

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

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA		Frontuário: 138192
Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA	Pai: GONCALO PEREIRA DE MOURA	
End. Resid.: AV CELSO PINHEIRO, 3572 - PARQUE RODOVIARIO - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento: 23/11/1981	Idade: 37a2m9d	Sexo: Masculino Fone: -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão:	Documento: Reg.Nasc:	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 326843	Entrada: 02/02/2019 22:32:08	Convênio: SUS	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
--	-------------------------------	-----------------

Breve História Clas. Risco:
 VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ APROXIMADAMENTE 3H, PACIENTE RELATA QUE SE DESLOCAVA DO SEU LOCAL DE TRABALHO PARA SUA RESIDÊNCIA, QUANDO PRÓXIMO DE CHEGAR EM SUA CASA UM CACHORRO ADENTRA INESPERADAMENTE À FREnte DE SUA MOTOCICLETA. APRESENTA ANTEBRAÇO DIREITO DESLOCADO. FASIE DE DOR INTENSA. NEGA CEFALÉIA E VERTIGEM, NEGA DOR TORÁCICA.

ISAAC ALCOFORADO
COREN PI - 315.296
Em: 03/02/2019 00:04:12

SSVV:	(Hora: ____ : ____)					
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bpm	Pressão: mmHg		

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
 PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MULTIPLS TRAUMATISMOS REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES. APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO. GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABEÇA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORÁCICA E LOMBAR. traumatismo de antebraço direito que erulstou em dor e edema

CNPJ: 05.522.917/0035-19
 UPA - RENASCENÇA
 Rua Rio Verde, nº 2510
 Renascença III - CEP 64.082-110
 Teresina - Piauí

Diagnóstico Inicial: CID:

Confere Com o Original

Jnamat

280219

Prescrição Médica:

- DIETA ORALivre
- SF 0,9% 1000ML EV P/24H
- OMEPRAZOL 40MG 1 AMP EV 1X/DIA
- DIPIRONA 1 AMP + AD EV 6/6 HORAS
- TILATIL 40 MG + AD EV 12/12h

Curativo

Motivo da Alta/Encerramento:

Alta Administrativa

DATA: / / - HORA: :

CIRURGIA
DR. J. M. S. MOURA

Assinatura Paciente ou Responsável

BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
 CRM-5338 Em: 03/02/2019 00:37:05



Unidade: UPA Renascença

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 02/02/2019

Id Paciente: UR138192

Data do laudo: 19-02-2019

Raio X de Antebraço Direito

- Fratura no terço médio/ distal da diáfise radial, com desvio entre os segmentos.
- Restante da estrutura óssea íntegra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

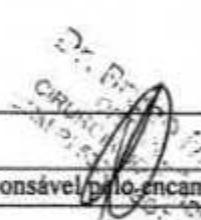
Dr. Everardo Leal Abreu

Médico Radiologista

CRM-PI: 5067

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENCA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64.062-110
Teresina - Piauí

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
 FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA Renascença III	Para: HUT(ORTOPEDIA)
PACIENTE: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA	
Registro:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MULTIPLOS TRAUMATISMOS LEVES REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES. TRAUAMTSIMO DE ANTABRAÇO DIREITO QUE RESULTOU EM DOR E EDEMA	
APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO. GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABEÇA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE.	
AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORACICA E LOMBAR.	
rx fratura de galeazzi cid s52 CD . ENC P CIRURGIA	
TERESINA-PI 03/02/2019 00:40	 Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
TERESINA-PI ___/___/___	 Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205 / 0015 - 32
UPA RENASCENÇA
 Rua Rio Verde N° 2810
 Renascença III -
 CEP 64082-110
 Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA Renascença III	Para: HUT(ORTOPEDIA)
PACIENTE: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA	
Registro:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MULTIPLOS TRAUMATISMOS LEVES REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES. TRAUAMTSIMO DE ANTABRAÇO DIREITO QUE RESULTOU EM DOR E EDEMA	
APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO. GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABEÇA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE.	
AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORACICA E LOMBAR.	
rx fratura de galeazzi cid s52 CD . ENC P CIRURGIA	
TERESINA-PI 03/02/2019 00:40	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

Confere Com o Original

framal

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64082-110
Teresina - PI

280219

FICHA DE RETORNO	
De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
TERESINA-PI	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada 326843 onde se lê:

Pai: GONCALO PEREIRA DE MOURA

Leia-se:

Pai: GONÇALO FERREIRA DE MOURA

CNPJ: 05.522.917/0035-19
UPA - RENASCENÇA
Rua Rio Verde, nº 2810
Renascença III - CEP 64082-110
Teresina - Piauí

Teresina (PI), 28 de fevereiro de 2019

Eduardo Oliveira da Carvalho
Chefe de Recursos Humanos
Mat: 78879

UPA Renascença

AUXILIAR ADMINISTRATIVO



Rua Rio Verde, 2810 – Renascença III.
Teresina-PI. CEP 64082-110.
CNPJ 05 522 917/0035-19



86 3234 -7074



upa24h.fht@outlook.com

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Impressum

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:					
<u>Name:</u>	JOSE JOELSON DA SILVA MOURA	<u>Prontuário:</u>	138192	<u>Local:</u>	
<u>Tipo Sanguíneo:</u>		<u>Peso (Kg):</u>	0,00	<u>Altura (M):</u>	0,00
		<u>Fator RH:</u>		<u>IMC (Kg/m2):</u>	0,00

ITEM:

REGISTROS DE ENFERMAGEM



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 506891933

Nº REGULAÇÃO: 59331

TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 323-7074

ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

NASCIMENTO: 23/11/1981

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MULTIPLOS TRAUMATISMOS LEVES REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES. TRAUMATISMO DE ANTEBRAÇO DIREITO QUE RESULTOU EM DOR E EDEMA. APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO, GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABECA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA A DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORÁCICA E LOMBAR. RX FRATURA GALEAZZI EN CAMINHO PARA CIRURGIA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

RX

DIAGNÓSTICO(CID): FRAT DO ANTEBRAÇO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 03/02/2019 01:41:06

03/02/2019 01:41:06
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



Mitos



NOME DO PACIENTE: José professor da Pba Meire
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 501542

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".



check 10/08

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA		Prontuário: 501542
Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA		Pai: GONCALO FERRERIA DE MOURA
End. Resid.: AV CELSO PINHEIRO 3572 - PARQUE RODOVIARIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 23/11/1981	Idade: 37a2m10d	Sexo: Masculino Fone: 86-98811-8376
Responsável: LUCIA		CNS: 702603291209848
Profissão: OPERADOR DE MAQUINA		Documento: CPF: 034.385.713-82
G. Instrução: Médio Completo		E.Civil: Solteiro(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Ódigo: 705844	Entrada: 03/02/2019 09:28:46	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido

Breve História Clas. Risco:

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: Kg	Altura: M	IMC: Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	----------	-----------	------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

acidente com dor no pulso

1.



Diagnóstico Inicial:

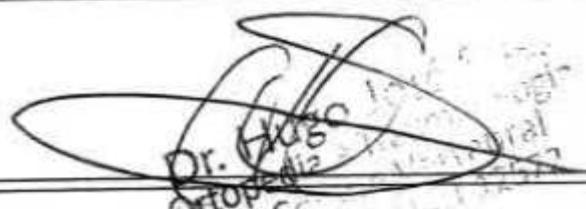
fac. pulso

CID:

Exames Complementares:

12/24

Prescrição Médica:



Motivo da Alta/Encerramento:

DATA: / /

HORA: : :

Manoel Lucio da Maura

Assinatura Paciente ou Responsável



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CCPR INT. Svenn

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA



Fundação Municipal de Saúde

Fls N° _____
 Proc. N° _____
 Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 05/02/19

NOME DO PACIENTE:	<i>Jose' Fordson da silva</i>	PRONTUÁRIO N° 501510
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA:	<i>Bloqueio</i>	Nº DA SALA: 09
CIRURGIÃO:	<i>Reinando Couto</i>	CPF N°:
AUXILIAR:	<i>Conselho</i>	CPF N°:
ANESTESISTA:	<i>José</i>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	<i>Marcia Gomes</i>	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30x8	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	01	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 6.5 7.0	PAR	02	Endo
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	110		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 20	UNID.	01		poliétileno	11	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA: erupção	11	03	
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	30	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	20	01		CIRCULANTE:			
PROLENE							





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

José Jackson da Silva Moura

Diagnóstico pré-operatório

Fratura - luxação de Galvez

Operação - Tipo

R.A.F.T c/ placa + parafusos + Fio K

Cirurgião

Fernando Couto Lopes Oliveira

1º Assistente

Conceição

2º Assistente

Fernando Couto Lopes Oliveira

3º Assistente

Trauma 11913

Instrumentador(a)

marci Gomes

Anestesista

CRM-PB 11913

Anestesia

B.P. Biquinal

Anestésico(a)

Diclidino / Epinefrina 2% 40 mL

Data da Operação

05-02-19

Início

11:00 h

Fim

12:00 h

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Pore sds sob diagnóstico de placo
- 2) Preparo hab. rígi.
- 3) Viz dorsal + viz medial + dissecção.
- 4) Localização do fragmento de rádio através do acesso medial.
- 5) Redução
- 6) Fixação com placa + parafusos
- 7) Fixação do est. c. rádio-ulna distal e tibial
- 8) Hemostase e STO.0,9%
- 9) Suturas
- 10) Curatérias



Braga & Braga

Importação e Exportação

0127

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA	CNPJ:63607790000198			
FABRICANTE :	CNPJ:			
PACIENTE: RG.HOSPITAL:	JOSE JOELSON DA SILVA MOURA 232234 COD.SIG TAP: 0702030899			
DATA:	ALTA:	USADO: 05/02/19		
PROCEDIMENTO:	0408020458			
MEDICO: DR. FERNANDO	CPF:	CRM:		
Produtos Utilizados/Implantados:				
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD

PLACA DEP 3,5MM	01
PARAF. CORTICAL 3,5MM	06

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: ____ / ____ / ____

Br. Fernando F. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3467 - TEOT 119/13

Responsável pela Farmácia

Klebia Jamile Ribeiro Gomes
SAU - HUT
CONFERE COM O RGPM

Walter

Responsável pelo Preenchimento



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	23223

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA	6 - Frontuário: 501542		
7-CNS: 702603291209848	8-Nascimento: 23/11/1981	9-Sexo: Masculino	CPF: 034.385.713-82
11-Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA			12-Fone: 86-98811-8376
13-Resp: LUCIA			14-Fone: 86-98811-8376
15-Ender: AV CELSO PINHEIRO 3572 - PARQUE RODOVIARIO - CEP: 64000-010			
6-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408020458	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-LOPRESTI
31-Cod.Procedimento Especial 0702030899	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE COMPRESSÃO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Solici-
cidata:
1

Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA

38-Profissional Responsável: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Fernando C. de Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3457-TEOT 11913 41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 05/02/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 217.817.218-07	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fract. diaf. nadis

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:	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)





FICHA DE ANESTESIA

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

Name: *José Luiz de Melo*
Procedimento: *Ortopedico futura amanhã.*

Cirurgião:

Sala:

Alergia:
Nenhum
Observações:

Data:
04/02/19

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. Bicarbonato 3g													
2. Midazolam 3mg													
3. Fentanyl 50mcg													
4. Glicina 15g													
5. Propofol 100mg													
6. Lidocaina 200mg													
7. Ropivacaína 100mg													
8. Dexametasona 1g													
9. Dexametasona 10g													
10. Fentanyl 10g													
11. Fentanyl 10g													
12. Fentanyl 10g													
13.													
Oxigênio													
O2													
Volatile	%												

Acesso Vascular

- Periférico 10
 Cat. Venoso nº 6
 Dificuldade aces. venoso
 Gastos cateteres
 Central _____

Via Aéreas

- Cateter nasal
 IOT nº _____
 LMA nº _____

Monitorização:

- Cardioscopia
 PANI
 Oxímetro de pulso
 ETCO2
 Outros

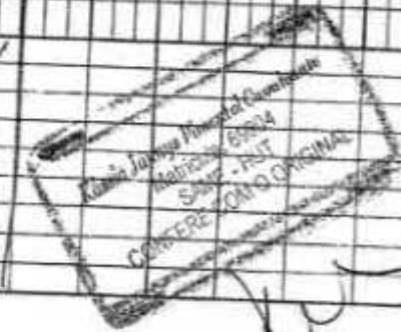
Anestesia:

- Geral Venosa
 Geral Balanceada
 Raquianesthesia
 Peridural
 Bloqueio Periférico plano
 Outros

Decúbito: Dorsal

SPO2 (%)	100.1
ETCO2 (mmHg)	10.24
	10.07
Aces. Venoso	
Aces. Venoso	
Diurese	
Pardas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia:



~~Dr. João de Freitas~~
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 5876

Anestesiologista

**LAUDO PARA
BPA INDIVIDUALIZADO**

05.522.917/0036-08
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE 'UNEVA/ARAUÁ'
Rua Majorides Filho, nº 1 - Centro
CEP: 84691-350
Teresina-PI

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - PI**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
4 - NOME DO PACIENTE	5 - NOME DO PRONTUÁRIO	
<i>José Jóquei 29 Brin. noiva</i>		
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	7 - DATA DE NASCIMENTO	
8 - NOME DA MÃE	9 - TELEFONE DE CONTATO	
10 - NOME DO RESPONSÁVEL	11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDERECO (RUA N° BAIRRO)	13 - SEXO	
	Mas.	Fem.
14 - RACA/COR		
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
17 - UF	18 - CEP	

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO	20 - NOME DO PROCEDIMENTO	21 - QTDE
	Filtar farto	30

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO
23 - CID10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

一章·Observation

TAMVU 10 Mts ①. - publico no punto e linea

Light from 31 June

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	28 - DATA DA SOLICITAÇÃO	29 - ASSINATURA E CARGO (P/ REGISTRO DO CONSELHO)
		

AUTORIZAÇÃO

32 - CBO	33 - CNE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
35 - CRÉDITO DE SAÚDE	36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 25/02/2019

Id Paciente: LA412225

Data do laudo: 27-02-2019

Ralo X de Antebraço Direito

Aspecto pós-cirúrgico com matérias metálicas na diáfise média do rádio e na extremidade distal radio-ulnar.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
25/02/2019
13:22:11

JOSE, JELSON DA SILVA MOURA
037Y O LA412225
Nasc: 23/11/1981
ANTE-BRACO,FRN
UP EXM
2140 X 1760

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
25/02/2019
13:22:11

D

D

W: 1023 L: 511

44.29%



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE JELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 25/02/2019

Id Paciente: LA412225

Data do laudo: 11-03-2019

Raio X de Punho Direito

- deixa eu matar colocar alisado nas porções distais do rádio e Una.

Placa e parafusos localizados na porção distal do rádio.

- Estrutura óssea íntegra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dr. Joelson Oliveira Moreira
Médico Radiologista
CRM-PI: 2353

JOSE, JELSON DA SILVA MOURA
037Y O LA412225
Nasc: 23/11/1981
COTOVELO AP
UP_EXM
Im: 1 / 2
2370 X 1770

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
25/02/2019 13:22:35
JELSON DA SILVA MOURA
037Y O LA412225
Nasc: 23/11/1981
COTOVELO LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2370 X 1770

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
25/02/2019 13:22:35
JELSON DA SILVA MOURA
037Y O LA412225
Nasc: 23/11/1981
COTOVELO LAT
UP_EXM
Im: 2 / 2
2370 X 1770

D

D

W:1023 L: 511

78.02% 44 W:1023 L: 511

78.02%



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 29/03/2019

Id Paciente: LA412225

Data do laudo: 02-04-2019

Ralo X de Antebraço Direito

Aspecto pós-cirúrgico de osteossíntese da diáfise média do rádio, com placa e parafusos metálicos de fixação.

Espaços articulares preservados.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373

JOSE, JOELSON DA SILVA MOURA FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
037Y LA412225 29/03/2019, 037Y LA412225 29/03/2019,
Nasc: 23/11/1981 13:53:44 Nasc: 23/11/1981 13:53:44
ANTE-BRAÇO,FRN ANTE-BRAÇO,LAT
UP_EXM UP_EXM
Im: 1 / 2 Im: 2 / 2
1976 X 1576 1976 X 1576

D

D



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE JELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 25/02/2019

Id Paciente: LA412225

Data do laudo: 27-02-2019

Raio X de Cotovelo Direito

- Estrutura óssea Integra.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373

JOSE, JELSON DA SILVA MOURA
037Y O LA412225
Nasc: 23/11/1981
COTOVelo AP/PERFIL
UP EXM
1576 X 1976

D

D



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do exame: 29/03/2019

Id Paciente: LA412225

Data do laudo: 03-04-2019

Ralo X da Mão Direita

- Antecedente de manipulação cirúrgica no rádio e na ulna.
- Superfícies e espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373

29/03/2019
13:54:50

037Y LA412225
13:54:50 Nasc: 23/11/1981
MÃO, OBL

UP_EXM

Im: 2 / 2

2370 X 1770 D

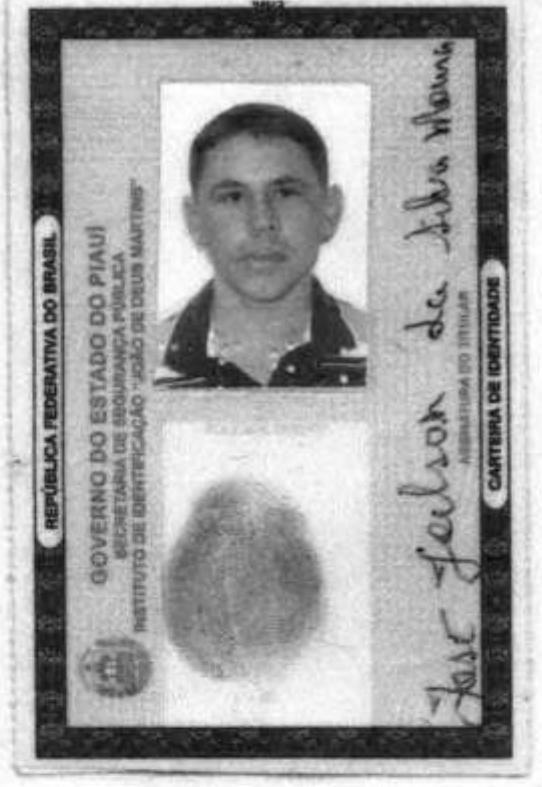
D

037Y LA412225
Nasc: 23/11/1981
MÃO, FRN
UP_EXM
Im: 1 / 2
2370 X 1770

W: 1023 L: 511

78.02% W: 1023 L: 511

78.02%



VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

Identificação Geral:	2.702.305	Data de expiração:	13/03/19
José JOELSON DA SILVA MOURA			
Maria PEREIRA DE MOURA		Data de nascimento	
GONÇALO FERREIRA DE MOURA			
NATURALIZADO			
São FÉLIX DO PIAUÍ - PI		23/11/1981	
Data: 09/03/2018		Cód. Órgão:	
CERT. NASC. 6703 L 11A F 287		EXP SÃO FÉLIX DO PIAUÍ 22701/82	
034.385.713-82		Assinatura: Chagas Filho	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/89 - DECRETO Nº 69.280/89			

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01. MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> 07. AUSENTE |
| <input type="checkbox"/> 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE | <input type="checkbox"/> 08. NÃO PROCURADO |
| <input type="checkbox"/> 03. NÃO EXISTE Nº. INDICADO | <input type="checkbox"/> 10. OBJETO DANIFICADO |
| <input type="checkbox"/> 04. FALECIDO | <input type="checkbox"/> 11. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE |
| <input type="checkbox"/> 05. DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> 12. FALTA COMPLEMENTO ICOLETIV./GUI |
| <input type="checkbox"/> 06. RECUSADO | <input type="checkbox"/> 13. CAIXA POSTAL CANCELADA |

REINTERBRAZO AO SERVIÇO POSTAL EN:

/ /

RUBRICA DO RESPONSÁVEL:

MATRÍCULA:



MUDE PARA A CONTA ONLINE.

VOCÊ ACESSA SUA CONTA DE ONDE ESTIVER.
SAIBA MAIS EM OI.COM.BR/MINHAOI.



CTCE VILA MARIA SPM PL15
ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
RUA MARIA CARLOS DA SILVA,2527
SAO BENEDITO
65636-230 TIMON MA



7213512820 08630 00000112857 30 240119

FALE COM A GENTE - GRÁTIS 103 31
INTERNET OI.COM.BR
AUXÍLIO À LISTA 102*

*Serviço sujeito a cobrança. Consulte sua operadora.

INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento em telefônico, seja a apresentação da fatura, está sujeita a cobrança. Para mais informações ligue 103 31.

PARA CONFIRMAR O CÓDIGO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA (ICSP) DISPONÍVEL NA SUA LOCALIDADE, LIGUE PARA 102.
31 OI + 12 CTBC + 13 Foniar + 16 Telefônica + 18 Viacom + 17 Transit + 19 Epsilon + 21 Embraatel + 23 Intelig + 24 Primeira Escolha + 26 BNT
28 IDT + 29 Algemeyro + 29 T-Lasta + 32 Convergia + 34 ETNL + 35 Saetzone + 37 Golden Line + 38 TESSA + 39 Engenox + 41 TIM + 42 97 Group
43 Satcomtel + 45 Global Crossing + 48 Hoje Telecom + 47 BT Communications + 53 OBTAA + 57 Icotel + 58 Voize + 62 Option + 63 Hello Brazil
65 Telecom 65 + 67 ALDOILA + 71 Dollarphone + 81 Sermotel + 84 BBT + 85 America Net + 91 IPCorp + 99 Amigo Telecom

ANATEL - 1331

COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO E GANHE BENEFÍCIOS.

Com o Débito Automático, você não corre o risco de perder a data do vencimento.
LIGUE 103 31 OU ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI E SAIBA MAIS.



Preencha este cupom, destaque e entregue em uma agência bancária credenciada. Você só tem a ganhar.		
AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO		
Autorizo debitar mensalmente em minha conta corrente o valor da nota fiscal / fatura, conta telefônica.		
Nome _____	CPF/CNPJ _____	
Banco _____	Agência _____	Conta Corrente n. _____
Assinatura _____	Data _____ / _____ / _____	
SERVIÇO GRATUITO		

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

160800374461

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Andressa Laurinda da Costa Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.031.113 / 03
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ JOELSON DA SILVA MOURA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 034.385.713 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
JOSÉ JOELSON DA SILVA MOURA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.385.713 / 82, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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	Rua Maria Carlos da Silva			Número	Complemento
Bairro	São Benedito	Cidade	Timon	2527	casa
Email	andressa-seguros@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	(86) 99819 1714	Estado	CEP MA 65636-230

TIMON-MA, 16 de OUTUBRO de 2019
Local e Data

Andressa Laurinda da Costa Sousa
Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
034.385.753-82 José Joelson da Silva Maura

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 Joelson da Silva Maura		6 - CPF:	034.385.753-82	
7 - Profissão:	Operador de Máquina	8 - Endereço:	Via Raimundo Pereira Magalhães	9 - Número:	2364
11 - Bairro:	Vila Bandeirante	12 - Cidade:	Timon	13 - Estado:	MA
15 - E-mail:			14 - CEP:	65633-260	
			16 - Tel.(DDD):	86-98811 8376	

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"/> RECLUSO 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: 3389

CONTA: 17847

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Timon-ma 35 de Outubro de 2019

José Joelson da Silva Maura

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônia Laurinda da Costa Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 03/02/2019 00:37:06
 (User: BRUNO MOURA)
 (Estação: SALADEGESSO-PC)

<u>Nome:</u> JOSE JOELSON DA SILVA MOURA		<u>Prontuário:</u> 138192
<u>Mãe:</u> MARIA PEREIRA DE MOURA		<u>Pai:</u> GONCALO PEREIRA DE MOURA
<u>End. Resid.:</u> AV CELSO PINHEIRO, 3572 - PARQUE RODOVIARIO - TERESINA - PI - CEP: -		
<u>Nascimento:</u> 23/11/1981	<u>Idade:</u> 37a2m9d	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u>
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> Reg.Nasc:
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Ignorado
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 326843	<u>Entrada:</u> 02/02/2019 22:32:08	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060096
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> TRAUMA MAIOR	<u>Classificação:</u> Dor intensa	<u>Cor:</u> Laranja
<u>Breve História Clas. Risco:</u> VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ APROXIMADAMENTE 3H, PACIENTE RELATA QUE SE DESLOCAVA DO SEU LOCAL DE TRABALHO PARA SUA RESIDÊNCIA, QUANDO PRÓXIMO DE CHEGAR EM SUA CASA UM CACHORRO ADENTRA INESPERADAMENTE À FREnte DE SUA MOTOCICLETA. APRESENTA ANTEBRAÇO DIRETO DESLOCADO. FACIE DE DOR INTENSA. NEGA CEFALÉIA E VERTIGEM, NEGA DOR TORÁCICA.		ISAAC ALCOFORADO COREN PI - 315.296 Em: 03/02/2019 00:04:12

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora: ____ : ____)</u>			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉so: bmp	Pressão: mmHg

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM MULTIPLOS TRAUMATISMOS REFERINDO SOMENTE DOR EM EXTREMIDADES APRESENTA-SE LUCIDO, COMUNICATIVO, COOPERATIVO. GLASGOW 15 (4+5+6), EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOCARDICO. NEGA TRAUMATISMO DA CABEÇA OU SINCOPE NO MOMENTO DO ACIDENTE. AO EXAME FÍSICO NÃO APRESENTA DOR A MOVIMENTAÇÃO NEM A PALPAÇÃO DE COLUNA CERVICAL, TORACICA E LOMBAR. Trauamtsimo de antebraço direito que erulstou em dor e edema	
--	--

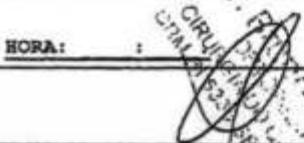
CNPJ: 05.522.917/0035-19
 UPA - RENASCENÇA
 Rua Rio Verde, nº 2810
 Renascença III - CEP 64.082-110
 Teresina - Piauí

<u>Diagnóstico Inicial:</u> ?	<u>CID:</u>
----------------------------------	-------------

<u>Exames Complementares:</u> rx fratura de galeazzi	<u>Confere Com o Original</u> <i>Jamat</i>
---	---

<u>Prescrição Médica:</u>	<i>curativo</i>	28/02/19
1. DIETA ORALLivre 2. SF 0,9% 1000ML EV P/24H 3. OMEPRAZOL 40MG 1 AMP EV 1X/DIA 4. DIPIRONA 1 AMP + AD EV 6/6 HORAS 5. TILATIL 40 MG + AD EV 12/12h	{	

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u> Alta Administrativa	<u>DATA:</u> / /	<u>HORA:</u> :
--	------------------	----------------



Assinatura Paciente ou Responsável

BRUNO WILSON DA SILVA MOURA
 CRM-5338 Em: 03/02/2019 00:37:05



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001700/2019-14



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lettre Carlos

Data/Hora: 07/05/2019 - 16:32

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA CELSO PINHEIRO, Nº:

Complemento

553999

Data/Hora

554000 (DAMS)

02/02/2019 - 22:00

Bairro

TRÊS ANDARES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2702305

Mãe: MARIA PEREIRA DE MOURA

Endereço: RUA CELSO PINHEIRO, Nº 3572

Bairro: TRÊS ANDARES

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8811-8376

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, ANO 2015, PLACA PIC-6852, PROPRIETÁRIO/TESTEMUNHO DO FATO DAVID NUNES DE CARVALHO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO UM CACHORRO PASSOU NA FRENTES DE SUA MOTO, ONDE O MESMO PERDEU O CONTROLE E CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO PELO PROPRIETÁRIO DA MOTO, ENCAMINHADO PARA UPA DO RENASCENÇA, PRONTUÁRIO 138192, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 501542. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lettre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Escrivão de Polícia

JOSE JOELSON DA SILVA MOURA
JOSE JOELSON DA SILVA MOURA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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

Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190587394

Vítima: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000017847-7

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

034.385.713-82

4 - Nome completo da vítima:

José Joelson da Silva Moura

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

José Joelson da Silva Moura

6 - CPF:

034.385.713-82

7 - Profissão:

Operador de Máquina

8 - Endereço:

Rua Raimundo Pereira Magalhães

9 - Número:

2364

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Vila Bandeirante

12 - Cidade:

Timon

13 - Estado:

MA

14 - CEP:

65633-260

15 - E-mail:

88-98811 8376

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3389

CONTA: 37847

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 atende 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vainacer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

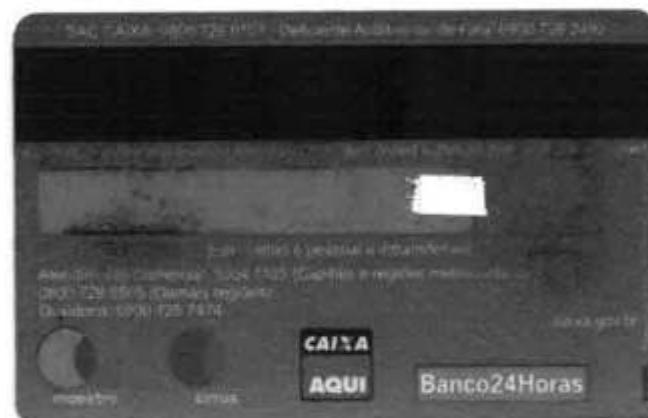
40 - Local e Data, Timon - MA, 35 de Outubro de 2019

José Joelson da Silva Moura

Amélia Laurinda da Costa Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587394

Vítima: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Data do Acidente: 02/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 29/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000017847-7

Nr. da Autenticação 87E93B64F3E131ED

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360608/19

Vítima: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

CPF: 034.385.713-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2019

Titular do CPF: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03

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

JOSE JOELSON DA SILVA MOURA : 034.385.713-82

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: 16/10/2019
Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
CPF: 055.031.113-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Danielle Nobre de Sousa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: José Jelson da Silva Moura
NASCIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
IDENTIDADE: 2-702-305
CPF: 034.385.753-82
PROFISSÃO: Operador de máquinas
ENDEREÇO: Rua Raimundo Pereira Magalhães nº 264 - Vila Bandeirante
CEP: 65633-260 TELEFONE: (86) 98831 8376
COBERTURA: Invalidez e D.A.N.S DATA DO ACIDENTE: 02.02.2019

OUTORGADO:

NOME: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
NASCIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
IDENTIDADE: 2.956.420 SSP-PI
CPF: 055.031.113-03
PROFISSÃO: AUTONOMA
ENDEREÇO: RUA MARIA CARLOS DA SILVA nº 2527 BAIRRO: SÃO BENEDITO
CEP: 65636-230
TELEFONE: 86-99819 1714 86-98836 3230

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar, e/ou requerer quaisquer documento necessário junto à seguradora, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

VITIMA: José Jelson da Silva Moura



Timon-MA 14 de Outubro de 2019

(local e data)

José Jelson da Silva Moura
reconhecer firma por autenticidade ou verdadeiro



Cartório do 1º Ofício TIMON - MA	Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de: <u>José Jelson da Silva Moura</u>
	Em Testemunho <u>Jandaina Jansen Carneiro e Silva</u> da verdade. Timon(MA), <u>14/10/2019</u>
	<u>Jandaina Jansen Carneiro e Silva</u> Jandaina Jansen Carneiro e Silva Escrevente

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190587394 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA **Data do acidente:** 02/02/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

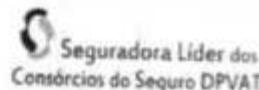
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360608/19

Vitima: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

CPF: 034.385.713-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/02/2019

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

Titular do CPF: JOSE JOELSON DA SILVA MOURA

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

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA : 055.031.113-03

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

JOSE JOELSON DA SILVA MOURA : 034.385.713-82

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: 16/10/2019
Nome: ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA
CPF: 055.031.113-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

Danielle Nobre de Sousa



Andressa d'arinda da Costa Soáza

WILHELM MEISTER

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PÚBLICA
FONTE: INSTITUTO SEADE - 2010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VIVENDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

2.956.420

卷之三

ANDRESSA LAURINDA DA COSTA SOUSA

FRANCISCA LAURINDA DA COSTA SOUSA
JOSÉ DE RIBAMAR SOUSA

TERESINA-PI

15/07/1993

CERT. NASC. 60160 L 128 F 24
EXP. TIMON-MA. 11/08/93
055.031.113-03

LAW 7.114 DE 2003 - DECRETO 11.423/03