIA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES		CNS: 704509364518910	Documento: CPF: 758.321.433-53
Profissão: MOTO TAXISTA		E.Civil: Casado(a)	
G. Instrução: Não informado			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 736799	Entrada: 18/08/2019 23:50:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEIMAS	Classificação: Déficit neurológico novo	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: ACIDENTE DE MOTO DE ALTO IMPACTO, DESORIENTAÇÃO, VÔMITO, EPISTAXE, RAIO X EVIDENCIA TRAUMA DE MANDÍBULA, TRAUMA DE BASE, ORBITA ESQUERDA E COSTAL A DIREITA, NEGA ALERGIA, NEGA OUTRAS PATOLOGIAS, NÃO FEZ USO DE MEDICAMENTOS		FRANCISCO ALEXANDRE DE SOUZA COREN 14735 PI Em: 19/08/2019 00:04:00

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE DUAS HORAS. MENCIONA USO DE CAPACETE, MAS O MESMO FOI SACADO DURANTE O OCORRIDO. RELATA PERDA MOMENTANEA DA CONSCIENCIA, NEGANDO VÔMITOS, OTORRÉIA OU RINORRÉIA.

VEIO TRANSFERIDO DO HOSPITAL BUENOS AIRES PARA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA, JÁ PORTANDO RELATÓRIO DE TRANSFERENCIA, ONDE O MESMO CITA REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CRÂNIO E TORAX, EVIDENCIANDO FRATURA DE FACE, SEM COMOEIR REGIÃO COSTAL A DIREITA.

A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICA SEM COLAR CERVICAL OU FRANCHA RÍGIDA

B) MURMÚRIO VESICULAR DIMINUIDO A DIREITA, PULSO: 76.BPM, SAT 02:97 C/RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. PA 120x80mmHg, ABDOME INOCENTE. D) PACIENTE ENCONTRA-SE COLABORATIVO E ORIENTADO. E) ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

Diagnóstico Inicial: CID: S02.4 P: 0404020526

Exames Complementares:

(1287567) - T.C. DE CRÂNIO
(1287568) - T.C. DE FACE
(1287570) - T.C. DE TORAX

Prescrição Médica:

SOLICITO EXAMES COMPLEMENTARES E AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA (NEUROCIRURGIA E CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL), SEM COMO REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL.

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto) DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

Assinatura Paciente ou Responsável: 10:50h - Solicito contato com Buco-Maxilo através da telefonista p/ avaliação

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE
CRM: 29/08/2019 08:00

João Luiz Mendes de Mesquita
Márcia de Jesus
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

Imp: 18/08/2019 23:54:01

[User: ALEXANDRO IBIRAPINA]

[Estatão: ACCR01]

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Nº 1010
20/8/19 10:10

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES	Prontuário:	341441
Mãe:	FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	Pai:	RAIMUNDO DA SILVA NUNES
End.Resid.:	QD X CASA 23 - SANTA MA. COCPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	22/02/1975	Idade:	44a5m24d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99407-7747
Responsável:	MILDA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES	CNS:	704509364518910
Profissão:	MOTO TAXISTA	Documento:	CPF: 758.321.433-53
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Casado(a)
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	736799	Data:	18/08/2019 23:50:00	Condução:	AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLISTA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
			CID Secundário:	V299	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEDAS	Déficit neurológico novo	CIRURGIÃO GERAL	Amarelo
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
ACIDENTE DE MOTO DE ALTO IMPACTO, DESORIENTAÇÃO, VÔMITO, EPISTAXE, PAIO X EVIDENCIA TRAUMA DE MANDIBULA, TRAUMA DE BASE, ORBITA ESQUERDA E COSTAL A DIREITA, NEGA ALERGIA, NEGA OUTRAS PATOLOGIAS, NAO FEE USO DE MEDICAMENTOS		FRANCISCO ALEXANDRO DE CARVALHO COREM 14765 PI Em: 18/08/2019 23:54:01	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 06:07)

cir. geral - Paciente vítima de acidente de moto.
ao CT, hemodinamicamente estável, em regular estado
geral, eupneico em ar ambiente. AP: tórax simétrico
alveolar cardiopulmonar normal bilateralmente. Abdomen:
macio, indolor sem VMB ou defesa. TC de tórax com
pneumonia? patológica de costelas? sem pneumo/hemotórax.
A Ed: alta da cir. geral. sol. avaliação da ortopedia.

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Dr. Ricardo	06:30
Dr. Ricardo	
Dr. Ricardo	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	1/1	HORA:		Se Internação, indique o Procedimento e CID
			Procedimento	CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Milda Domingos

Dr. Ricardo
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3766 - TETO: 11/10
Tel: (86) 9888-1111

Assinatura - Profissional Médico

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica - HUT
Médica: 47390
CONFERE: C.M.O. ORIGINAL

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

José de Jesus da Silva Nunes

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de mandíbula

Operação - Tipo

Redução + fixação de mandíbula

Cirurgião

Carlos Eduardo

1º Assistente

Denis

2º Assistente

Wesley

3º Assistente

Leu

Instrumentador(a)

Renata

Anestesista

João

Anestesia

Caral

Anestésico(a)

Data da Operação

20/08/19

Início

15:00

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura de mandíbula

Relatório Imediato do Patologista

φ

Acidente Durante a Operação

φ Não houve

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1 - Exatidão anatômica

2 - Antissepsia extra-oral e operação de tempo

3 (Exatidão) infiltração de xilo 2% com vaso

4 - Acesso submandibular @ + bloqueio

5 - Redução anatômica e fixação (02 placas e 09 parafusos de 2.0mm)

6 - Sutura por plano + bloqueio de bloqueio

7 - Curativo

João Luis Mendes de Mesquita
Matrícula: 47360
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

19.08.19 - 00:30 - Neurocirurgia - Acidente

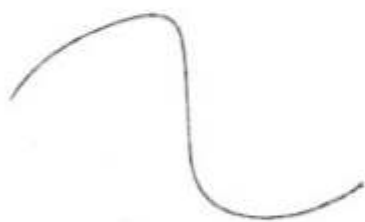
de moto sem capacete, ingestão de bebida alcoólica.

Exame: consciente, orientado, Glasgow 15, edema
de hemiflexão direita principalmente orbital direita,
sangramento orofaríngeo, movimenta os quatro membra

Tr de crânio: sem afecções neurocirúrgicas.

com: Alta da neurocirurgia

• Avaliação da boca, cirurgia geral



Dr. Leonardo Moura
Neurocirurgia
CRM - PI 367

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORTOPEDICO

02:45h - Solicita novamente à telefonista, contato com Cirurgia Buca
maxilo pl avaliação do paciente

Jucilene Aguiar de Silva
Enfermeira
COREN - PI 177.884

03:05 - Feito novo contato com a telefonia para solicitar presença
do bucomaxilo para avaliação do paciente.

Isaac Alcofora
ENFERMEIRO
COREN-PI 325.29

CTBMF 19/08/19 às 04:23

CID S02.6
COD: 0404020500

Paciente vítima de acidente motociclístico, orientado,
Ao exame físico foi observado desconforto na face, alteração
no arco pupilar (1), mucosa do lábio inferior sem abertura
labial eficiente, apresentando apenas 2 dedos para abertura
Ao exame de imagem o paciente apresentava fratura
mandibular localizada na parasinfise, com deslocamento
Fórmula de avaliação da boca após avaliação das dimensões

#CTBMF# 19/08/19 07:50

Paciente vítima de acidente motociclístico
Apresentou ao exame TC de face fratura de
sínfise mandibular com indicação de redução
e fixação interna rígida.

Conduta: Internação e planejamento cirúrgico

Dr. Fernando de Souza Brito
Cirurgião Bucal e Maxilofacial
CRM 100.000.000-0

Dr. Fernando de Souza Brito
Cirurgião Bucal e Maxilofacial
CRM 100.000.000-0

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matriculada: 47399
SAME - HJT
CONFERE COM O ORIGINAL



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR3
24155

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 245603
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES	6 - Prontuário: 341441		
7-CNS: 704509364518910	8-Nascimento: 22/02/1975	9-Sexo: Masculino	CPF: 758.321.433-53
10-Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA	12-Fone: 86-99407-7747		
13-Resp: MILDA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES	14-Cor: Parda		
15-Ender: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - 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: Dr. (Médico), resumo			
21 - Condições que justificam a internação: 12 de Fone, procedimentos cirúrgicos 33 medicação			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): 12 de Fone			
23-Diagnóstico Inicial: Fratura de mandíbula	24-CID Prim: S026	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0404020550	27-Procedimento Solicitado: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA	Tempo SUS 3	
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 957.650.423-68
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO	34-Data Solicitação: 20/08/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50- Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM) Dr. João Luís Mendes de Mesquita Estrada: 47390 Cidade: 137 Conselho
48-Documeto: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: ANTONIO EURIVAN Senha Local: 736799 Consulta SUS: Impressão: 20/08/2019 16:26:40

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 234155
AIH: 2219101831573

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

704509364518910

NOME DO PACIENTE

JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

NASCIMENTO

22/02/1975

SEXO

M

PRONTUÁRIO

341441

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA

RESPONSÁVEL

NILDA DOMINGAS

CEP

64000010

ENDEREÇO - LOGRADOURO

QD= X CASA 23

NÚMERO / LOTE

23

BAIRRO

SANTA MARIA DA CODEPI

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE DUAS HORAS. MENCIONA USO DE CAPACETE, MAS O MESMO FOI SACADO DURANTE O OCORRIDO. RELATA PERDA MOMENTÂNEA DA CONSCIÊNCIA, NEGANDO VÔMITOS, OTORRÉIA OU RINORRÉIA. VEIO TRANSFERIDO DO HOSPITAL BUENOS AIRES PARA AVALIAÇÃO ESPECIALIZADA, JA PORTANDO RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA, ONDE O MESMO CITA REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIA DE CRÂNIO E TÓRAX, EVIDENCIANDO FRATURA DE FACE, SEM COMOEIM REGIÃO COSTAL A DIREITA. ESCORIAÇÕES EM MEBROS SUPERIORES E INFERIORES.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME DE IMAGEM : TC DE CRÂNIO E FACE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S026 - FRATURA DE MANDÍBULA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

6404020550 - OSTEOSINTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA

LEITO/CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

18/08/2019

LAURENDO DE SOUSA BRITO JÚNIOR

CPF: 06555977353

CRM:

DATA ADMISSÃO

18/08/2019 23:50

DATA ALTA

21/08/2019 08:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

MARCOS MARTINS SANTOS MOURA

CPF: 07939460362

CRM:

DATA ANÁLISE: 19/10/2019 15:46:39

NOME DO PROFISSIONAL / PARÉCER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 478997
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 20 / 08 / 99

NOME DO PACIENTE:	José de Jesus da S. Mendes	PRONTUÁRIO Nº:	343443
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	João	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Carlos Eduardo	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Genal	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Residente	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURI n° 35	UNID.	03	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5 x 6,5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7,0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	-		PVPI DE GERMANTE	ML	-	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		TOT n° 7,0		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Escolas = 04 Bisturi Eletroco Monofásico = 03 Microscópio = 30 cm AgoFlex n° 4 = 03			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	/						
CAT. GUT. SIMPLES S/AG	/						
CAT. GUT. CROMADO C/AG	/						
CAT. GUT. CROMADO S/AG	/						
ALCOFIL	/						
MONONYLON n° 2,0	03			ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL	/			CIRCULANTE:	Vandilva / Viana		
VICRYL n° 3,0	03						
PROLENE	/						

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - 441
CONFERE COM ORIGINAL

Mononylon n° 5,0 - 03

NOME Pré Louis Silva Nunes IDADE _____ anos DATA 20/08/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 10 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA osteointer de mandíbula CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>147/92</u>	<u>137/92</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>	<u>82</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>95%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Pré</u>	<u>Pré</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE-KROULIK

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input checked="" type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ 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 ₂ menor que 90% mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL

ASS.

09funcilma

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Paciente admitido na SRPA em POE de
osteointer de mandíbula; segue rotina; constantes; aa -
Enferm: funcilma
484.168

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Joana Luiza Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 ASSINAR COM O ORIGINAL

ALTA SRPA

Enferm R. S. Mendes Gomes
 CRM-PI 4924

Alta da RPA
 Sem Anestesia

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

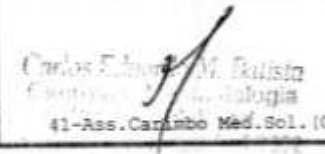
1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	245603

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES			6 - Prontuário:	341441
7-CES:	704509364518910	8-Nascimento:	22/02/1975	9-Sexo:	Masculino
				CPF:	758.321.433-53
11-Mãe:	FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA			12-Fone:	86-99407-7747
13-Resp:	MILDA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES			14-Fone:	86-99407-7747
15-Ende:	QD X CASA 23 - SANTA M. CODIPI - CEP: 64000-010				
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI
				19-CEP:	64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0404020550	OSTEOSSÍNTese DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Soli- cidada:
0702050482	PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	2
Fornecedor da OFM: BIOSÍNTESE		

38-Profissional Responsável:	40-Tp. Documento:	
JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO	CPF	
39-Data Solicitação:	40-No.Doc. Méd. Soli.:	
20/08/2019	957.650.423-68	41-Ass.Carimbo Méd.Sol. (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Procedimento urgente dos Amulosa com

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
	/ /	
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
	/ /	
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

(ANTONIO EURIWAN)

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Joana Luiza Mendes da Mesquita
Matrícula: 47580
SAME - MUT
LEVE COM O ORIGINAL



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Dieta líquida pastosa			MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE BUCOMAXILOFACIAL	212	09
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS				
DATA: 21/08/13 HORA: 17:10h	HORÁRIO				
1) Dieta líquida pastosa					
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h					
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h					
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h					
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h					
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h					
7) Alta Hospitalar					

PRESCRIÇÃO MÉDICA
DATA: 21/08/13 HORA: 17:10h

8h: Pct de alta hospitalar
Enfo. Somatização crônica
388417

Dr. José Carlos O. Gomes Filho
CRM: 10.000.000-0
OBSERVATÓRIO DE PATOLOGIA ORAL
OBSERVATÓRIO DE PATOLOGIA ORAL



PPREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DUO

NOME DO PACIENTE	Jesus, J. Jesus Le Silva Neto	PRONTUÁRIO	341411	D. NASCIMENTO		CLÍNICA	09	ENF. ou APT.	09	LEITO	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	2.5 DIT-1 Fatores neurobiológicos	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE									
PRESCRIÇÃO MÉDICA		BUCOMAXILO									
DATA: 20/08/16 HORA: 7:00		OBSERVAÇÕES									
1) Dieta líquida - pastosa		Realizado exame em 20/08/16									
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h		Pós-Op. Bochecho com água e sal									
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h		13:15h Encaminhado p/ C.E.									
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h		Cristina Ribeiro									
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+AD, EV de 6/6h		18/08/16									
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h		18/08/16									
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h		18/08/16									
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia		18/08/16									
9) SSVV + CCGG		18/08/16									
Joana Luiza Mendes de Mesquita		18/08/16									
Mantendo 47390		18/08/16									
SAME - HUT		18/08/16									
CONFERE COM O ORIGINAL		18/08/16									

Encaminhado ao CC às 13:30h.

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Prontuario:

341441

Internação:

245603

Nome: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

End. Resid.: QD X CASA 23 - SANTA AL. CORUPE

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 22/02/1975	Idade: 44a5m25d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: MOTO TAXISTA
Internação		Alta		Permanência
Data 20/08/2019	Hora 16:26	Data 21/08/19	Hora :	

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod.CID:

5	0	2	6

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA:

Data:

10/08/19

Tipo:

Intervenção h fctm

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: () Curado (x) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:



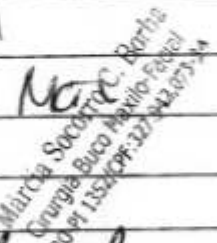
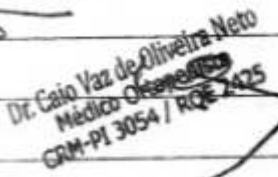

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar

Dr. José Carlos O. Gomes Filho
Cirurgia BUCO-MAXILO-FACIAL
IMPLANTODONTIA
CRO-PI 2200

Joana Luísa Mendes
Metrícula 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Nome:	José de Jesus do Silva Nunes			Prontuário:	343443
Idade:	44	Profissão:		Naturalidade:	
				Procedência:	
DATA	03:30 - Segue aos cuidados da equipe, aguardando parecer bucomaxilo e cirurgia geral. Feito novo contato com a telefonia solicitando a presença dos profissionais.				
19/08/19	01:40 - Já avaliado pelo bucomaxilo, aguarda avaliação da cirurgia geral. Feito contato solicitando profissional.				
	<div style="text-align: right;">  Isaac Alcoforado ENFERMEIRO COREN-PI 315.29 </div>				
	<div style="text-align: right;">  Isaac Alcoforado ENFERMEIRO COREN-PI 17.196 </div>				
5h52'	Realizado (cirurgia) sítio em condado local e aparado (D).				
	Aguarda avaliação da cirurgia geral				
	<div style="text-align: right;">  Marcia Socorro Cirurgião Bucal Maxilo Facial CRM-PI 115409 / RQE 322.073-24 </div>				
07:30h	<u>Ortopedia - Politétrauma</u> Do punho (D) e de um braço Rx - fratura Roda Ant. P? An - Tala, Gesso Revisto + Curativos Alta de Ortopedia Reavaliado B.M.F.				
	<div style="text-align: right;">  Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PI 3054 / RQE 2425 </div>				
	<div style="text-align: right;">  Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47380 SAME - HUT CONFERE COM ORIGINAL </div>				



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 727281917	Nº REGULAÇÃO: 87370	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: NEUROCIRURGIA		
PACIENTE: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES		NASCIMENTO: 22/02/1975

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: 18/08/2019 21:53:13 PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DE ALTO IMPACTO, COM DESORIENTAÇÃO MENTAL. RELATO DE VÔMITO E EPISTAXE. REALIZADOS RAIOS DO TRAUMA EVIDENCIANDO FRATURA DE MANDÍBULA A DIREITA, TRAUMA EM BASE ORBITA A ESQUERDA. FRATURA COSTAL A DIREITA.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS: EXAME CLÍNICO E RX DO TRAUMA			
EXAMES SOLICITADOS: TC DE CRÂNIO E DE FACE			
DIAGNÓSTICO(CID): TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 100bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 16rpm
GLICEMIA: 89mg/dL	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 14	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 18/08/2019 22:07:54
<div><div>Dr. Anderson Moura Gastrocirurgia / Endoscopia Cirurgia Biliopancreatocólica Especialidade Digestiva</div><div>MÉDICO RESPONSÁVEL PELA PRECIPITACÃO / CARIMBO</div></div>

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matriculada: 47390
SAMJE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

RUA Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 36 3219 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)
 Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799
 Requisição: 989421 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 Controle: 1287567 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA 0206010079

Data Exame: 19/08/2019

T.C. DE CRÂNIO

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

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO CENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/08/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luiza Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua: Dr. Otto Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3218.5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CREA: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799
Requisição: 989422 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1287568 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 19/08/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- PAREDES DOS SETOS MAXILARES E ASSOALHO DA ÓRBITA DIREITA;
- PROCESSOS PTIRIGÓIDES;
- SEPTO NASAL;
- PALATO DURO À DIREITA;
- REGIÃO PARASINUSIANAL DIREITA DA MANDÍBULA.

- HEMOSSÍNUSS FRONTAL, ETMOIDAL E MAXILAR BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/08/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Azevedo
Médica 47390
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799
Requisição: 989424 Solicitação: 19/08/2019 Solitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1287570 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 19/08/2019

T.C. DE TORAX

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

RELATÓRIO:

- ATELECTASIAS LAMINARES NAS REGIÕES POSTERIORES DOS PULMÕES.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE FERMÉVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/08/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3080

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47360
SAME - HUT
COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799
Requisição: 989473 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1287691 Convênio: S U S

Cod. SIA: 0204040124

RELATÓRIO:

Data Exame: 19/08/2019

PUNHO DIREITO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227 528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

Joana Luiza Mendes da Mesquita
Metrícula: 67860
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 96 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a6m1d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736799
Requisição: 989473 Solicitação: 19/08/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1287692 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 19/08/2019

MAO DIREITA

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

José Luis Mendes de Mesquita
Médico - R 67460
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86-3216-5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 35.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES** (Prontuário: 341441)
Endereço: QD X CASA 23 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/02/1975 Idade: 44a5m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 245603
Requisição: 990122 Solicitação: 20/08/2019 Solicitante: CARLOS EDUARDO MENDONÇA BATISTA
Controle: 1288935 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/08/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:
 - * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES E ASSOALHO DA ÓRBITA DIREITA;
 - * PROCESSOS PTERIGÓIDES;
 - * SEPTO NASAL;
 - * OSSOS NASAIS;
 - * TÁLIO DURO À DIREITA;
 - * REGIÃO PARAMENTONIANA DIREITA DA MANDÍBULA, ALINHADA;
 - * PAREDE LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA.
- HEMESINUS FRONTAL, ETMOIDAL E MAXILAR BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- LINFOMA/HEMATOMA EM REGIÃO PARAMENTONIANA, JUGAL E MALAR À DIREITA, NASAL, PERIORBITÁRIA E ZIGOMÁTICA BILATERAL.

(BRANDI SILVA)

TERESINA - PI 20/08/2019

DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE

CPF: 566.189.643-34 CRM 3389

Profissional Responsável

Juliana Luiza Mendes de Mesquita
Mantida: 47990
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DEC-2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0475253

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

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

DCC. ORIGEM CERT. NASC. 529 L 11/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



0250386

Assu da Jesus da Silva Nunes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.448.746 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/08/13

NOME JOSÉ DE JESUS DA SILVA NUNES

FILIAÇÃO FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA
RAIMUNDO DA SILVA NUNES

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 22/02/1975

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 25079 L B-76 F 169
EXP TERESINA-PI 12/01/11

CPE TERESINA-PI 758.321.433-53

ASSINATURA DO DIRETOR

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.740/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS
OUTUBRO/2019

VENCIMENTO
31/10/2019

CONSUMO (kWh)
394

TOTAL A PAGAR (R\$)
411,88

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

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		ROT: 17.001.31.11.020500	
Atual:	21824	DADOS DA LEITURA	
Anterior:	21430	Atual:	24/10/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Anterior:	24/09/2019
Consumo Medido:	394	Próxima Leitura:	25/11/2019
Consumo Faturado:	394	Emissão:	23/10/2019
	FCAM	Apresentação:	24/10/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/19 368	CONSUMO 394 A R\$ 0,944936 = 372,30
AGO/19 285	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 30,03
JUL/19 222	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00 0,57
JUN/19 205	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,13
MAI/19 204	MULTA POR ATRASO 09/19-00 7,18
ABR/19 178	JUROS POR ATRASO 09/19-00 1,67
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,70
FEV/19 297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12
JAN/19 365	
DEZ/18 57	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
B A 394 - 0,635310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.848F.DDDF.54CE									
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$					IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$				
Distribuição:	73,20				Base de Cálculo:	372,30		271,78	
Energia:	141,48				Alíquota ICMS:	27,00%			
Transmissão:	23,93				Valor do ICMS:			100,52	
Encargos:	11,71				Valor do PIS:	1,40%		3,82	
Tributos:	121,98				Valor do COFINS:	6,49%		17,64	
INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DNC			PIC			DNC		OR 30
	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Conjunto	TERESINA-MACALIPÁ					Período de apuração:	08/2019	LÍQUID.	100,91

ROT: 17.001.31.11.020500



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, reprimir, e investigar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rege Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José De Jesus De Silva Nunes inscrito
(a) no CPF sob o Nº 758.321.433 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura T.P.A. da Vítima
José De Jesus inscrito (a) no CPF sob o Nº 758.321.433 / 53, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

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

Teresina 14 de novembro de 2019
(local e Data)

Nelle Rege Soares Marques
Assinatura do Declarante

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 758.321.433-53 4 - Nome completo da vítima: José De Jesus Da Silva Nunes

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

5 - Nome completo: José De Jesus Da Silva Nunes 6 - CPF: 758.321.433-53
7 - Profissão: melatonista 8 - Endereço: Con Res Francisca Trunade 9 - Número: 023 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: STA Maria da Piedade 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-321
15 - E-mail: eduanseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 114036 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Assinatura do representante legal (se houver) 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 14/11/19 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 18/08/2019 20:49:36

(User: MAXWELL SANTOS)

(Estação: GERENCIADENTER)

Nome:	JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES			Prontuário:	134436
Mãe:	FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA			Pai:	
End.Resid.:	QD. X, CS. 23, RES. FRANCISCA TRINDADE - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: -				
Nascimento:	22/02/1975	Idade:	44a5m24d	Sexo:	Masculino
Responsável:	MILDA - ESPOSA			Fone:	86-99963-1428
Profissão:				CNS:	
G. Instrução:	Não informado			Documento:	Reg.Nasc: SEM DOCUMENTAÇÃO
				S.Civil:	Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	176634	Entrada:	18/08/2019 20:47:14	Convênio:	S U S	Proced:	
Motivo da Procura							
(Conforme Paciente/Acomp):	QUEDA DE MOTO						
Condução:	VEICULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido

Breve História Clas. Risco:

HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES
ENTREGUEDocumento Confere Conforme Original
1 THE 02/09/19

Sala de Redução

SSVV:	(Hora: ____:____)								
PESO:	Kg	Altura:	M	IMC:	Kg/m2	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

- Paciente vítima de acidente motorciclístico há 40 minutos. Refere ter se chocado contra montanhão de areia. Ausente escoriações em face, tórax e membros. Apresenta confusão mental. Ao exame SCG=14. Eucórego, eupneico. Abdome inocente.

Exame físico inicial:

CID:

Exames Complementares:

- RX do Tórax. / TC de crânio + encefalo de
Fratura de mandíbula, costela e neurologista no HVS.

Prescrição Médica:

1. Tramadol 50mg + 0.01mg/kg + 5 Fio 9x
= 80pts/min. (Guia de uso)

Motivo da Alta/Encerramento:

milda dor no tórax

DATA:

HORA:

Dr. Adersson Aragão Moura
Gastroenterologista / Coloproctologista
CRM - PI 4115

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.127.474/000106 - L12.125.968.574
Av. Prof. Camilo Filho, 1900, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3196

TC 1.38
281.986.271.8744

MATRICULA

25712519-1

FATURA Nº

MÊS/ANO

152704109

8/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MILDIA DOMINGAS MENDES DA SILVA

CON RES FRANCISCA TRINDADE, 0---X-CASA-023-STA MARIA DA
CODIPI-TERESINA-PI-cep:64012321

LOCALIZAÇÃO

018-00001-006590

GRUPO

018

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A12L150960

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO TIPO

07/2019 Lido

06/2019 Lido

05/2019 Lido

04/2019 Lido

03/2019 Lido

02/2019 Lido

LIDO

15

14

16

12

14

14

FATURADO

15

14

16

12

14

14

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁBUA

1 Residencial - Normal

DATA

ANTERIOR 24/07/2019

ATUAL 27/08/2019

LEITURA

944

962

CONSUMO MÊS M3

18

L12.125.968.574

PIS/PASEP 77,94x1,45x= 1,28

COPOM 77,94x7,68x= 5,92

TABELA DE TÁBUAS

RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (M)

0 18 3,00x0,99

18 25 5,71x0,94

25 999999 7,06x0,80

NÃO RESIDENCIAL

FAIXA DE CONSUMO M3/M3 E (M)

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA

> Residencial-Normal

JUROS POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

76,36

18,0 m3

06/2019

06/2019

REF.

VALOR

76,36

0,44

1,14

VENCIMENTO

30/09/2019

TOTAL PAGAR

77,94

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.
SE SEU HIDRÔMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/96, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CONDUTIVIDADE	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2067	2618	49	6,08	Inferior a 15
PH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
TURBIDEZ	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1027	1025	2	Ausência	Ausente
	1027	1027	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 27/08/2019 HORA DA EMISSÃO: 10:27

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642896

Vítima: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

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

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 114036

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 14/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100122.002790/2019-44

Unidade de Registro: 22º DP DE TERESINA

Resp. pelo Registro: Nelson Pereira Mascarenhas Neto

Data/Hora: 19/08/2019 - 16:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

22º DP DE TERESINA

560356

Data/Hora

18/08/2019 - 19:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

MONTE VERDE

Endereço

ALAMEDA FRANCISCO NOGUEIRA, Nº:

Complemento

SANTA MARIA DA CODIPI

Ponto de Referência

PROX. HORTA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ VINICIUS MENDES DA SILVA NUNES

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 4539813 SSP PI

Mãe: MILDIA DOMINGAS MENDES DA SILVA NUNES

Pai: JOSÉ DE JESUS DA SILVA NUNES

Endereço: RESIDENCIAL FRANCISCA TRINDADE, Nº 23

Complemento: QUADRA-X

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9963-1428

Mandado: 0000000000000000

Nome: JOSÉ DE JESUS DA SILVA NUNES

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 1448746 SSP PI

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS DA SILVA

Pai: RAIMUNDO DA SILVA NUNES

Endereço: FRANCISCA TRINDADE, Nº 23

Complemento: QUADRA-X, CASA-23, RES. FRANCISCA TRINDADE.

Bairro: SANTA ROSA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9963-1428

Mandado: 0000000000000000

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa.

MEIO(S) EMPREGADO(S)

Meio(s) Empregado

1 - OUTROS.

Apreendido

Não Apreendido

OBJETO(S) MATERIAL(IS) ENVOLVIDO(S)

1 - MOTOCICLETA.

Cor: Preta

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo: CG 160 START

Marca: HONDA

Nº Série: CHASSI: 9C2KC2500HR059323

Identificação: PLACA: PIU-2026, THE-PI.

Complemento: RENAVAL: 01129894395. ANOS: 2017/2017

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante afirma que seu pai que conduzia a moto supracitada no endereço citado acima se chocou com monte de barro, que estava no meio do asfalto e que foram deixado por uma caçamba amarela, que danificou a moto e causa lesões no corpo de seu pai, que mesmo caiu da moto, que ele foi socorrido por uma pessoa, que acionou o SAMU, mas ele foi socorrido por um parente, que levou para HOSPITAL DA TRINDADE, que em seguida levaram para HOSPITAL DO BUENOS AIRES, daí o levou para HUT, onde



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100122.002790/2019-44

está internado.

Jerônimo Soares Lima Júnior - Mat.
AGENTE DE POL

JOSÉ VINICIUS MENDES DA SILVA NUNES - Noticiante
Responsável pela Informação


Luccy Keiko Leal Paraíba
Delegado Geral de Polícia Civil
Mat.: 196.331-7

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642896

Vítima: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403655/19

Vítima: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

CPF: 758.321.433-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES : 758.321.433-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403655/19

Vítima: JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES

CPF: 758.321.433-53

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: JOSE DE JESUS DA SILVA
NUNES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

JOSE DE JESUS DA SILVA NUNES : 758.321.433-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa